

КРАТКІЯ СВѢДѢНІЯ
ПО
ЖЕНСКИМЪ БОЛѢЗНЯМЪ

И ПО ПРЕДОХРАНЕНІЮ ОТЪ НИХЪ.

(Съ 47 рисунками.)

Старшаго врача Московскаго Родовспомогательн. заведенія,
Прив.-доцента М. Университета, Докт. мед.

Ник. Зах. ИВАНОВА.

Четвертое исправленное изданіе.



Оглавленіе.

	<i>Стр.</i>
Предисловіе	VII—IX
Описаніе женскихъ половыхъ органовъ	1
X Методы изслѣдованія больныхъ женскими болѣзнями	8
> Разспросъ больныхъ	8
> Объективное изслѣдованіе	15
> Различныя положенія больной при изслѣдованіи	21
> Инструментальное изслѣдованіе	22
Маточный зондъ	29
Разбухающія тѣла, служащія для медленнаго расширенія шейки матки	30
Инструменты, наиболѣе часто употребляемые въ гинекологіи	32
X Наиболѣе употребительные способы мѣстнаго лѣченія женскихъ болѣзней	34
> Спринцеваніе	34
> Тампонація влагалища	36
> Внутриматочныя впрыскиванія	38
> Смазываніе полости матки	40
> Гинекологическій массажъ	40
> Промываніе полости матки	45
Воспалительныя заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ	46
Общее понятіе о воспаленіи	46
> Параметритъ. Общее понятіе объ околوماتочной клѣтчаткѣ. Причины. Анатомическія измѣненія. Симптомы. Распознаваніе. Предсказаніе. Лѣченіе	55—67
> Воспаленіе тазовой брюшины. Общее понятіе о брюшинѣ. Причины. Анатомическія измѣненія. Симптомы и теченіе. Распознаваніе. Предсказаніе. Лѣченіе	68—76
> Воспаленіе Фаллопеевыхъ трубъ. Анатомія и физиологія Фаллопеевыхъ трубъ. Причины воспаленія трубъ. Анатомическія измѣненія. Припадки. Распознаваніе. Предсказаніе. Лѣченіе	77—88

× Воспаленіе яичниковъ. Нормальныя свойства яичника. Причины и анатомическія измѣненія при воспаленіи яичниковъ. Симптомы. Распознаваніе. Предсказаніе. Лѣченіе	89—101
Строеніе стѣнокъ матки	102
Катарръ шейки. Анатомическія измѣненія. Причины. Припадки. Распознаваніе. Предсказаніе. Лѣченіе	105—110
× Острое воспаленіе слизистой оболочки тѣла матки. Причины. Симптомы и теченіе. Распознаваніе. Лѣченіе	111—114
× Хроническій эндометритъ. Причины. Измѣненія слизистой оболочки. Симптомы. Распознаваніе. Предсказаніе. Лѣченіе	115—122
× Острое воспаленіе матки	122—123
× Хроническое воспаленіе матки. Анатомическія измѣненія. Причины. Припадки. Распознаваніе. Предсказаніе. Лѣченіе	124—132
× Воспаленіе влагалища. Строеніе стѣнокъ влагалища. Причины. Измѣненія слизистой оболочки. Симптомы. Распознаваніе. Лѣченіе	133—139
× Воспаленіе наружныхъ половыхъ органовъ	139
× Зудъ наружныхъ половыхъ частей	141—143
Пороки развитія матки	143
× Двурогая матка	145
× Двуполостная матка	147
× Однорогая матка	148
× Полное отсутствіе и зачаточное образованіе матки	149
× Зародышевая и дѣтская матка	150
× Прирожденная атрофія матки	151
× Коническая шейка матки	152
× Измѣненія положенія и формы матки	153
Нормальное положеніе матки	153
× Гэрегибъ матки впередъ. Причины. Припадки. Распознаваніе. Предсказаніе. Лѣченіе	156—161
× Наклоненіе матки назадъ. Причины. Симптомы и теченіе. Предсказаніе. Распознаваніе. Лѣченіе	161—175
× Ретрофлексія (перегибъ матки назадъ)	175
× Выпаденіе матки. Анатомическія измѣненія при выпаденіи. Причины. Припадки и теченіе. Распознаваніе. Предсказаніе. Лѣченіе	176—184
× Опущеніе и выпаденіе стѣнокъ влагалища	184
× Выворотъ матки	186
Нарушеніе цѣлости половыхъ женскихъ органовъ	189
× Разрывы промежности	189
× Поврежденія влагалища	189

	<i>Стр.</i>
Пузырно-влагалищные и пузырно-маточные свищи . . .	190—192
Разрывы шейки	193
Заматочная кровяная опухоль	194
Опухоли	197
> Фиброма матки	197—205
> Ракъ матки	205—214
> Киста и кистома яичника	214—219
Менструация и ея неправильности	219—222
Трипперныя заболѣванія, или гоноррея женскихъ половыхъ органовъ	223
< Свойства гонококка	224
< Гоноррея мочеиспускательнаго канала у женщины . . .	230
< Гоноррейное воспаленіе наружныхъ половыхъ органовъ .	231
< Гоноррея влагалища	235
< Гоноррея матки	236
< Предсказаніе при гонорреѣ	241—243
< Лѣченіе	243
О предохраненіи отъ женскихъ болѣзней. Профи- лактика женскихъ болѣзней	247
> Основная цѣль профилактики женскихъ болѣзней . . .	247
> Значеніе родового акта въ происхожденіи женскихъ болѣзней	248
> Значеніе инфекции во время родовъ	249
> Профилактическое значеніе кормленія	249
< Значеніе выкидышей въ происхожденіи женскихъ бо- лѣзней	249
< Значеніе гонорреи и способы борьбы съ нею	250
< Предохраненіе половыхъ органовъ отъ инфекции раз- наго рода, помимо гоноррейной и послѣродовой инфекцій	254
< Значеніе разрывовъ промежности	254
< Гигиеническое значеніе спринцеваній	255
< Значеніе сношеній	256
< Значеніе онанизма и поллюцій	258
< Значеніе нѣкоторыхъ отраслей труда въ возникновеніи причинъ женскихъ болѣзней	259
< Половая гигиена дѣтскаго и дѣвческаго возраста . . .	260

Предисловіе.

Въ программу VIII Пироговскаго сѣзда врачей, происходившаго въ январѣ 1902 года въ Москвѣ, былъ внесенъ на обсужденіе вопросъ о мѣрахъ огражденія женщинъ отъ женскихъ болѣзней. Въ засѣданіи акушерско-гинекологической секціи, состоявшемся 5-го января, по этому вопросу происходилъ весьма оживленный обмѣнъ мнѣніями. Между прочимъ было высказано слѣдующее ¹⁾.

Проф. Снеишевъ. „Изъ различныхъ статистикъ видно, что на долю перелоя (или, иначе, триппера) приходится 30% всѣхъ заболѣваній, почти столько же на послѣродовыя заболѣванія. Поэтому вопросъ объ изученіи перелойныхъ заболѣваній выступаетъ во всей его важности. Такъ какъ терапия до сихъ поръ, за исключеніемъ развѣ оперативной, безсильна, то приходится обращать вниманіе на профилактику. Въ послѣднемъ отношеніи, можетъ быть, было бы желательнo поставить разрѣшеніе на вступленіе въ бракъ въ зависимости отъ предоставленія врачебнаго свидѣтельства о здоровьѣ“.

Д-ръ С. Голоушевъ. „...Единственный способъ истинной профилактики есть... общественная борьба, въ которой должны принять участіе не только врачи, но и само общество, и сами тѣ, кто уже былъ раненъ врагомъ (т.-е. болѣзнью)“.

Д-ръ М. Б. Вермель. „Въ цѣляхъ профилактики необходимо, чтобы женщина, получившая гоноррею (т.-е. перелой), какъ можно раньше попадала въ руки врача, который тѣми или другими средствами сумѣетъ поставить правильную діа-

¹⁾ Труды VIII Пироговскаго сѣзда. Выпускъ седьмой. Москва, 1903.

гностику гонорреи. Какъ извѣстно, женщины заражаются или путемъ проституціи, или путемъ замужества (въполовое зараженіе гонорреей рѣдко). И проститутки въ этомъ случаѣ находятся въ лучшемъ положеніи, по крайней мѣрѣ въ Москвѣ; здѣсь онѣ осматриваются 2 раза въ недѣлю, и, такимъ образомъ, отъ врача не скроется первая стадія заболѣванія. Но дѣвушка, выйдя замужъ и получивъ гоноррею, чувствуетъ, что съ нею что-то творится неладное, но въ силу ложной стыдливости скрываетъ это страданіе и является къ врачу, когда дѣло зашло уже слишкомъ далеко. Поэтому я присоединяюсь къ предложенію д-ра Доброзрадова ходатайствовать о введеніи преподаванія гигиены, по крайней мѣрѣ, въ старшихъ классахъ женскихъ гимназій. Если дѣвушка знаетъ, зачѣмъ она выходитъ замужъ, то почему ей не знать, что съ ней можетъ случиться послѣ выхода замужъ? И покойный проф. Бабухинъ, говоря на лекціи, что японскія и китайскія дѣвушки очень хорошо знакомы съ половой гигиеной, выражалъ удивленіе, почему бы этого не знать и русской дѣвушкѣ. Да дѣвушки это и знаютъ, но знаютъ ложно, дополняя многое своимъ воображеніемъ. Пусть же лучше онѣ узнаютъ это изъ устъ врача, могущаго внушить имъ болѣе правильныя и здоровыя понятія“.

Проф. Строгановъ. „...Важно распространеніе въ обществѣ здравыхъ научныхъ понятій о половой жизни, беременности и родахъ, о сущности послѣродового зараженія и способахъ устраненія его. Помимо расширенія кадра врачей и, въ частности, спеціально подготовленныхъ, равнымъ образомъ асептически подготовленныхъ акушерокъ, важно еще распространеніе точныхъ свѣдѣній въ обществѣ и народѣ о трипперѣ и его опасностяхъ“...

Подъ впечатлѣніемъ дебатовъ, происходившихъ на указанномъ засѣданіи Пироговскаго съѣзда, у насъ явилось намѣреніе формулировать въ отдѣльномъ изданіи то, что приходится говорить о женскихъ болѣзняхъ на лекціяхъ въ Повивальномъ Институтѣ.

Будучи глубоко убѣждены въ томъ, что повышеніе уровня знаній вообще и гигиеническихъ въ частности есть могучее средство въ борьбѣ съ заболѣваніями, мы считаемъ особенно важнымъ въ дѣлѣ предупрежденія женскихъ бо-

лѣзней распространеніе здравыхъ понятій объ этомъ предметѣ среди женскаго населенія, какъ наиболѣе заинтересованнаго.

Въ этомъ отношеніи большую услугу можетъ оказать многочисленный кадръ медицинскихъ образованныхъ женщинъ, весьма близко стоящихъ къ женскому населенію, — фельдшерницъ и акушерокъ.

Съ цѣлью облегчить полученіе знаний при прохожденіи курса по женскимъ болѣзнямъ въ фельдшерскихъ и акушерскихъ школахъ и съ цѣлью упроченія полученныхъ знаний мы и издали эту книгу. Въ эту книгу включено все то, что требуется въ программахъ указанныхъ школъ.

Итакъ, первоначальная общая цѣль книги состоитъ въ томъ, чтобы способствовать распространенію здравыхъ научныхъ понятій среди женскаго населенія черезъ фельдшерницъ и акушерокъ. При преслѣдованіи этой общей цѣли пришлось выйти изъ рамокъ программъ указанныхъ школъ и расположить добытые современной наукой факты въ ихъ логической связи. Понять логику фактовъ, минуя чисто-медицинскія подробности, можетъ женщина, и не получившая спеціального медицинскаго образованія. Нѣкоторые отдѣлы книги изложены такъ, что могутъ быть поняты и неподготовленной въ медицинскомъ отношеніи читательницей, на примѣръ, вся глава о предохраненіи отъ женскихъ болѣзней и всѣ находящіяся въ этой главѣ ссылки на предшествовавшія страницы.

Рисунки, помѣщенные въ книгѣ, всѣ заимствованы отъ разныхъ авторовъ (Bumm, Nagel, Schaeffer, Runge, Küstner, Fritsch и проч.).

Описание женскихъ половыхъ органовъ.

Женскіе половые органы дѣлятся на наружныя и внутреннія. Къ наружнымъ половымъ органамъ относятся: молочныя железы, лобокъ, большія дѣтородныя губы, малыя дѣтородныя губы, клиторъ, промежность.

Къ внутреннимъ половымъ органамъ принадлежать: влагалище, матка, Фаллопиевы трубы и яичники.

Описывать устройство молочныхъ железъ мы не будемъ, такъ какъ объ ихъ заболѣваніяхъ у насъ не будетъ рѣчи.

Венеринъ бугорокъ. Тотчасъ ниже низа живота, въ области надъ лоннымъ сочлененіемъ, благодаря особому скопленію здѣсь жира, находится возвышеніе кожи, покрытое у взрослыхъ волосами. Это мѣсто носитъ названіе Венеринъ бугорокъ (*mons Veneris*), или лобокъ.

Большія дѣтородныя губы. Отъ Венерина бугорка внизъ (при лежачемъ положеніи женщины) идутъ двѣ толстыя складки—большія дѣтородныя губы (*labia majora*). Рис. 1. Наружная поверхность этихъ складокъ покрыта кожей, обросшей волосами, внутренняя—выстлана тонкой кожицей розоваго цвѣта, похожей на слизистую оболочку. Эти двѣ складки внизу (или сзади, при стоячемъ положеніи женщины) соединяются между собой, не доходя до задняго прохода на два-три поперечныхъ пальца. Это мѣсто соединенія большихъ губъ называется *задней спайкой* большихъ губъ. Тотчасъ за задней спайкой, т.-е. внутри, находится небольшое углубленіе, называемое *ладьевидной ямкой*. Въ толщѣ каждой большой губы находится слой жира.

Между соприкасающимися внутренними поверхностями большихъ губъ находится щелевидное пространство, называемое повою расщелиной или срамной щелью.

Въ кожѣ большихъ губъ находятся сальные и потовыя железы. Въ толщѣ каждой большой губы, въ нижней ея трети, глубоко подъ кожей, уже въ слое жира, находится Бартолиниева железа, имѣющая видъ и величину большой горошины. Выводной протокъ Бартолиниевой железы открывается на внутренней поверхности большой губы, на границѣ между двумя верхними третями большой губы и нижней третью. Отверстія выводного протока Бартолиниевой железы въ нормальномъ состояніи не видно. Бартолиниева железа отдѣляетъ жидкость молочнаго вида, назначенную, повидимому, для смачиванія внутренней поверхности большихъ губъ.

Малыя двтородныя губы — *labia minora*. Иногда между большими губами выступаютъ наружу части малыхъ губъ. Если раздвинуть большія губы, то малыя губы становятся видны вполне. Онѣ представляютъ изъ себя уже довольно тонкія складки слизистой оболочки блѣдно-розоваго или сѣро-синяго цвѣта, усѣяныя едва замѣтными возвышеніями. Ширина складокъ, т.-е. протяженіе между наиболѣе выступающей кнаружи частью и основаніемъ губы бываетъ у разныхъ особей различно (отъ $1\frac{1}{2}$ —2—3 сант. и болѣе). Въ верхней или передней своей части каждая складка, т.-е. каждая малая губа, раздвояется на двѣ меньшія складочки, которыя обхватываютъ клиторъ и носятъ названіе уздечки клитора. Въ нижней (или задней) своей части малыя губы постепенно сходятъ на нѣтъ, сливаясь съ внутренней поверхностью большихъ губъ.

Клиторъ, или *похотникъ*, представляетъ изъ себя небольшое цилиндрическое тѣло съ закругленной головкой. Клиторъ помѣщается въ верхнемъ углу половой расщелины; головка его обращена внизъ. Клиторъ состоитъ изъ пещеристой ткани, т.-е. его тѣло внутри имѣетъ много полостей, сообщающихся между собой; въ эти полости открываются приводящія кровь артеріи прямо, т.-е. безъ посредства волосныхъ сосудовъ. При половомъ раздраженіи кровь приливаетъ къ клитору въ большомъ количествѣ, клиторъ увеличивается и напрягается, т.-е. приходитъ въ состояніе эрекции.

Пространство, ограниченное малыми губами и нижнею частью большихъ губъ, называется *преддверіемъ*. Въ преддверіи открываются два отверстія; одно большое—входъ вла-

галища, другое меньшее—наружное отверстие мочеиспускательнаго канала. По сторонамъ отъ мочеиспускательнаго канала, по сосѣдству отъ него, находится по одному углубленію; это—отверстія находящихся здѣсь железъ.

Промежность занимаетъ пространство между задней спайкой большихъ губъ и отверстіемъ задняго прохода. Переднезадній размѣръ этого пространства равенъ 2-мъ—3-мъ поперечнымъ пальцамъ. На такомъ разстояніи отстоятъ другъ отъ друга начальныя части влагалища и прямой кишки; тотчасъ выше прямая кишка и влагалище начинаютъ приближаться другъ къ другу и ложатся, наконецъ, почти рядомъ другъ около друга. Такимъ образомъ, между нижними частями влагалища и прямой кишки получается клиновидный мясистый слой, ограниченный снизу кожей промежности, а сверху мѣстомъ соединенія влагалища и прямой кишки. Собственно промежностью называется не только поверхность кожи между заднимъ проходомъ и задней спайкой, а весь этотъ клиновидный мясистый слой.

Влагалище представляетъ изъ себя мѣшечатую трубку, которая въ видѣ широкаго канала соединяетъ матку съ наружными половыми органами. Ширина этого канала не одинакова: въ началѣ, около входа, ширина его меньше всего; здѣсь, около входа, онъ даже охваченъ кольцевой сжимающей мышцей. Чѣмъ дальше вглубь, тѣмъ этотъ каналъ-мѣшокъ становится шире, и вокругъ своего прикрѣпленія къ маткѣ влагалище настолько расширено, что здѣсь образуются такъ называемые своды влагалища.

Влагалище есть каналъ, сплюснутый по направленію спереди назадъ (или сверху внизъ при лежачемъ положеніи женщины), такъ что его стѣнки можно раздѣлить на двѣ части: на переднюю стѣнку и на заднюю. Длина влагалища отъ 10 до 13 сантиметровъ. Направленіе влагалища дугообразное, соотвѣтственно направленію кривизны крестцовой кости или, лучше, оси таза. У дѣвственницъ входъ влагалища загражденъ перепончатой перегородкой, которая есть непосредственное продолженіе стѣнокъ влагалища; эта перегородка называется *дѣвственной плевою* (hymen). Дѣвственная плева имѣетъ отверстіе разной формы и величины у разныхъ субъектовъ. У женщинъ, имѣвшихъ сношенія, дѣвственная плева оказывается разорванной въ нѣсколькихъ

мѣстахъ. Послѣ родовъ на мѣстѣ дѣвственной плевы остается нѣсколько лоскутковъ слизистой оболочки въ видѣ неправильныхъ возвышеній, называемыхъ *муртовидными тѣльцами* (sagunculae myrtiformes).

Шейка матки вдается сверху въ верхнюю сводообразно расширенную часть влагалища приблизительно посерединѣ этой части влагалища (ближе кпереди). Вслѣдствіе этого сводообразную верхнюю часть влагалища можно раздѣлить на четыре части: часть сзади шейки матки называется *заднимъ сводомъ*, часть спереди шейки матки—*переднимъ сводомъ*, по сторонамъ отъ шейки—*боковые своды*, правый и лѣвый. Задній сводъ всегда больше передняго и занимаетъ болѣе возвышенное положеніе. Задняя стѣнка влагалища длиннѣе передней.

Стѣнки влагалища состоятъ изъ трехъ слоевъ: внутренней слой или слизистая оболочка, средней слой состоитъ главнымъ образомъ изъ мышечной ткани и наружный слой состоитъ изъ соединительной ткани.

Подробности строенія слизистой оболочки влагалища будутъ изложены въ главѣ о воспаленіи влагалища.

Матка въ небеременномъ состояніи есть плотный мышечный органъ, имѣющій форму груши, сплюсненной спереди назадъ. Длина матки 7—8 сант., у рожавшихъ немного больше. Наибольшая ширина $3\frac{1}{2}$ —5 сант. Передне-задній размѣръ органа (т.-е. собственно толщина его) 2—3 сант. Длина полости матки 6—7 сант.

Утолщеннымъ своимъ концомъ этотъ грушевидный органъ обращенъ кверху (и немного кпереди). Отъ угловъ этого утолщеннаго конца матки въ ту и другую сторону отходятъ Фаллопиевы трубы. Вся часть утолщеннаго конца матки выше мѣста отхожденія Фаллопиевыхъ трубъ называется *дномъ* матки.

Приблизительно посерединѣ своей длины матка имѣетъ перехватъ; часть матки выше перехвата называется *тѣломъ* матки (corpus uteri), болѣе тонкая часть матки ниже перехвата называется шейкой матки (collum uteri).

Конецъ шейки матки обращенъ книзу (и немного кзади). Матка нѣсколько изогнута по своей передней поверхности, поэтому задняя поверхность матки нѣсколько выпукла.

Матка имѣетъ внутри полость, которая въ тѣлѣ матки

представляетъ изъ себя щеловидное пространство вслѣдствіе прилеганія передней стѣнки къ задней. Форма полости матки изображена ниже. Полость шейки имѣетъ форму, какъ говорятъ, бочкообразную или, лучше, веретенообразную. Полость шейки иначе называется каналомъ шейки. Между полостью тѣла и полостью шейки находится суженное мѣсто, которое называется *внутреннимъ зѣвомъ матки*. Полость шейки открывается во влагалище отверстіемъ, называемымъ *наружнымъ зѣвомъ матки, или наружнымъ маточнымъ отверстіемъ*. Наружное отверстіе матки имѣетъ или овальную форму, или щеловидную; передній край шейки, ограничивающій это отверстіе спереди, называется передней губой. задній край шейки — задней губой. Часть шейки матки, выступающая въ видѣ усѣченного конуса во влагалище, называется *влагалищною частью шейки матки*.

О подробностяхъ строенія матки сказано въ главѣ о Воспаленіи и воспалительныхъ заболѣваніяхъ матки.

Мы здѣсь скажемъ только о томъ, какъ брюшина одѣваетъ матку. (О строеніи и свойствахъ брюшины сказано въ главѣ о воспаленіи брюшины.)

Брюшина одѣваетъ дно матки, переднюю и заднюю ея поверхности. Съ боковыми поверхностями матки граничитъ околоматочная клѣтчатка. Передняя поверхность матки одѣта брюшиной только до границы между тѣломъ матки и шейкой, такъ что на уровнѣ внутренняго зѣва брюшина спереди отходитъ отъ матки, чтобы перейти на сосѣдній органъ — мочевой пузырь. На мѣстѣ перехода брюшины съ матки на мочевой пузырь находится углубленное мѣсто брюшной полости, называемое *пузырно-маточнымъ пространствомъ*, или, какъ нѣкоторые выражаются, переднимъ Дугласовымъ пространствомъ. Сзади брюшина одѣваетъ всю заднюю поверхность матки, т. е. заднюю поверхность тѣла и шейки, и даже затрогиваетъ небольшую часть задняго свода влагалища. Отсюда брюшинный листокъ переходитъ на прямую кишку и по прямой кишкѣ тянется вверхъ для того, чтобы одѣть верхнюю часть прямой кишки и затѣмъ S-образную кривизну и т. д. На мѣстѣ перехода брюшины съ матки на прямую кишку находится карманообразно углубленное мѣсто брюшной полости, называемое *заднимъ Дугласовымъ пространствомъ*.

Описание строения Фаллопиевых трубъ и яичниковъ приведено въ главѣ о воспалительныхъ заболѣваніяхъ этихъ органовъ.

Дно таза. Полость малаго таза перетянута поперечной перегородкой, состоящей изъ плотныхъ соединительнотканыхъ перепонокъ (фасцій) и изъ слоя плоскихъ мышцъ, проложенныхъ между указанными перепонками. Изъ этихъ мышцъ самая важная и большая, это—такъ называемый *подыматель задняго прохода* (musculus levator ani). Эта перегородка, раздѣляющая полость малаго таза на 2 части—верхнюю, большую, и нижнюю, меньшую, носитъ названіе дна таза.

Наружные края дна таза прикрѣплены кругомъ къ стѣнкамъ таза, приблизительно посрединѣ ихъ верхне-нижнихъ размѣровъ. Средняя же часть перегородки занимаетъ болѣе низкое положеніе, т.-е. какъ бы свисаетъ книзу; такъ что если смотрѣть на дно таза сверху, то оно имѣетъ форму внутренней поверхности лодки. Въ днѣ таза находится 3 отверстія для прохожденія прямой кишки, влагалища и мочеиспускательнаго канала.

Методы изслѣдованія больныхъ женскими болѣзнями.

Конечная цѣль изслѣдованія больныхъ заключается въ возможно точномъ распознаваніи болѣзни. Если эта цѣль не достигнута, то лѣченіе не можетъ имѣть успѣха.

Изслѣдованіе дѣлится на двѣ главныя части: субъективное изслѣдованіе, при которомъ добываются тѣ свѣдѣнія, которыя сообщаетъ про себя сама больная, и объективное изслѣдованіе, когда при помощи осмотра, ощупыванія, выслушиванія, выстукиванія и пр. добываются свѣдѣнія касательно болѣзненныхъ измѣненій заболѣвшихъ органовъ. Для того, чтобы больная говорила только то, что нужно, т.-е. только то, что касается ея болѣзни, и не отягощала бы вниманія разказами про вещи, не относящіяся къ болѣзни, нужно предлагать ей рядъ вопросовъ, или, какъ выражаются, вести разспросъ.

Разспросъ больныхъ.

Разспросъ больныхъ есть первое, съ чего начинаютъ, когда больная обращается за медицинскою помощью. Разспросъ можетъ быть произведенъ не самимъ врачомъ, а помощниками его. Разспросъ имѣетъ большое значеніе, такъ какъ онъ даетъ направленіе всему дальнѣйшему ходу дѣла касательно распознаванія и лѣченія болѣзни. Имѣть точныя свѣдѣнія, когда, при какихъ обстоятельствахъ начались болѣзненные явленія, какъ протекали во время болѣзни регулы, когда были роды и пр., словомъ, составить себѣ всю исторію половой жизни женщины имѣетъ громадное значеніе. Нужно умѣть разспрашивать больныхъ, чтобы ничего

не пропустить, ничего не забыть. Надѣяться на самихъ больныхъ въ этомъ отношеніи нельзя, потому что часто бываетъ, что больная забываетъ или стѣсняется сказать какъ разъ то самое, что болѣе всего служить для выясненія болѣзни. Разспросы нужно вести въ строжайшей системѣ. Въ этомъ отношеніи нужно проявлять настойчивость и характеръ, чтобы всегда во всѣхъ случаяхъ провести разъ усвоенную систему въ дѣло.

Система вопросовъ прекрасно разработана профессоромъ Снегиревымъ. Если удержать эту систему въ головѣ и слѣдовать этой системѣ, то всякій разъ цѣль будетъ достигнута, т.-е. обо всемъ, что надо, будетъ разспрошено. Представимъ сначала эту систему въ самомъ упрощенномъ видѣ, чтобы можно было ее запомнить разъ навсегда.

Первый вопросъ, который нужно предлагать, это—что беспокоитъ больную. Если больная, положимъ, отвѣтила, что ее беспокоитъ кровотеченіе, то слѣдуетъ спросить, не беспокоитъ ли ее еще что-нибудь. Положимъ, она отвѣтила, что еще ее беспокоитъ временами боль внизу живота. Этимъ отвѣтомъ больная даетъ право заключить, что она пришла искать облегченія отъ женскихъ болѣзней. Если же она жалуется, что у нея, положимъ, кашель и головныя боли, а въ отношеніи женскихъ органовъ все благополучно, то слѣдовательно, больная не относится къ отдѣлу женскихъ болѣзней.

Второй вопросъ: „давно ли?“

Если больная жалуется на кровотеченія и боли, то нужно спросить, давно ли началось кровотеченіе и давно ли беспокоятъ боли.

Прежде чѣмъ вести дальнѣйшій разспросъ о женскихъ болѣзняхъ, освѣдомляются о возрастѣ больной, о семейномъ ея положеніи (т.-е. замужняя ли она, вдова ли, или дѣвица) и о родѣ ея занятій. Всѣ эти свѣдѣнія рисуютъ, въ какихъ условіяхъ живетъ больная, и если есть намекъ на то, что существуютъ какія-нибудь особенности въ условіи жизни больной, то лучше разспросить о нихъ въ деликатной формѣ, но подробнѣе. Не всегда удобно спрашивать, замужняя ли больная, ибо она можетъ состоять въ незаконномъ сожителствѣ; удобнѣе предлагать вопросъ, были ли у нея роды или выкидыши. Если больная дѣвица, то она на этотъ вопросъ и отвѣтитъ, что у нея не могли быть дѣти, такъ какъ она

дѣвица. Изрѣдка бываетъ, что и на вопросъ, были ли дѣти, больная не сразу даетъ прямой отвѣтъ: у нея могъ быть лѣтъ 8—10 тому назадъ ребенокъ, что она скрываетъ; разспрашивающему нужно заручиться ея довѣріемъ, чтобы она это сказала. Узнавъ, такимъ образомъ, въ общихъ чертахъ, въ чемъ заключаются страданія больной, и освѣдомившись о ея социальномъ положеніи, переходятъ къ методическому разспросу о всей половой жизни больной. Сначала разспрашиваютъ о физиологическихъ функціяхъ половыхъ органовъ, такъ сказать, освѣдомляются о физиологіи ея половыхъ органовъ. Для этого нужно всегда разспросить о трехъ главныхъ функціяхъ: о родахъ, о менструаціяхъ и о сношеніяхъ.

Затѣмъ разспрашиваютъ о болѣзненныхъ уклоненіяхъ отъ физиологіи половыхъ органовъ, которыя, какъ показываетъ опытъ, выражаются въ громадномъ большинствѣ случаевъ въ формѣ жалобъ на боли, бѣли и кровотечения.

Итакъ, нужно не забывать разспросить каждый разъ о шести вещахъ: роды, менструаціи, сношенія, кровотечения, боли, бѣли. Вопросы о подробностяхъ каждаго изъ этихъ шести явленій будутъ нарождаться сами собой, только бы имѣть въ головѣ эти 6 словъ. Мы приведемъ подробную схему вопросовъ касательно физиологіи и болѣзненныхъ уклоненій (такъ называемой патологіи) половыхъ органовъ въ видѣ таблицы.

Физиологія.

Роды.	Сколько разъ были срочные роды? Преждевременные?
	Когда родился первый ребенокъ? Когда второй? и т. д.
	Когда были послѣдніе роды?
	Какъ протекали беременности?
	Какъ протекали роды?
	Были ли послѣродовыя заболѣванія? Если были, то послѣ которыхъ родовъ?
	Кормила ли? Если кормила не всѣхъ дѣтей, то которыхъ кормила?
	Были ли выкидыши? Сколько, когда?
	Не было ли заболѣваній послѣ выкидышей?

- Менструации.
- На которомъ году пришли первыя регулы? Сразу ли установились?
- До замужества—по сколько дней были регулы, черезъ сколько недѣль, съ болью ходили или безъ боли, сильно, слабо или какъ слѣдуетъ?
- Послѣ замужества—по сколько дней, черезъ сколько недѣль, сильно, слабо или какъ слѣдуетъ?
- Послѣ послѣднихъ родовъ—по сколько дней, черезъ сколько недѣль, сильно, слабо или какъ слѣдуетъ?
- Когда были послѣднія регулы? ¹⁾
- Сношенія.
- Сколько лѣтъ мужу? Здоровъ ли мужъ вообще? И здоровъ ли онъ въ половомъ отношеніи?
- Совершаются ли сношенія съ болью или безъ боли. Если съ болью, то гдѣ: въ самомъ началѣ или въ глубинѣ?
- Сопровождаются ли сношенія нормальными ощущеніями, или они индифферентны?

Патологія.

- Кровотеченія.
- Были ли когда кровотеченія?
- Если были, то когда, сколько разъ и долго ли продолжались каждый разъ?
- Выходила жидкая кровь или сгустками? Въ какомъ количествѣ?
- Въ промежуткѣ ли между регулами были кровотеченія, или регулы переходили въ кровотеченія?
- Было ли запозданіе регулъ передъ кровотеченіемъ?
- Боли.
- Мѣсто болей:* болитъ ли внизу живота, въ пахахъ, въ поясницѣ, переходитъ ли боль въ ноги или еще куда-нибудь?
- Характеръ болей:* какая боль? Схватками или ноющая, тупая или рѣжущая, колющая?

¹⁾ Не слѣдуетъ забывать предлагать этотъ вопросъ.

- Боли. { Постоянство боли: болитъ ли постоянно или временами? Не болитъ ли понемногу постоянно и не обостряется ли временами эта боль?
Когда боль появляется или когда она ухуждается?
- Бѣли. { Нѣтъ ли бѣлей?
Если есть, то много или мало?
Какого онѣ цвѣта? Бѣлыя, желтыя, зеленыя, сукровичныя?
Жидкія или густыя, тягучія?
Съ запахомъ или безъ запаха?
Разъѣдающія или не ѣдкія?
Постоянныя ли бѣли, или только бываютъ временами?
Истощаютъ бѣли, когда онѣ появляются или нѣтъ?

Теперь нужно всегда освѣдомиться о состояніи сосѣднихъ съ половыми органами таза: мочевомъ пузырьѣ и прямой кишкѣ.

Для этого предлагаютъ рядъ вопросовъ въ слѣдующемъ родѣ: правильно ли идетъ моча? Нѣтъ ли боли, рѣзи, жжения при мочеиспусканіи? Какъ часто совершается мочеиспусканіе? Не закладываетъ ли мочу? Не встаетъ ли ночью мочиться?

Нѣтъ ли запоровъ или поносовъ? Совершается ли испражненіе ежедневно, самопроизвольно, безъ боли, безъ крови?

Далѣе можно справиться о состояніи желудка, спросить, есть ли аппетитъ, нѣтъ ли послѣ ѣды тяжести, боли подъ ложечкой, тошноты, рвоты.

Не мѣшаетъ освѣдомиться у больной о томъ, каковъ у нея сонъ, нѣтъ ли какого-нибудь нервнаго расстройства, нѣтъ ли какихъ-либо особыхъ привычекъ (напр., къ куренію табака, къ употребленію спиртныхъ напитковъ и пр.). Иногда приходится справляться о наследственности больной. (Главнымъ образомъ касательно сифилиса и туберкулеза.)

Этимъ можно вопросы и закончить. Если у женщины жалобы такія, что не подходятъ ни подъ одинъ изъ приведенныхъ вопросовъ, то это обыкновенно тѣ жалобы, о которыхъ женщина говоритъ прежде всего, не будучи спрошенной, и когда въ жалобѣ уже заключается отчасти и раз-

познаваніе, напр., женщина жалуется прямо на выпаденіе матки, на постоянное теченіе мочи (свищи) и пр.

Для поясненія описанной системы приведемъ примѣръ веденія разспросовъ.

Примѣръ. Женщина входитъ въ пріемную комнату. Вы предлагаете ей вопросъ:

„Что васъ беспокоитъ?“

Отв. „У меня ноетъ низъ живота“.

Вопр. „Еще что васъ беспокоитъ?“

Отв. „Сильныя регулы“.

Вопр. „Еще что васъ беспокоитъ?“

Отв. „Чувствую слабость, часто головныя боли, тошнота по утрамъ“.

Вопр. „Еще что беспокоитъ?“

Отв. „Бѣли, но немного, передъ регулами сильнѣе“.

Вопр. „Давно ли начались боли внизу живота?“

Отв. „Лѣтъ 5 тому назадъ“.

Вопр. „Давно ли стали сильныя регулы?“

Отв. „Года 4—5 тому назадъ“.

Вопр. „Давно ли появилась слабость, головныя боли, тошнота?“

Отв. „Все въ это же время, 4—5 лѣтъ тому назадъ“.

Вопр. „А раньше, лѣтъ 7—8 тому назадъ были здоровы?“

Отв. „Вполнѣ“.

Вопр. „А бѣли давно?“

Отв. „Все въ это же время. Раньше ихъ не было“.

Вопр. „Чѣмъ вы занимаетесь?“

Отв. „Живу при мужѣ, занимаюсь домашнимъ хозяйствомъ“.

Вопр. „Сколько вамъ лѣтъ?“

Отв. „31 годъ“.

Воп. „Давно ли замужемъ?“

Отв. „12 лѣтъ“.

Вопр. „Дѣти у васъ были?“

Отв. „5 человѣкъ“.

Вопр. „Сколько вамъ было лѣтъ, когда вы родили перваго ребенка?“

Отв. „18 лѣтъ“.

Изъ дальнѣйшаго разспроса оказывается, что у нея рождались дѣти черезъ каждыя 1½ года. Послѣдняго она родила, будучи 26 лѣтъ отъ роду. Беременность и роды протекали правильно, кромѣ послѣднихъ родовъ, во время которыхъ ей отдѣляли рукой дѣтское мѣсто. Послѣ первыхъ 4 родовъ она не хворала. Послѣ послѣднихъ родовъ она лежала 2 недѣли, были знобы, жаръ. Первыхъ четырехъ дѣтей она кормила, послѣдняго же не кормила, такъ какъ онъ на 3-й день послѣ рожденія умеръ. Выкидышей у нея не было.

Изъ всѣхъ этихъ данныхъ, полученныхъ при разспросѣ, можно предварительно вывести слѣдующія заключенія:

1) До рожденія послѣдняго ребенка женщина была безусловно здорова, ибо больная женщина не можетъ беременѣть каждыя 1½ года и родить въ срокъ одинъ за другимъ 5 человѣкъ дѣтей.

2) Женщина при разспросѣ о ея жалобахъ указываетъ, что она больна 5 лѣтъ. Послѣдніе роды были 5 лѣтъ тому назадъ.

Изъ этого сопоставленія можно предположить, не есть ли настоящая болѣзнь послѣдствіе тѣхъ осложненій, которыя были при послѣднихъ родахъ; слѣдовательно, можно думать, что боли внизу живота зависятъ отъ болѣзни въ половыхъ органахъ, скорѣе всего въ маткѣ и ея придаткахъ. Это предположеніе подтверждается еще и тѣмъ обстоятельствомъ, что женщина въ послѣднія 5 лѣтъ, живя съ мужемъ, не беременѣетъ, раньше же беременѣла часто; причину этого относительнаго (пятилѣтняго) безплодія нужно объяснять какимъ-нибудь заболѣваніемъ женскихъ органовъ.

3) То обстоятельство, что женщина послѣдняго не кормила, тоже говорить не въ пользу здоровья ея половыхъ органовъ. Изъ непосредственнаго наблюденія надъ родильницами намъ отлично извѣстно, что при кормленія у нихъ матка сокращается, иногда женщины сами заявляютъ, что когда онѣ (на 4-й—9-й день послѣ родовъ) прикладываютъ ребенка къ груди, онѣ чувствуютъ схватки, при чемъ у нихъ сейчасъ же вытекаютъ очищенія. Изъ непосредственнаго наблюденія намъ также извѣстно, что уже черезъ 1—2 мѣсяца послѣ родовъ у кормящихъ матка бѣваетъ (временно) очень мала, меньше, чѣмъ до беременности, иногда, повидимому, вдвое, такъ прекрасно происходитъ послѣродовое обратное развитіе матки, а вмѣстѣ съ нею и прочихъ органовъ; при чемъ, если было даже какое-нибудь не сильное заболѣваніе въ маткѣ и ея придаткахъ, то при такомъ хорошемъ обратномъ развитіи все можетъ сгладиться, исчезнуть.

У не кормящихъ же матка въ большинствѣ случаевъ оказывается недостаточно сократившея послѣ родовъ, увеличенною, мягкой, рыхлою, весьма наклонною къ разнаго рода заболѣваніямъ.

У нашей больной матка была инфицирована (заражена) при ручномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста, послѣ чего произошло, повидимому, послѣродовое воспаленіе слизистой оболочки матки (эндометритъ), сдѣлавшееся хроническимъ. Это воспаленіе перешло въ послѣдствіи на мышечную часть стѣнки матки и произвело хроническое воспаленіе матки, давшее такія боли внизу живота. Все это, конечно, легче развивалось на почвѣ недостаточнаго обратнаго развитія матки.

Дальнѣйшій разспросъ нашей больной касательно регулъ, кровотеченій, бѣлей, мочеиспусканія и пр. не далъ ничего особо характернаго годнаго для выводовъ.

При объективномъ изслѣдованіи оказалось, что у нея не замѣчается отклоненій отъ нормы ни въ одномъ изъ органовъ брюшно-тазовой полости, кромѣ матки. Матка же при двойномъ внутреннемъ изслѣдованіи оказалась увеличенною, уплотненною, болѣзненною при дотрогиваніи. Всѣ эти признаки указываютъ, что матка находится въ состояніи хроническаго воспаленія. Сильныя регулы и бѣли указываютъ на пораженіе хроническимъ воспаленіемъ также и слизистой оболочки матки. Такимъ образомъ, наши предварительныя заключенія, основанныя на данныхъ разспроса, воплнѣ подтвердились данными объективнаго изслѣдованія.

Объективное изслѣдованіе.

Объективное изслѣдованіе начинается, собственно говоря, при первомъ взглядѣ на больную. По общему виду больной можно судить до извѣстной степени, что она за человѣкъ, какой ея возрастъ, полна она или худа, какого она роста и сложенія, истощена она или полна силъ, какова у нея походка, каково ея выраженіе лица и пр. Иногда, напримѣръ, по общему виду можно дать больной лѣтъ 40, при разспросѣ же оказывается, что ей 24 года. Это показываетъ, что здорověе ея серьезно подорвано какою-то болѣзнью.

Собственно, изслѣдованіе больныхъ, страдающихъ женскими болѣзнями, производится въ большинствѣ случаевъ при лежачемъ положеніи больной, въ исключительныхъ случаяхъ требуется стоячее положеніе.

Больная кладется или на специальное кресло, или на столъ, или на кровать. Въ большинствѣ случаевъ довольствуются обычнымъ положеніемъ больной на спинѣ съ согнутыми колѣнками, ступнями больная касается кровати или стола, бедра приподняты.

При объективномъ изслѣдованіи, такъ же какъ и при разспросѣ, нужно всегда строго слѣдовать извѣстной системѣ, безъ какихъ бы то ни было отступленій, чтобы ничего не пропустить, все замѣтить, ни въ чемъ не попасться впросакъ.

Всегда, во всѣхъ случаяхъ непременно нужно начинать съ наружнаго изслѣдованія, съ изслѣдованія живота. При осмотрѣ живота обращаютъ вниманіе на форму его. Животъ можетъ быть выпуклый, вздутый, ровный или даже втянутый; иногда животъ представляется опухшимъ въ одной какой-нибудь своей части, напримѣръ, одна сторона низа живота можетъ быть больше другой и т. д. При осмотрѣ живота опредѣляются измѣненія кожи: рубцы, пятна, иногда кожа лоснится, блеститъ (при отекаѣ).

При ожирѣніи живота на немъ замѣчаются двѣ поперечныя борозды, выпуклостью обращенныя книзу; нижняя начинается около передне-верхнихъ остей обѣихъ сторонъ, а верхняя—на уровнѣ пупка. Въ отвисломъ животѣ (бывающемъ при дряблости брюшныхъ стѣнокъ) замѣчается только нижняя борозда, верхней не бываетъ.

Но при одномъ разсматриваніи живота нельзя еще судить, отчего онъ увеличенъ, отъ ожирѣнія ли, отъ вздутія ли кишокъ, или отъ опухоли, или отъ беременности и пр. Нужно дальнѣйшее изслѣдованіе. Если мы захватимъ полной рукой складку кожи живота, то при ожирѣніи эта складка можетъ оказаться толстой, иногда настолько, что едва можно охватить рукой; если же животъ увеличенъ отъ опухоли или отъ вздутія, а подкожного жира, наоборотъ, мало, то складка получится тонкая.

Затѣмъ переходятъ къ систематическому ощупыванію живота. Ощупываніе нужно производить согрѣтыми руками, руки класть на животъ плашмя съ разогнутыми сложенными вмѣстѣ пальцами; надавливаніе нужно производить всей рукой и отнюдь не одними концами пальцевъ, иначе больная будетъ напрягать стѣнки живота отъ боли или отъ чувства щекотанія. Но при надавливаніи всей рукой концы сложенныхъ вмѣстѣ пальцевъ для лучшаго ощупыванія все же должны быть углубляемы больше всего. Для того, чтобы стѣнки живота не напрягались, сдѣлались бы уступчивѣе, нужно просить женщину глубже дышать; въ то же время лучше занимать ее разговорами, чтобы отвлечь ея вниманіе отъ ощупыванія и тѣмъ предотвратить напряганіе живота.

Сначала производятъ по однократному надавливанію на подложечную и подреберныя области, чтобы судить, нѣтъ ли тамъ затвердѣній, опухоли, боли и пр. Затѣмъ надавливаютъ на области почекъ. Для этого берутъ пункты на уровнѣ пупка на разстояніи поперечной ладони отъ пупка съ той и другой стороны; при надавливаніи здѣсь можно ощупать: увеличеніе почекъ, боль въ нихъ и опухоли почекъ, если таковыя имѣются. Затѣмъ изслѣдуютъ области яичниковъ; для этого проводятъ мысленно линію отъ пупка до середины Пунартовой связки, дѣлятъ эту линію на три части и производятъ надавливаніе на границѣ средней и нижней части вглубь и внизъ по направленію входа въ тазъ; въ случаѣ воспаленія яичника и трубы получается въ этомъ мѣстѣ боль.

При такомъ изслѣдованіи области яичниковъ удобнѣе встать съ боковъ отъ больной, праваго яичника—съ правой стороны, лѣваго—съ лѣвой.

Далѣе изслѣдуется область матки; если больная лежитъ на гинекологическомъ креслѣ, то для изслѣдованія лучше встать между продолженіемъ кресла для ногъ больной, т.-е. прямо лицомъ къ лицу больной. Кладется рука ладонью на лонное сочлененіе такъ, что основанія пальцевъ соотвѣтствуютъ верхнему краю лонныхъ костей, а сложенные вмѣстѣ пальцы располагаются на нижней части живота; производится медленное, но довольно настойчивое нажиманіе рукой такъ, чтобы концы пальцевъ достигли до мыса, что при разслабленныхъ не ожирѣлыхъ брюшныхъ стѣнкахъ легко удается. При нормальныхъ условіяхъ достиженіе мыса не вызываетъ никакой чувствительности; если же, напримѣръ, есть хотя бы довольно старое и небольшое пораженіе (воспалительное) тазовой брюшины, то достигнуть мыса, не вызвавъ боли, невозможно. При достиженіи мыса матка не прощупывается, если она не увеличена и если въ ней нѣтъ опухоли. Установивши концы пальцевъ на мысѣ, ведутъ ихъ сначала въ одну, затѣмъ въ другую сторону по безымянной линіи и, обходя послѣднюю, ощупываютъ плоскость входа въ малый тазъ, т.-е. границу между большимъ и малымъ тазомъ. При нажиманіи на середину плоскости входа въ тазъ если вызывается боль, то чаще всего эта боль относится къ маткѣ; при этомъ же нажиманіи прощупывается всякое увеличеніе матки, благодаря ли беременности, или вслѣдствіе присутствія опухоли въ ней.

Ощупываніе живота можно закончить, послѣ нажиманія на мѣстахъ расположенія толстыхъ кишокъ, особенно слѣпой.

При ожирѣніи или неподатливости брюшныхъ стѣнокъ ощупываніе можетъ не дать никакихъ результатовъ, а между прочимъ нужно опредѣлить, нѣтъ ли въ брюшной полости опухоли, нѣтъ ли беременности. Въ этомъ случаѣ примѣняютъ выстукиваніе живота посредствомъ молоточка и плесиметра. На мѣстахъ кишокъ получается тимпаническій (барабанный) звукъ, на мѣстахъ опухоли или беременной матки получается тупой звукъ—такой же, какъ при выстукиваніи, напримѣръ, бедра больной.

Наружное изслѣдованіе заканчивается осмотромъ грудей. Самое важное при этомъ—ощупать дольки грудныхъ железъ. При недостаткѣ развитія яичниковъ, при раковомъ

ихъ перерожденіи, при прекращеніи регулъ вслѣдствіе возраста дольки железь не прощупываются.—Если околососковые кружки потемнѣли и выдавливаются изъ груди молозиво, то можно предполагать присутствіе беременности, безразлично, нормальной или внѣматочной.

Внутреннее изслѣдованіе. Покончивъ съ наружнымъ изслѣдованіемъ, приступаютъ къ внутреннему.

Сначала осматриваютъ наружные половые органы: лобокъ, большія и малыя губы, промежность, область задняго прохода, отмѣчаютъ, хорошо ли развиты наружныя половыя части (губы, лобокъ), или онѣ малы, недоразвиты; отмѣчаютъ, нѣтъ ли въ этихъ мѣстахъ красноты, ссадинъ, язвъ, разрастаній и пр.

Затѣмъ указательнымъ и большимъ пальцами лѣвой руки раздвигаютъ половыя губы и осматриваютъ входъ во влагалище, отверстіе мочеиспускательнаго канала, клиторъ, его уздечку, заднюю спайку и ладьевидную ямку, внутреннюю поверхность большихъ и малыхъ губъ. Если есть разрывъ промежности, то задней спайки и ладьевидной ямки не существуетъ. При этомъ же осмотрѣ можно отмѣтить опущеніе и выпаденіе стѣнокъ влагалища, если таковое существуетъ. Отмѣчается также цвѣтъ входа влагалища.

Далѣе медленно вводятъ указательный палецъ правой или лѣвой руки во влагалище и отмѣчаютъ чувствительность входа во влагалище; затѣмъ проводятъ палецъ, обращенный ладонной поверхностью вверхъ, по направленію передней стѣнки влагалища и получаютъ точныя свѣдѣнія о длинѣ передней стѣнки влагалища, о степени ея мягкости, податливости, о поперечныхъ складкахъ ея слизистой оболочки. Изъ передняго свода проводятъ палецъ въ боковыя своды и въ задній сводъ, отмѣчается: податливы ли стѣнки сводовъ, не прощупывается ли черезъ который нибудь сводъ опухоли, затвердѣній, выраженъ ли сводъ правильно, т.-е. сводообразно ли въ этомъ мѣстѣ влагалища, или сводъ уплощенъ, или же вмѣсто свода существуетъ, наоборотъ, выпуклость; опредѣляется, нѣтъ ли особаго біенія сосудовъ въ боковыхъ сводахъ, нѣтъ ли чувствительности. При изслѣдованіи сводовъ пальцемъ обводится влагалищная часть матки, при чемъ отмѣчается, находится ли влагалищная часть въ передней, задней или въ одной изъ боковыхъ половинъ

таза, или лежитъ центрально. Опредѣливши мѣсто влагалищной части, опредѣляютъ ея величину (какъ ширину, такъ и длину), плотность, чувствительность, направленіе. Нормальная влагалищная часть всегда отличается отъ окружающихъ ея стѣнокъ влагалища своей большей плотностью, при дотрогиваніи она обыкновенно нечувствительна, поверхность гладкая, ровная. Вокругъ наружнаго отверстія матки прощупываются валикообразные края; отмѣчается форма этого отверстія, величина его, пропускаетъ ли оно палецъ въ шейный каналъ, отмѣчается, куда смотритъ это отверстіе, въ крестцовую яму или въ сторону лоннаго сочлененія; отмѣчается, не прерываются ли валикообразные края отверстія надрывами или разрывами влагалищной части, нѣтъ ли язвенныхъ углубленій на влагалищной части, или, наоборотъ, нѣтъ ли разраженій, опухолей.

Двойное гинекологическое изслѣдованіе состоитъ въ томъ, что ощупываютъ органы таза одновременно пальцемъ одной руки черезъ влагалище и другой рукой снаружи со стороны стѣнокъ живота. Если такимъ образомъ сводить пальцы и если между пальцами той и другой руки не попадется ни одинъ изъ органовъ таза, то концы пальцевъ сойдутся и черезъ стѣнки живота прощупаютъ другъ друга; если же при сведеніи пальцевъ попадается какой-нибудь органъ малого таза, то можно прощупать его величину, форму, плотность, подвижность.

Перебирая пальцами той и другой руки такъ, чтобы концы внутренняго и наружныхъ пальцевъ всегда чувствовали другъ друга, и стараясь, чтобы органы попадались между пальцами, можно прощупать въ нормальномъ состояніи матку, трубы и иногда яичники.

Итакъ, если ввести во влагалище палецъ одной руки, приложить конецъ этого пальца къ наружному маточному отверстію, другой же рукой со стороны брюшныхъ стѣнокъ достигнуть по вышеописанному способу мыса, отъ мыса, нажимая на область тазоваго входа, продвигать руку впередъ, къ лону (какъ это изображено на рис. 2), то внутренній палецъ вдругъ почувствуетъ толчокъ; это значитъ, что наружная рука тронула дно матки, чѣмъ тотчасъ же и опредѣляется положеніе какъ дна матки, такъ и всей матки. (Приведенный рисунокъ изображаетъ срединный разрѣзъ

тѣла лежащей женщины и изслѣдующія руки въ моментъ ощупыванія ими матки.) По разстоянію между наружными и внутреннимъ пальцами судятъ о длинѣ матки. Затѣмъ, чтобы опредѣлить ширину, толщину матки, ея форму, ея плотность, ея чувствительность, соотношеніе между тѣломъ и шейкой матки, поступаютъ слѣдующимъ образомъ: наружной рукой нажимаютъ на дно матки послыльнѣе, такъ что

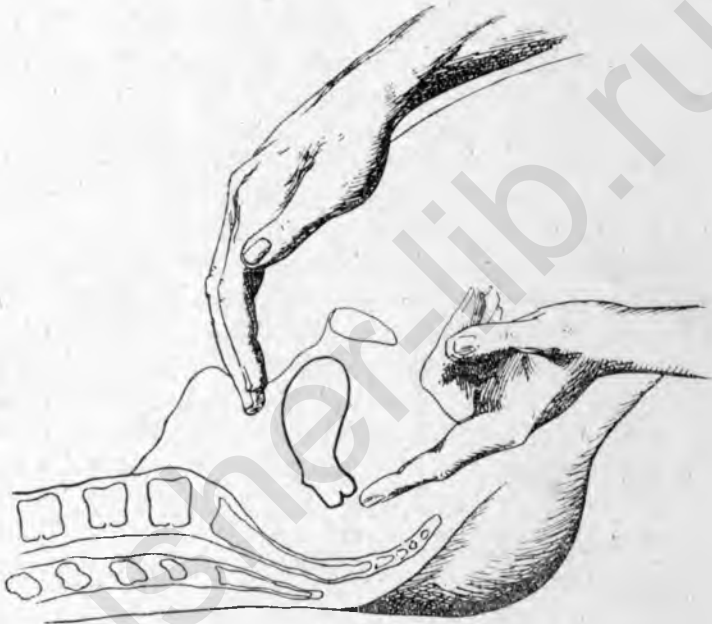


Рис. 2.

матка опускается ниже, и держать въ такомъ положеніи матку неподвижно (какъ говорятъ, фиксируютъ матку); тѣмъ временемъ внутреннимъ пальцемъ черезъ податливыя стѣнки сводовъ стараются ощупать всю матку, при чемъ рѣшаются всѣ поставленные вопросы.

При всѣхъ подобныхъ манипуляціяхъ получается представленіе о подвижности матки; въ нормѣ матку можно легко и безболѣзненно продвигать вверхъ, внизъ, впередъ, назадъ, оттѣснить дно кзади, а шейку—впередъ и наоборотъ.

Фаллопіева труба прощупывается между сведенными вну-

треннимъ и наружными пальцами въ видѣ плотнаго шнура, идущаго отъ верхняго угла матки въ сторону.

Нормальные яичники прощупываются въ формѣ легко ускользящихъ изъ-подъ пальцевъ миндалевидныхъ тѣлъ.

Если почему-либо нельзя изслѣдовать черезъ влагалище (напримѣръ, у дѣвицъ, при заращеніи влагалища и пр.), то можно предпринять двойное гинекологическое изслѣдованіе, введя палецъ въ прямую кишку.

Различныя положенія больной при изслѣдованіи.

Кромѣ описаннаго положенія больной на спинѣ, иногда при гинекологическомъ изслѣдованіи примѣняютъ и другія, какъ-то: ягодично-спинное положеніе, положеніе на боку, колѣбно-локтевое положеніе.

Ягодично-спинное положеніе состоитъ въ томъ, что больная лежитъ на спинѣ, голова покоится на низкой подушкѣ, ноги сильно согнуты въ колѣняхъ и тазобедренномъ сочлененіи, бедра притянуты къ животу. Для того, чтобы удерживать ноги въ такомъ положеніи, нужно имѣть или двухъ помощниковъ, или употреблять такъ называемые ногодержатели. Это положеніе примѣняется чаще всего при гинекологическихъ операціяхъ, производимыхъ черезъ влагалище.— Такъ какъ больная во время операціи или изслѣдованія не всегда лежитъ покойно, а дергаетъ ногами, иногда даже отбрасываетъ ими помощниковъ, то послѣднимъ нужно умѣть держать ноги. Весь секретъ заключается въ томъ, чтобы бедра были пригнуты какъ можно ближе къ животу, почти вплотную; при такомъ положеніи бедеръ, если помощникъ будетъ держать ихъ только подъ мышками, то никакая сильная больная не можетъ перемѣнить положенія ногъ или сдвинуть помощника, между тѣмъ какъ у послѣдняго обѣ руки остаются свободны и ими онъ можетъ помогать оператору или изслѣдующему.

Положеніе на боку, или Симсовское положеніе, т.-е. положеніе, рекомендованное американскимъ профессоромъ Симсомъ. Оно состоитъ въ слѣдующемъ: больная ложится на лѣвый бокъ, задомъ на самый край стола; этотъ край стола долженъ быть обращенъ къ свѣту; ноги немного пригнуты къ животу, правая (верхняя) нога пригибается къ животу

нѣсколько болѣе лѣвой; лѣвая рука закидывается на спину. туловище должно быть повернуто такъ, чтобы больная верхней передней частью грудной кѣтки прилегала возможно болѣе къ подушкѣ.

Такое положеніе удобно для осмотра стѣнокъ влагалища и шейки матки (при помощи ложкообразныхъ зеркалъ).

Кольново-локтевое положеніе или положеніе à la vache. При этомъ положеніи больная становится ничкомъ на колѣни и на локти, при чемъ тазъ помѣщается выше верхней половины туловища; спина представляется слегка вогнутою посрединѣ. Благодаря такому наклонному положенію туловища, подвижныя брюшныя внутренности смѣщаются къ грудобрюшной преградѣ, при чемъ животъ отвисаетъ по направленію къ груди. Подъ вліяніемъ смѣщенія брюшныхъ внутренностей уменьшается давленіе на матку и ея придатки, матка выходитъ отчасти изъ полости малаго таза и стремится зайти въ брюшную полость, при этомъ влагалище вытягивается, въ него входитъ наружный воздухъ, иногда съ шумомъ.

Это наклонное положеніе можно усилить еще тѣмъ, если предложить больной упраться въ постель не локтями, а плечевыми суставами, при чемъ плечи, локти и предплечья помѣщаются на постели.

Инструментальное изслѣдованіе.

Конечъ указательнаго пальца обладаетъ довольно тонкимъ чувствомъ осязанія; имъ хорошо прощупываются всѣ шероховатости, складки, углубленія слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Несомнѣнно, что при профессиональномъ упражненіи это чувство изоощряется настолько, что наощупъ можно отличать, напр., растворъ сулемы, растворы кислотъ отъ воды. Но все же, разъ больная жалуется на бѣли, истеченія и желательно опредѣлить источникъ истеченій, или разъ осязаніе не даетъ яснаго представленія о томъ, что дѣлается во влагалищѣ, на влагалищной части и въ нижней части шейнаго канала, то необходимо изслѣдовать эти мѣста посредствомъ зрѣнія, благо они легко могутъ быть доступны для осмотра. Для осмотра указанныхъ мѣстъ примѣняются такъ называемыя маточныя зеркала, ко-

торыя бываютъ 3-хъ типовъ: трубчатая, створчатая и ложкообразная¹⁾.

Трубчатая зеркала представляютъ форму трубки, одинъ конецъ которой расширенъ въ видѣ раструба, другой конецъ прямо или косо срезанъ (рис. 3). Изготавливаются эти зеркала изъ металла, стекла, слоновой кости, изъ дерева и изъ твердаго каучука.



Рис. 3.

Длина ихъ въ большинствѣ случаевъ одинаковая (сант. 15—18), ширина же различна (4, 3, 2 сантиметра), для того, чтобы вводить по выбору то болѣе, то менѣе широкое зеркало.

Эти зеркала въ настоящее время вытѣснены створчатыми зеркалами.

Прототипомъ *створчатыхъ зеркалъ* служитъ зеркало *Луско*. Оно состоитъ изъ двухъ металлическихъ пластинокъ, желобообразно изогнутыхъ; эти пластинки сложены другъ съ дру-



Рис. 4.

гомъ вогнутыми поверхностями. Когда онѣ сложены, то имѣютъ форму утиного клюва (рис. 4). Наружные концы пластинокъ (т.-е. тѣ концы, которые послѣ введенія зеркала находятся снаружи) соединены кольцомъ и винтовымъ приспособленіемъ для раздвиганія пластинокъ. Наружные концы

¹⁾ Зеркалами они называются потому, что они способствуютъ осмотру, раздвигая стѣнки влагалища.

пластинокъ при движеніи винтомъ не раздвигаются, раздвигаются при этомъ внутренніе концы, и притомъ гораздо шире того кольца, которое соединяетъ наружные концы.

Примѣняютъ зеркало слѣдующимъ образомъ. Подвергнувъ его стерилизаціи посредствомъ кипяченія и остудивъ въ холодной кипяченой водѣ, берутъ за наружный конецъ зеркала правой рукой; большимъ и указательнымъ пальцемъ лѣвой руки раздвигаются половыя губы какъ можно шире; зеркало со сложными пластинками приставляется своимъ внутреннимъ концомъ (т.-е. впереди идущимъ концомъ) къ задней спайкѣ такъ, что спайки касается пока одно ребро зеркала (т.-е. ребромъ), другое ребро зеркала смотритъ вверхъ, не совсемъ, впрочемъ, вверхъ, а нѣсколько въ сторону; акушерски выражаясь, зеркало ставится въ косомъ размѣрѣ; это для того, чтобы верхнимъ ребромъ не коснуться очень чувствительныхъ мѣстъ, на примѣръ, клитора и его уздечки. Далѣе, отдавливая зеркаломъ промежность книзу и въ то же самое время легко вводягъ конецъ зеркала во влагалище; тотчасъ по введеніи повертываютъ зеркало такъ, что одна пластинка становится вполнѣ верхней, а другая — нижней; одновременно съ этимъ наружный конецъ зеркала подымается, чтобы опустить внутренній конецъ, такъ какъ послѣднему нужно быть продвинутымъ книзу, въ крестцовую впадину, что тотчасъ и дѣлается легко, свободно и безболѣзненно. (Не нужно забывать передъ введеніемъ зеркала конецъ его смазть вазелиномъ.) Теперь начинаютъ вертѣть гайку винта слѣва направо, при чемъ внутренніе концы раздвигаются, отчего можетъ быть видна влагалищная часть или задній сводъ. Если влагалищная часть не вставилась въ зеркало и потому не видна, то нужно немного подвигать зеркаломъ такъ, чтобы внутренніе концы его перемѣстились то вверхъ, то внизъ, то въ стороны; при этихъ манипуляціяхъ влагалищная часть большею частью вставляется въ просвѣтъ зеркала и становится доступной и разсматриванію, и воздѣйствіямъ. Иногда влагалищную часть вставить въ зеркало очень трудно, иногда же невозможно. Если предварительнымъ ощупываніемъ опредѣлено положеніе влагалищной части и если концы зеркала приведены къ этому мѣсту, то задача облегчается. Когда влагалищная часть вполнѣ вставилась въ зеркало, то становится хорошо виднымъ

наружное отверстие матки, а если это отверстие расширено или увеличено вследствие разрывовъ, то доступна зрѣнію и нижняя часть шейнаго канала. Когда зеркало вставлено, держать его не нужно, оно держится само собой.

Изъ многихъ видоизмѣненій зеркала Куско слѣдуетъ упомянуть то изъ нихъ, въ которомъ кольца, соединяющаго наружные концы, нѣтъ; пластинки соединены у винта (рис. 5); при движеніи винтомъ раздвигаются какъ наружные кон-



Рис. 5.

цы, такъ и внутренніе, только послѣдніе раздвигаются гораздо болѣе наружныхъ. Изъ этихъ зеркалъ особенно удобны тѣ, у которыхъ одна пластинка (долженствующая смотрѣть вверхъ, когда зеркало вставлено) короче другой (рис. 5). Это позволяетъ при введеніи зеркала помогать пальцемъ вставленію влагалищной части, что весьма облегчаетъ, ускоряетъ дѣло и обусловливаетъ безболѣзненность манипуляцій. Къ сожалѣнію, этого видоизмѣненія зеркала Куско въ продажѣ очень мало; найти его трудно.

Желобоватые или ложкообразныя зеркала, такъ же какъ и створчатые, изготовляются изъ металла. Прототипомъ

этихъ зеркаль служить зеркало Симона. Проф. Симоиъ первое свое зеркало устроилъ очень просто: онъ согнулъ обыкновенную ложку такъ, что рукоятка ея по отношенію къ резервуару стала подь прямымъ угломъ; такой инструментъ оказался очень удобнымъ для введенія во влагалище и оттягиванія его стѣнокъ, задней кзади—къ крестцу, передней

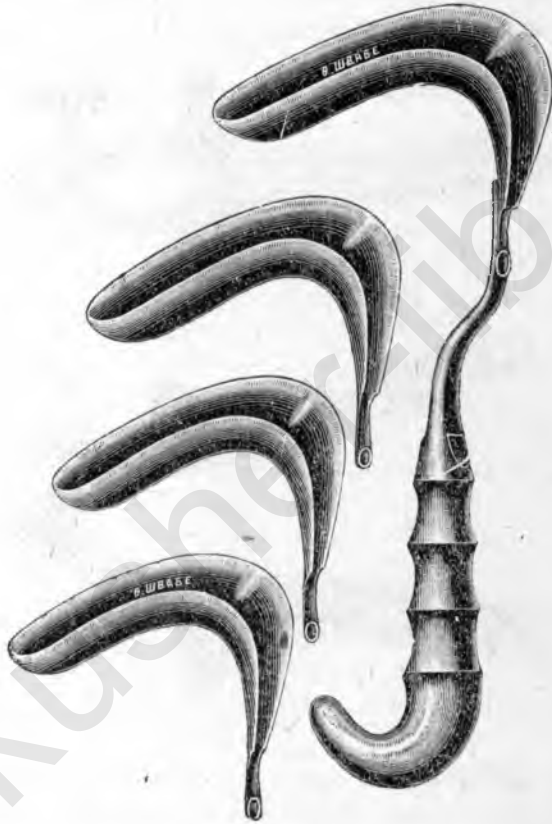


Рис. 6.

кпереди—къ лону. Настоящее зеркало Симона (рис. 6) состоитъ изъ рукоятки и жолоба, расположеннаго къ рукояткѣ подь прямымъ угломъ.

Жолобъ можно снимать; къ одной и той же рукояткѣ приготавливаются 5 желобовъ разной величины, чтобы примѣнять то большій, то меньшій жолобъ, смотря по надобности. Вводитъ это зеркало легко: лѣвою рукою раздвигаютъ поло-

вья губы, правую рукою вставляют клювъ жолоба, затѣмъ продвигаютъ жолобъ вглубь по задней стѣнкѣ влагалища, такъ что вогнутою поверхностью жолобъ обращенъ вверхъ (большая лежитъ или на край стола, или на гинекологическомъ креслѣ, или поперекъ постели), рукоятка направлена внизъ; зеркало удерживаютъ, захвативъ рукоятку полною рукою и оттягивая ее внизъ, при чемъ задняя стѣнка вла-

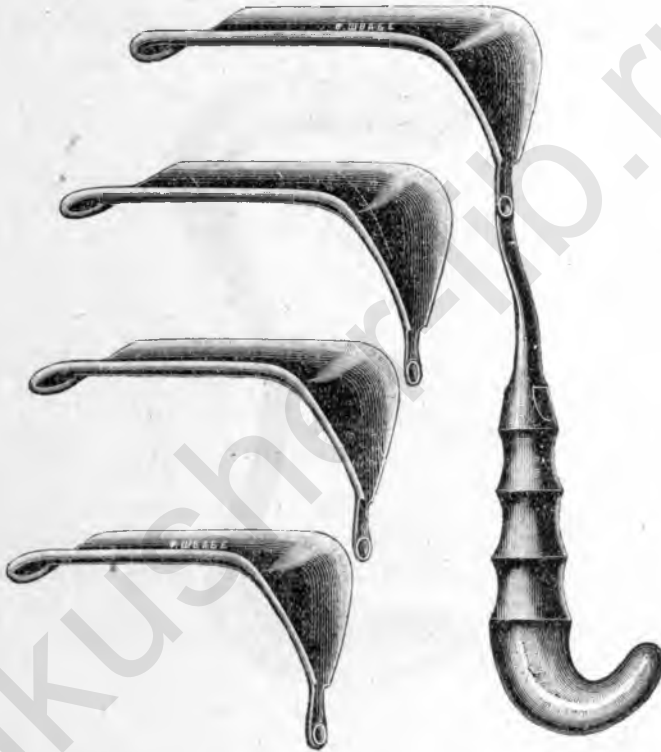


Рис. 7.

галища, задняя стѣнка и промежность отбѣняются книзу, вслѣдствіе чего передняя стѣнка влагалища сама становится доступной зрѣнію.

Но влагалищная часть матки при этомъ не всегда обнажается; чтобы достигнуть этого, приходится отодвигать кверху переднюю стѣнку, для чего Симонъ предложилъ такія же зеркала, но только на мѣсто жолоба къ рукояткѣ прикрѣпляется плоская пластинка (рис. 7); при употребленіи

этого зеркала пластинка вставляется по передней стѣнкѣ влагалища, и рукоятка обращена вверхъ. Это зеркало называется верхнимъ въ отличіе отъ вышеописаннаго, которое называется нижнимъ. При одновременномъ употребленіи того и другого зеркала можно прекрасно осмотрѣть всѣ уголки влагалища и сдѣлать хорошо доступною влагалищную часть.

Иногда и боковыя стѣнки влагалища, при маневрированіи нижнимъ и верхнимъ зеркалами, провисаютъ и мѣша-



Рис. 8.

ютъ осмотру или операціи. Тогда употребляютъ боковыя подъемники, т.-е. металлическія узкія пластинки, соединенныя неподвижно подъ прямымъ угломъ съ металлическою рукояткою; ими отодвигаются боковыя стѣнки влагалища въ стороны.

Зеркала Симона примѣняются чаще всего при спинно-ягодичномъ положеніи, при чемъ для удержанія ихъ на мѣстѣ необходимы помощники, которые въ то же время держатъ ноги больной и располагаются такъ, какъ это описано выше (стр. 21).

Изъ видоизмѣненій зеркала Симона заслуживаютъ упоминанія тѣ изъ нихъ, которыя сдѣланы изъ цѣльнаго куска металла. Составныя зеркала неудобны тѣмъ, что замки ихъ портятся, часто размыкаются именно тогда, когда зеркало находится въ дѣйстви; замки часто грязнятся; въ общемъ такія зеркала непрочны. Опытъ показалъ, что если имѣть не составныя, а цѣльныя зеркала, то достаточно имѣть ихъ 2 размѣра, одинъ побольше, другой поменьше. Въ послѣднее время стали употреблять зеркала съ короткими, но широкими желобами, что представляетъ больше удобствъ какъ при операціяхъ, такъ и при осмотрѣ.

Зеркало *Симса* состоитъ изъ рукоятки, къ концамъ которой придѣлано почти подъ прямымъ угломъ по желобу (рис. 8); одинъ желобъ, болѣе длинный и широкій, предназначенъ для болѣе широкаго входа влагалища; другой желобъ, болѣе узкій и короткій, примѣняютъ въ случаяхъ съ узкимъ влагалищнымъ входомъ. Вводится это зеркало такъ же, какъ зеркало Симона. Особенно удобно это зеркало при боковомъ положеніи больной, рекомендованномъ тѣмъ же профессоромъ Симсомъ.

Маточный зондъ.

При помощи маточныхъ зеркалъ можно изслѣдовать зрѣніемъ влагалище и самую нижнюю часть шейнаго канала. Болѣе высокія части шейнаго канала и полость матки зрѣнію недоступны; по крайней мѣрѣ, до сихъ поръ не придумано приспособленій для достиженія этой цѣли. Такъ что полость шейнаго канала и полость матки можно изслѣдовать только или зондомъ, или пальцемъ.

Маточный зондъ представляетъ изъ себя металлическую закругленную палочку длиною—съ рукояткою—30 сантиметровъ. Конецъ палочки, предназначенный для введенія, суживаясь немного, заканчивается булавовиднымъ расширеніемъ, такъ называемою пуговкою зонда. На разстояніи 7 сантиметровъ отъ пуговки зондъ, если онъ твердый, дѣлается слегка согнутымъ дугообразно или подъ тупымъ угломъ. Мягкій зондъ можно сгибать гдѣ угодно, смотря по надобности. На разстояніи 7 сант. отъ пуговки на зондѣ дѣлаютъ зарубку или выступъ для указанія нормальной длины мат-

ки (т.е. 7—8 сант.). Иногда на зондѣ дѣлаются дѣленія на сантиметры, начиная отъ выступа книзу къ рукояткѣ; это на тотъ случай, если полость матки удлинена; при этомъ можно отсчитать, насколько она удлинена.

Примѣняютъ зондъ лишь послѣ его стерилизаціи и послѣ дезинфекціи влагалища при обнаженіи паружнаго отверстія матки зеркалами. Зондомъ можно опредѣлить: увеличеніе полости матки, твердыя разращенія въ полости матки, направленіе полости матки при опухоляхъ, чувствительность слизистой оболочки матки.

Употребленіе зонда нерѣдко несетъ за собой смертельную опасность. Зондъ является діагностическимъ орудіемъ только въ рукахъ врача.

Разбухающія тѣла, служащія для медленнаго расширенія шейки матки.

Исслѣдованіе пальцемъ полости матки, не находящейся въ состояніи беременности, послѣродовомъ состояніи или послѣ выкидыша, вообще крайне затруднительно и возможно только послѣ сильнаго расширенія шейнаго канала, да и то не всегда.

Расширеніе шейки можно отнести, собственно, къ оперативнымъ пособіямъ, хотя бы самое расширеніе производилось безкровно.

Кровавое расширеніе шейки есть уже операція, производимая при помощи ножа, ножницъ, иглъ и прочихъ хирургическихъ инструментовъ.

Для безкровнаго расширенія вводятъ въ каналъ шейки или разбухающія тѣла, или употребляютъ тупые расширители. Разбухающія тѣла расширяютъ тѣмъ, что благодаря влагѣ, которую они находятъ въ шейкѣ матки, они увеличиваются сами въ объемъ; такое расширеніе совершается въ теченіе 6—24 часовъ и болѣе; оно поэтому называется медленнымъ. Расширители же вводятъ быстро одинъ за другимъ по померамъ, сначала тонкіе расширители, потомъ все толще и толще. Такое расширеніе называется быстрымъ.

Къ разбухающимъ тѣламъ принадлежатъ: прессованныя губки, ляминарій и тупело.

Прессованныя губки теперь не употребляются, такъ какъ

онѣ представляютъ изъ себя матеріалъ очень не асептичный. Будучи вставлены въ каналъ шейки, онѣ вскорѣ начинаютъ издавать зловоніе, при ихъ употребленіи часто происходитъ повышеніе температуры. Стерилизаціи же ихъ подвергнуть нельзя.

Палочки ляминарія приготавливаются изъ стержня водяного растения того же названія. Длина палочекъ 7 сант., ширина $\frac{1}{2}$ сантиметра и менѣе. Палочки ляминарія обладаютъ свойствомъ разбухать во влажной средѣ и увеличиваться въ ширину; будучи вставлены въ шейку, онѣ, подѣ влияніемъ влаги, находящейся тамъ, разбухаютъ, утолщаются и расширяютъ шейный каналъ. Для стерилизаціи палочки ляминарія погружаются на одну минуту въ кипящую воду, затѣмъ быстро остужаются погруженіемъ въ холодную кипяченую воду и сейчасъ же вставляются въ шейку. Разумѣется, передъ этимъ вставленіемъ больную готовятъ: де-



Рис. 9.

зинфицируютъ влагалище по общимъ правиламъ, больную кладутъ на поперечную кровать или на операционный столъ, или на кресло, обнажаютъ влагалищную часть зеркалами Симопа или Симса, захватываютъ переднюю губу шейки кульцангомъ, извлекаютъ имъ нѣсколько матки, и только послѣ всего этого возможно правильное вставленіе ляминарія. Черезъ 8—12 часовъ палочку ляминарія вынимаютъ, схвативъ за шелковнику, продѣтую сквозь наружный конецъ палочки.

Самыя употребительныя въ настоящее время, это—палочки Тупело (рис. 9), изготовляемыя изъ корня водяного растения *Nyssa*.

Толщина палочекъ Тупело можетъ доходить до толщины большого пальца въ сухомъ состояніи.

Палочки Тупело можно покупать стерилизованными въ стеклянныхъ трубочкахъ. Стерилизуютъ ихъ для продажи такъ: кладутъ палочку въ стеклянную трубочку, захватываютъ трубочку пинцетомъ и начинаютъ подвергать трубочку дѣйствію сильного газоваго пламени; палочка, нахо-

дящаяся въ трубочкѣ, не горитъ, а подвергается дѣйствию высокой температуры; затѣмъ тотчасъ же запаивается конецъ трубочки. Въ такомъ видѣ палочка можетъ храниться сколько угодно времени безъ потери своей асептичности. Вставляются, держатся и вынимаются палочки Тупело такъ же, какъ и палочки ламинарія.

О расширителяхъ, служащихъ для быстрого расширенія, мы будемъ говорить при описаніи операціи выскабливанія.

Инструменты, наиболѣе часто употребляемые въ гинекологіи.

Корнцангъ (рис. 10) служитъ для захватыванія кусковъ ваты, марли и другихъ предметовъ.



Рис. 10.



Рис. 11.

Кулевцангъ (рис. 11), или *пулевые щипцы*, въ гинекологіи служатъ для захватыванія одной изъ губъ шейки матки.

Щипцы Мюзо (рис. 12) служат также для захватывания шейки матки. ими пользуются при операциях тогда, когда нужно крѣпко захватить шейку матки, напримѣръ, для сильнаго низведенія матки.



Кровоостанавливающая пинцетъ Писана (рис. 13) примѣняется для захватыванія и зажиманія кровотокащихъ сосудовъ.

Наиболѣе употребительные способы мѣстнаго лѣченія женскихъ болѣзней.

Приведемъ описаніе нѣсколькихъ наиболѣе употребительныхъ способовъ лѣченія заболѣваній влагалища, матки и придатковъ. Къ нимъ относятся: спринцеваніе, тампонація, внутриматочныя смазыванія и впрыскиванія, промыванія полости матки, массажъ и пр.

Спринцеваніе.

Влагалищныя спринцеванія дѣлаются съ тройкой цѣлью: во-первыхъ, съ цѣлью лишь промыть, прополоскать влагалище ради удаленія слизи, крови, сгустковъ и другихъ выдѣленій, во вторыхъ, съ цѣлью воздѣйствовать на влагалище растворенными въ водѣ лѣкарственными веществами и, въ-третьихъ, съ цѣлью подѣйствовать спринцеваніями, какъ душемъ, на матку и ея придатки.

Для производства спринцеваній требуется: кружка Эсмарха, гуттаперчевая трубка, наконечникъ и вода или какой-нибудь растворъ. Кружка Эсмарха должна быть стеклянная, емкостью 4—6—8 и болѣе стакановъ. Трубка должна быть красная или черная, толѣ остѣнная. Тонкостѣнная трубка дешевле, но н удобна тѣмъ, что легко перегибается, а это мѣшаетъ теченію жидкости. Сѣрая резина скоро портится, высыхаетъ, мало гибка. Длина трубки 2 аршина.

Наконечникъ долженъ быть стеклянный, потому что только черезъ стекло можно видѣть, что въ немъ находится; а внутри него часто бываетъ соръ, грязь, дохлыя мухи и пр. Наконечникъ долженъ представлять изъ себя простую прямую трубку съ однимъ широкимъ отверстіемъ.

Между трубкой и наконечникомъ вставляется еще кранъ, но это не необходимо; зад рживать струю воды можно рукой, перегнувши трубку. Лучше въ отношеніи чистоты обходиться безъ крана.

Спринцеваться можно или лежа, или сидя. При спринцеваніи лежа нужно пользоваться подкладнымъ судномъ, которое можетъ быть фаянсовое или эмалированное, круглое или продольное. Если нѣтъ подкладного судна, можно воспользоваться тазомъ. Рабочая женщина рѣдко можетъ примѣнять спринцеванія, такъ какъ для этого нужно, во-первыхъ, укрыться отъ нескромныхъ взоровъ, что не всегда бываетъ возможно, во вторыхъ, приготовленія къ спринцеваніямъ и самое производство все-таки являются для нея довольно сложными. Но все же, въ случаѣ крайней нужды, можно порекомендовать ей устроиться слѣдующимъ образомъ: на стѣнѣ надъ кроватью на 1—1½ аршина вбить гвоздь, чтобы на него повѣсить кружку; самой для спринцеванія лечь на край кровати такимъ образомъ, чтобы одна нога была на кровати, другая упиралась бы на табуретъ, поставленный около кровати, при чемъ задъ долженъ свисать; подъ задомъ нужно поставить ведро для стока жидкости; для того, чтобы жидкость не попадала на кровать, не текла по краю кровати, хорошо подстелить небольшую клеенку, такъ чтобы нижній край клеенки спускался въ ведро. Въ сидячемъ положеніи женщина спринцуется на биде или надъ ведромъ.

По температурѣ воды спринцеванія дѣлятся на: среднія—отъ 27° до 30°, т.-е. такія, температура которыхъ приближается къ температурѣ тѣла; теплыя—отъ 30° до 35°; горячія—35°—40°; ниже 27°—прохладныя; 15°—9°—холодныя. Самыя употребительныя спринцеванія—это среднія и горячія.

Горячія спринцеванія сами по себѣ, безъ прибавленія какихъ-либо лѣкарствъ, имѣютъ лѣчебное дѣйствіе: они, какъ всякій душъ, дѣйствуютъ на мѣстные мышцы и сосуды раздражающимъ образомъ, вызываютъ на нѣкоторое время сокращеніе мышцъ и сосудовъ, поэтому они примѣняются для сокращенія матки, когда она недостаточно сократилась послѣ родовъ или выкидыша, особенно, если есть подозрѣніе, что въ полости матки есть остатки плоднаго яйца. Поэтому-

то также горячія спринцеванія назначаются при кровотеченияхъ изъ матки, не всегда, впрочемъ, съ желательнымъ успѣхомъ.

Далѣе горячія спринцеванія назначаются при хроническихъ воспаленіяхъ матки, Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ, при экссудатахъ около матки съ цѣлью скорѣйшаго рассасыванія всѣхъ продуктовъ воспаленія. Если спринцеванія назначены 2 раза, то удобнѣе производить ихъ утромъ, пока больная не одѣвалась, и вечеромъ, когда она уже раздѣлась. Послѣ горячихъ спринцеваній часа черезъ 1½ можно выходить и въ холодную погоду.

Лѣкарственные спринцеванія бываютъ: дезинфицирующія, вяжущія и смягчительныя.

Приготовленіе спринцеваній съ дезинфицирующими веществами изложено въ книгѣ того же автора: «Необходимыя свѣдѣнія по антисептикѣ и асептикѣ». За свѣдѣніями по этому вопросу мы отсылаемъ туда.

Вяжущія спринцеванія это тѣ, которыя производятся растворомъ квасцовъ, свинцоваго сахара, мѣднаго или цинковаго купороса, изъ таннина; каждаго изъ этихъ веществъ нужно прибавлять на кружку 1—2 чайныхъ ложки; таннина слѣдуетъ прибавлять больше: 1—2 столовыхъ ложки. Къ вяжущимъ относятся также спринцеванія изъ отвара коры дуба, ясеня, ивы. Марганцевокислое кали и древесный уксусъ дѣйствуютъ отчасти, какъ обеззараживающія средства, отчасти, какъ вяжущія.

Смягчительныя спринцеванія дѣлаются изъ отвара льняного сѣмени, отрубей, крахмала.

Если спринцеванія дѣлаются лишь для цѣлей чистоты, то хорошо достигается цѣль, если прибавить соды (1—2 чайныхъ ложки на кружку), а также простого кухоннаго уксуса, который отлично удаляетъ густую слизь (½ стакана на кружку).

Тампонація влагалища.

Тампонируютъ влагалище обычно или полоской марли, или ватными шариками.

Съ цѣлью остановки кровотечения послѣ операций во влагалищѣ, а также ради удержанія матки на извѣстной

высотѣ тампонируютъ длиною полоскою марли. Марлю берутъ іодоформную, ксероформную или стерилизованную; въ настоящее время употребляютъ почти всегда стерилизованную марлю. Для того, чтобы приготовить марлю для тампонаціи, берутъ ея кусокъ длиною $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ —1 аршинъ и начинаютъ отрѣзать полоску въ 3—4 пальца ширины; не доходя пальца 3—4 до противоположнаго края марли, рѣзать прекращаютъ, а начинаютъ вновь рѣзать съ этого (т.-е. противоположнаго) края, но отступя палецѣвъ на 6.

Нарѣзавъ такимъ образомъ изъ одного короткаго отрѣзка марли длинную тонкую полоску, складываютъ ее на чистой тарелкѣ или въ коробочку стерилизатора правильными складками, такъ что получается стопка изъ складокъ.

Для тампонаціи вставляютъ во влагалище зеркало цилиндрическое, или Куско, или, лучше всего, Симона; вводятъ посредствомъ корнцанга полоску возможно маленькими порціями, располагая ее во влагалищѣ по возможности также складками.

Для того, чтобы съ тампономъ ввести во влагалище какое-нибудь лѣкарство, употребляютъ ватные тампоны, которые готовятъ слѣдующимъ образомъ: берутъ полоску ваты величиной и толщиною такую, какъ это устанавливается величиною тампона, загибаютъ длинные края внутрь настолько, чтобы загнутые края встрѣтились другъ съ другомъ и чтобы ширина полученной такимъ образомъ ленты была равна длинѣ будущаго тампона; затѣмъ начинаютъ скручивать эту ленту туго-натуго въ валикъ, который и долженъ служить тампономъ; посрединѣ перевязываютъ этотъ валикъ крѣпкой суровой ниткой и оставляютъ концы нитки при тампонѣ, чтобы за нихъ можно было легко вытащить тампонъ изъ влагалища.

Передъ введеніемъ тампоны смачиваютъ (наполовину) въ разныя вещества: въ глицеринѣ, въ растворѣ нхтіола въ глицеринѣ, въ растворахъ тіола, іода въ глицеринѣ; въ смѣси іодоформа, висмута, таллина съ глицериномъ.

Такіе тампоны можно вводить и безъ зеркала, нужно только развести шире половыя губы и дѣлать это быстро, ловче, чтобы во входѣ влагалища не оставалось много лѣкарственнаго вещества, смачивающаго тампонъ.

Иногда вводятъ такъ называемый пробный тампонъ съ

цѣлью опредѣлить точнѣе характеръ выдѣляемаго маткой или влагалища.

Въ этомъ случаѣ вводятъ одинъ или два ватныхъ тампона, не смоченныхъ ничѣмъ; черезъ 12—24 часа тампона вынимаютъ и осматриваютъ, есть ли на немъ какое-либо отдѣляемое, и если есть, то какое.

Внутриматочныя впрыскиванія.



Рис. 14.

Въ полость матки впрыскиваютъ: іодъ, іодъ съ глицериномъ, растворы ляписа, растворы полуторахлористаго желѣза въ водѣ и въ глицеринѣ, хлористый цинкъ въ водномъ растворѣ и пр.

Впрыскиваніе производится посредствомъ шприца Брауна, который представляетъ изъ себя стеклянный цилиндръ, такой же, какъ въ шприцѣ Праваца, но только, сообразно мѣстнымъ условіямъ примѣненія шприца, ручка его удлинена, а также длиннее и наконечникъ (15—20 сант.). (Рис. 14.) На концѣ наконечника находится расширеніе, продырявленное однимъ отверстіемъ, почему-то очень маленькимъ и не прямо на концѣ, а сбоку.

Ручку, оправу и наконечникъ дѣлаютъ изъ гуттаперчи и изъ металла. Шприцы съ металлическими частями крайне непрочны, съ гуттаперчевыми же они могутъ долго служить безъ поломокъ; но гуттаперчевые пельзя долго и часто кипятить, безъ кипяченія же наконечникъ шприца является вѣрнымъ разносчикомъ заразы. Чтобы избѣжать этихъ недостатковъ, мы примѣняемъ шприцъ съ гуттаперчевой оправой, иногда его кипятимъ 1—2 минуты, не болѣе, наконечникъ же къ нему пригнанъ се-

ребряный съ широкимъ отверстіемъ, сдѣланнымъ прямо на расширенномъ концѣ; такой наконечникъ можно каждый разъ

или кипятить, или даже прожигать на лампочкѣ, захвативъ его коридангомъ. Послѣ употребленія въ наконечникъ продѣвается проволока.

Приготовливаютъ шприцъ Брауна къ употребленію слѣдующимъ образомъ. Берутъ шприцъ пока безъ наконечника, продвигаютъ поршень до низу, погружаютъ конецъ шприца (безъ наконечника) въ тотъ растворъ, который нужно впрыснуть; теперь понемногу вытягиваютъ поршень вверхъ, причемъ растворъ, слѣдуя за поршнемъ, наполняетъ шприцъ; во все это время не спускаютъ глазъ съ конца шприца, который долженъ быть вполне погруженъ въ растворъ, иначе втянется вмѣстѣ съ растворомъ и воздухъ. Но, несмотря на предосторожности, воздухъ почти всегда попадаетъ въ шприцъ; является онъ тамъ въ видѣ пузырьковъ, бѣгающихъ вдоль шприца при его поворотѣ. Чтобы выгнать пузырьки воздуха, нужно взять шприцъ концомъ вверхъ и, держа его такъ, осторожно продвинуть поршень настолько, чтобы пузырекъ воздуха, стремящійся всегда занять мѣсто вверху, вышелъ и изъ отверстія шприца началъ бы выступать растворъ; тогда конецъ шприца (все безъ наконечника) снова погружаютъ въ растворъ и добираютъ его въ шприцъ. Затѣмъ надѣваютъ наконечникъ, берутъ шприцъ наконечникомъ вверхъ и начинаютъ продвигать поршень, чтобы полость наконечника наполнилась растворомъ. Чтобы при этомъ изъ наконечника не брызнулъ растворъ, конецъ наконечника прикрываютъ кусочкомъ ваты.

Передъ впрыскиваніемъ промываютъ влагалище, вставляютъ зеркало или Куско, или Симона, протираютъ каналъ шейки растворомъ соды и потомъ спиртомъ или эфиромъ. Если примѣняютъ зеркало Симона, то нельзя обойтись безъ захватыванія влагалищной части кувальцангомъ.

Внутриматочныя впрыскиванія, какъ всѣ вообще внутриматочныя воздѣйствія (не оперативныя), всегда несутъ съ собой опасность для будущаго здоровья, а иногда и опасность смерти.

Послѣ внутриматочныхъ впрыскиваній весьма часто бываютъ сильнѣйшія боли внизу живота, отъ которыхъ больныя корчатся въ продолженіе нѣсколькихъ часовъ; по счастью, нерѣдко эти боли проходятъ безъ видимыхъ послѣдствій.

Смазывание полости матки.

На слизистую оболочку матки воздѣйствуютъ лѣкарствами, помимо впрыскиваній, еще смазываніями ватой, намотанной на зондъ и смоченной въ какое-либо лѣкарство. Но обыкновенный зондъ для этого не годится, такъ какъ намотанная вата съ него очень легко спадаетъ. Съ этой цѣлью употребляютъ такъ называемый зондъ Плейфера, т.-е. такой зондъ, передній конецъ котораго на разстояніи 7—8 сант. сдѣланъ рубчатымъ. Наматываютъ вату на такой зондъ слѣдующимъ образомъ: берутъ узенькую полоску ваты, тоненькую до просвѣчиванія, обертываютъ ею сначала конецъ зонда такъ, чтобы этотъ конецъ весь былъ одѣтъ ватой, затѣмъ продолженіемъ этой полоски аккуратно, постепенно и туго обматываютъ весь зазубренный конецъ зонда, въ концѣ-концовъ вату хорошо проглаживаютъ концами пальцевъ. Конечно, и зондъ, и вата должны быть стерилизованы; но послѣ того, какъ вата при обматываніи побываетъ въ рукахъ, стерилизація нарушается. Поэтому, если нѣсколько зондовъ Плейфера готовятся къ операціи (положимъ, для выскабливанія), то лучше намотать на нихъ вату заранѣе и затѣмъ передъ операціей простерилизовать ихъ текучимъ паромъ или въ автоклавѣ вмѣстѣ съ ватой или марлей.

Посредствомъ зонда Плейфера можно смазать всегда слизистую шейнаго канала и иногда слизистую тѣла матки іодомъ, растворомъ ляписа, растворомъ молочной кислоты и другими большею частью прижигающими жидкостями, о которыхъ будетъ сказано въ соотвѣствующихъ мѣстахъ. Конечно, для такихъ смазываній нужно предварительно обнажить наружное маточное отверстіе при помощи зеркалъ.

Гинекологическій массажъ.

Употребленіе массажа при женскихъ болѣзняхъ введено шведскимъ массажистомъ Тюръ-Брандтомъ. Массажъ занялъ очень прочное положеніе среди другихъ методовъ лѣченія и при нѣкоторыхъ женскихъ болѣзняхъ незамѣнимъ. На ряду съ вѣрностью дѣйствія и рациональностью употребленія гинекологическій массажъ имѣетъ еще то громадное достоинство, что примѣненіе его просто, безопасно (если его

примѣняютъ при правильныхъ показаніяхъ) и доступно, такъ какъ его могутъ производить не только врачи, но, какъ показали нашъ многолѣтній опытъ, также акушерки и фельдшерицы.

Изучить гинекологическій массажъ можно лишь при соблюденіи трехъ условій: во-первыхъ, нужно усвоить идею вообще массажа и дѣйствіе его на ткани и органы, во-вторыхъ, нужно имѣть понятіе о женскихъ болѣзняхъ, въ-третьихъ, нужно имѣть возможность практиковаться въ немъ подъ руководствомъ опытныхъ въ этомъ дѣлѣ людей.

Исходя изъ этихъ соображеній, мы не помѣщаемъ здѣсь, передъ изложеніемъ понятія о женскихъ болѣзняхъ, подробнаго описанія всѣхъ приемовъ гинекологическаго массажа, какъ это дѣлается въ главахъ нѣкоторыхъ учебниковъ и въ брошюрахъ, посвященныхъ этому вопросу. Мы коснемся здѣсь только идеи гинекологическаго массажа; описаніе же разныхъ приемовъ его мы приведемъ въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ послѣ описанія самой болѣзни, лѣчимой массажемъ, т.е. тамъ, гдѣ мы будемъ говорить о лѣченіи болѣзней этого рода. Изученіе женскихъ болѣзней и приемовъ массажа при различныхъ женскихъ болѣзняхъ послужитъ подготовкой къ практическому упражненію въ гинекологическомъ массажѣ.

Первое, съ чего начинаютъ всякій сеансъ гинекологическаго массажа, это легкое растираніе матки или Фаллопиевыхъ трубъ или круглыхъ маточныхъ связокъ, словомъ, тѣхъ органовъ таза, которые состоятъ главнымъ образомъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Известно, что гладкія мышечныя волокна приходятъ въ состояніе сокращенія при ихъ растираніи; въ этомъ съ большою ясностью убѣждается всякій при растираніи матки послѣ родовъ. При гинекологическомъ массажѣ примѣняется такое же растираніе, только болѣе мелкими движеніями, соотвѣтственно размѣру непослѣродовой матки, размѣру трубъ и связокъ: силы при гинекологическомъ массажѣ примѣняется тоже гораздо меньше, чѣмъ при массажѣ послѣ родовъ, или, лучше сказать, силы не примѣняется почти никакой, растираніе производится спокойными медленными мелкими движеніями. Для производства этого растиранія нужно размѣститься такъ же, какъ при двойномъ внутреннемъ изслѣдованіи; ука-

зательный палецъ одной руки вводятъ во влагалище и помѣщаютъ конецъ пальца на шейкѣ; другой рукой достигаютъ дна матки; послѣ того, какъ матка окажется между руками, возможно начать ея растираніе. При этомъ, какъ говорится въ учебникахъ, внутренній палецъ только подпираетъ матку, фиксируетъ ее (т.-е. дѣлаетъ ее неподвижной); наружной же рукой производятъ растираніе дна до тѣхъ поръ, пока оно не станетъ плотно. Но опытъ показалъ, что этого недостаточно; нужно производить растираніе поочередно, какъ наружной рукой, такъ и внутреннимъ пальцемъ, при чемъ въ послѣднемъ случаѣ наружная рука, нажимая на дно матки, фиксируетъ ее. Такимъ образомъ можно подвергнуть растиранію: всю шейку кругомъ, переднюю поверхность тѣла матки, боковыя стороны и даже заднюю поверхность матки. Конечно, лучше всего производить растираніе по направленію мышечныхъ волоконъ. Но направленіе и распредѣленіе мышечныхъ волоконъ въ маткѣ и ея связкахъ если въ настоящее время отчасти и извѣстно, то, къ сожалѣнію, далеко не совсѣмъ.

Одинъ палецъ для растиранія обладаетъ слишкомъ малою поверхностью, особенно мякоть его конца, поэтому вводятся два пальца. Но введеніе двухъ пальцевъ больныя переносятъ гораздо хуже; иногда это вызываетъ боль или непріятныя ощущенія растяженія и давленія. Кромѣ того, при внимательномъ растираніи всегда дѣйствуетъ, собственно говоря, одинъ палецъ, и именно указательный. Хотя онъ короче своего сосѣда, средняго пальца, но обладаетъ лучшею чувствительностью и лучше приспособленъ для массажа.

Чтобы увеличить поверхность тренія указательнаго пальца, на послѣднюю фалангу его наматываютъ тонкую полоску ваты настолько, чтобы сохранилась его чувствительность, чтобы палецъ могъ ощущать всѣ отдѣльныя части матки и ея придатковъ. Дѣлается это такъ: берутъ полоску ваты тонкую до просвѣчиванія, шириной приблизительно 2—3 сант., длиной сантиметровъ 15—20; дѣлаютъ конецъ пальца нѣсколько влажнымъ (не мокрымъ), закрываютъ сначала самый конецъ пальца однимъ концомъ полоски, затѣмъ аккуратно обертываютъ полоской послѣднюю фалангу пальца и, наконецъ, приглаживаютъ покрѣпче вату на пальцѣ,

чтобы она не соскочила. Конецъ пальца съ намотанной ватой лучше смочить глицериномъ; если же нужно примѣнить разсасывающее средство (при хроническихъ воспаленіяхъ), то смачиваютъ конецъ пальца въ смѣси ихтіола съ глицериномъ (1 ч. ихтіола и 5 частей глицерина), или въ чистомъ тигенолѣ, или въ тіолѣ. Передъ введеніемъ во влагалище остальную часть пальца смазываютъ вазелиномъ. Конецъ пальца съ намотанной ватой имѣетъ большую поверхность тренія, дѣйствуетъ мягче, болѣе безболѣзненно. Въ общемъ нужно сказать, что это простое приспособленіе вноситъ значительное усовершенствованіе въ технику гинекологическаго массажа.

Шейку матки, эту наиболѣе доступную часть, можно растирать какъ поперечными, такъ и продольными медленными движеніями со всѣхъ сторонъ. Черезъ 2—3 минуты растиранія обыкновенно замѣчается уплотненіе шейки вслѣдствіе сокращенія ея мышечныхъ волоконъ; часто вмѣстѣ съ шейкой замѣчается одновременное уплотненіе и всей матки вслѣдствіе всеобщаго сокращенія ея мышцъ. Какъ видимый результатъ сокращенія мышцъ шейки, является выходненіе цѣлаго клуба тягучей слизи изъ ея канала, которая отчасти пристаётъ къ массирующему пальцу, отчасти выливается во влагалище. Итакъ, при массажѣ одной шейки получается часто то, что главнымъ образомъ требуется отъ него, т.-е. сокращеніе всей матки.

Чтобы подвергнуть растиранію переднюю поверхность матки и боковыя стороны ея, наружной рукой пригибаютъ матку впередъ, тогда черезъ падатливый сводъ влагалища (передній) легко достигаютъ концомъ массирующаго пальца этихъ частей матки и производятъ осторожное растираніе. Всегда нужно производить растираніе мякотью конца пальца, а не боковыми его сторонами, иначе можно произвести боль. А если соблюдать это условіе, то одну боковую сторону матки всегда удобнѣе растирать пальцемъ одной руки, а другую — пальцемъ другой руки, именно: лѣвую сторону матки пальцемъ правой руки и наоборотъ. Поэтому правильное растираніе всей матки возможно только тогда, когда массажъ производится сначала пальцемъ одной руки, напр., лѣвой. Движенія при растираніи могутъ быть въ различномъ направленіи: и въ продольномъ, и въ попереч-

номъ, и круговыя. Для лучшаго растиранія боковыхъ сторонъ матки наружной рукой, если это возможно, наклоняютъ матку также и въ стороны.

Для растиранія задней поверхности матки отклоняютъ ея дно наружной рукой кзади, и иногда это удается настолько, что матку искусственно приводятъ въ положеніе наклоненія назадъ, такъ что дно ея бываетъ при этомъ обращено въ крестцовую впадину; при такомъ положеніи массирующій палецъ легко достигаетъ черезъ задній сводъ (если послѣдній нормаленъ, податливъ) задней поверхности матки и начинаетъ подвергать растиранію по всеѣмъ направленіямъ эту поверхность; иногда при этомъ палецъ прощупываетъ крестцово-маточныя связки, нѣсколько натянутыя; въ этомъ случаѣ палецъ долженъ осторожно пройти черезъ промежутокъ между правой и лѣвой связками, чтобы очутиться на задней поверхности матки. Если влагаллище длинно, а палецъ массирующаго коротокъ, то захватываютъ шейку кугельцангомъ и низводятъ нѣсколько матку. Это очень облегчаетъ задачу. Все эти искусственныя смѣщенія матки тотчасъ же исправляются сами собой послѣ минованія въ нихъ надобности. Они совершенно безвредны и безболѣзненны и совершаются очень легко, если нѣтъ сращеній матки, инфильтратовъ около нея, воспалительныхъ опухолей Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ. Отсутствие всеѣхъ этихъ противопоказаній должно быть предварительно установлено врачомъ. Кромѣ того, такой полный массажъ производится не въ теченіе первыхъ сеансовъ, а послѣ того, какъ самъ массирующій, при осторожныхъ попыткахъ, убѣдился въ безопасности смѣщеній матки, столь способствующихъ ея массажу внутреннимъ пальцемъ черезъ влагаллищные своды. При движеніяхъ внутренняго пальца стараются не задѣвать за клиторъ и малыя губы, что легко достигается, если этимъ пальцемъ отдавливать книзу промежность.

Въ описанномъ заключается самая главная часть гинекологическаго массажа, основа его. Все другіе приемы мы опишемъ, какъ уже сказано, въ соответствующихъ мѣстахъ.

Терапевтическое дѣйствіе описанныхъ приемовъ основывается главнымъ образомъ на томъ, что они улучшаютъ кровообращеніе въ маткѣ, въ связкахъ ея, въ придаткахъ, а также вообще во всеѣхъ органахъ таза, напр., въ прямой

кишкѣ. Улучшеніе кровообращенія происходитъ, во-первыхъ, потому, что мышцы матки при своемъ сокращеніи сжимаютъ сосуды, особенно тонкостѣнные вены, и тѣмъ прогоняютъ изъ нихъ лишнюю кровь; во-вторыхъ, токъ крови становится быстрѣе вслѣдствіе сокращенія мышцъ стѣнокъ сосудовъ (это сокращеніе происходитъ также вслѣдствіе механическаго раздраженія этихъ мышцъ массажемъ), наконецъ, само растираніе удаляетъ лишнюю влагу въ тканяхъ и въ лимфатическихъ сосудахъ.

Изъ наблюденій извѣстно, что органы таза женщины обладаютъ особенной склонностью къ застоямъ въ нихъ крови даже при нормальномъ ихъ состояніи; при заболѣваніяхъ же, особенно воспалительныхъ, эта склонность всегда увеличивается. Изъ наблюденій извѣстно также, какъ улучшаются, какъ быстро поддаются лѣченію воспалительныя заболѣванія въ тазу, если обращено вниманіе на улучшеніе кровообращенія въ немъ. Иногда рассасываніе продуктовъ воспаленія происходитъ только при одномъ условіи удаленія хроническаго полнокровія органовъ таза.

Въ этомъ-то и заключается секретъ тѣхъ терапевтическихъ эффектовъ, которые нерѣдко даетъ гинекологическій массажъ: больныя чувствуютъ себя лучше послѣ первыхъ же сеансовъ, чувство тяжести въ тазу, боли, бѣли часто сразу становятся лучше. Дальнѣйшее рассасываніе продуктовъ воспаленія упочиваетъ учужшеніе самочувствія больныхъ.

Промываніе полости матки.

Иногда является надобность въ промываніи полости матки.

Такъ какъ полость тѣла матки очень тѣсна и такъ какъ входъ въ нее, т.-е. внутренній зѣвъ, часто суживается подъ вліяніемъ сокращенія охватывающихъ это отверстіе кольцевыхъ мышцъ, то обыкновенно маточныя наконечники съ однимъ токомъ не годятся. Для этой цѣли примѣняются металлические наконечники, въ которыхъ существуетъ два канала, одинъ для проведенія жидкости въ полость матки, другой для выведенія.

Изъ такихъ наконечниковъ самый употребительный тотъ, который изобрѣтенъ проф. Фритчемъ.

Воспалительныя заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ.

Общее понятіе о воспаленіи.

Прежде чѣмъ говорить о воспалительныхъ процессахъ въ женскихъ половыхъ органахъ, необходимо коснуться понятія о воспаленіи вообще.

Что такое воспаленіе? Понятіе объ этомъ явленіи можетъ получиться легче всего, если привести нѣсколько примѣровъ изъ обыденной жизни.

Если сильно потереть глазъ, пока онъ не начнетъ слезиться, то соединительная оболочка глаза, обычно бѣлая съ синеватымъ отливомъ, покраснѣетъ, на ней появятся красныя жилки; это—расширенные кровеносные сосуды; если разсматривать такую соединительную оболочку глаза черезъ увеличительное стекло, то можно увидѣть еще больше маленькихъ жилокъ, т.-е. расширенныхъ кровеносныхъ сосудовъ. Черезъ пять минутъ послѣ этого опыта краснота совершенно исчезаетъ, и глазъ принимаетъ обычный видъ.

Если въ глазъ случайно попадетъ маленькое насѣкомое, въ глазу начинается раздраженіе, глазъ начинаютъ тереть, онъ становится краснымъ. Если насѣкомое удалено, то черезъ полчаса все проходитъ и въ глазу нельзя замѣтить ничего особеннаго.—Указанное явленіе въ глазу еще не есть воспаленіе, это только вызванный механическимъ раздраженіемъ приливъ крови къ глазу, связанный, конечно, съ расширеніемъ кровеносныхъ сосудовъ. (Подобное явленіе называется гипереміей.)

Если въ приведенномъ примѣрѣ глаза, въ который пало маленькое насѣкомое, послѣднее не будетъ вынуто,

останется въ немъ и долго будетъ его раздражать, то здѣсь въ этомъ случаѣ одной гиперэмией дѣло не кончится, а развиграется весьма серьезное воспаленіе.

Возьмемъ еще примѣръ. Выприснемъ подь кожу скипидаръ. Мѣсто, гдѣ было сдѣлано впрыскиваніе, начнетъ болѣть, появится краснота, это мѣсто припухнетъ; въ этомъ мѣстѣ появится жаръ, наощупь оно будетъ теплѣе другихъ частей, словомъ, разовьются обычные признаки всякаго поверхностнаго воспаленія, которыхъ принято считать четыре: краснота, жаръ, боль, опухоль. Если мы не будемъ повторно впрыскивать скипидаръ въ это же мѣсто, то воспалительныя явленія скоро пройдутъ, потому что раздражитель—скипидаръ—черезъ нѣкоторое время исчезаетъ изъ этого мѣста, рассасывается. (Но нужно замѣтить, что при опытахъ со скипидаромъ описанныя явленія часто бываютъ такъ скоропроходящи и мало выражены, что не всегда даже и эти явленія можно назвать настоящимъ воспаленіемъ.)

Приведемъ типичный примѣръ настоящаго воспаленія, какъ оно встрѣчается при заболѣваніяхъ, гдѣ обычнымъ возбудителемъ воспаленія являются извѣстные микроорганизмы.

Возьмемъ платиновую проволоку, только что прокаленную и остывшую, т.-е. такую, на которой въ данный моментъ нѣтъ никакихъ микроорганизмовъ, коснемся концомъ этой проволоки свѣже выпущеннаго гноя изъ гнойника, пронеседшаго при какомъ-нибудь остромъ воспаленіи. Затѣмъ тотчасъ же опустимъ на секунду зараженный гноемъ конецъ проволоки въ стерилизованный бульонъ, находящійся въ стеклянной пробиркѣ. Послѣ этого поставимъ пробирку въ теплое мѣсто, лучше всего въ термостатъ, т.-е. такой аппаратъ, гдѣ поддерживается всегда одна и та же температура (обычно близкая къ температурѣ тѣла, т.-е. 37°). Черезъ сутки, двое мы увидимъ, что ранѣе прозрачный бульонъ помутнѣлъ, потому что въ немъ размножился тотъ родъ микроорганизма, который былъ въ гною, который собственно и вызвалъ воспаленіе и образованіе гноя. Положимъ, что въ данномъ гноѣ находился самый сильный, самый распространенный возбудитель воспаленія, такъ называемый стрептококкъ, или, по-русски, цѣпочный коккъ, ко-

торый при разсматриваніи подъ микроскопомъ его колоніи представляется въ видѣ зеренъ, расположенныхъ цѣпочками. Если мы впрыснемъ маленькую часть полученной нами бульонной разводки стрептококка, положимъ, въ ухо кролика, то мы скоро можемъ наблюдать полную картину воспаления. Первое, что мы будемъ наблюдать, это сильное покраснѣніе уха, кровеносные сосуды уха очень расширятся, мелкіе изъ нихъ, невидимые простымъ глазомъ раньше, станутъ рѣзко выступать, будучи расширены и сильно переполнены кровью. Получается такая типичная яркая картина, что въ этомъ періодѣ измѣненія въ ухѣ кролика можно показать всей аудиторіи на экранѣ посредствомъ проекціоннаго аппарата. Но вскорѣ затѣмъ становится невозможно наблюдать гиперемію, такъ какъ въ тканяхъ уха появляется воспалительный отекъ, ухо утолщается, опухаетъ, весь кроликъ становится скучный, больной.

Если мы описанное явленіе будемъ изучать подробнѣе, вооружившись методами микроскопическаго изслѣдованія, то намъ приходится наблюдать рядъ слѣдующихъ фактовъ.

Съ одной стороны, попавшія въ ткань, при упомянутомъ впрыскиваніи бульона, особи цѣпочнаго кокка начинаютъ тамъ сильно размножаться. Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло не съ такимъ невиннымъ раздражителемъ, какъ скипидаръ, который скоро исчезаетъ, разсасывается; наоборотъ, мы имѣемъ дѣло съ раздражителемъ, количество котораго растетъ въ организмѣ, мы имѣемъ дѣло не съ химическимъ веществомъ, а съ живымъ возбудителемъ воспаления, способнымъ съ неустойчивой силой размножаться и заполнять собой не только пораженное мѣсто, но и весь организмъ.

Съ другой стороны, вооружившись тѣми же методами микроскопическаго изслѣдованія, мы можемъ наблюдать, какъ на то раздраженіе, которое вносится присутствіемъ и размноженіемъ цѣпочнаго кокка, отвѣчаетъ (или, какъ говорятъ въ медицинѣ, реагируетъ) данное мѣсто организма, т. е. мы можемъ наблюдать микроскопическія картины разныхъ стадій воспаления.

Вспомнимъ, что въ каждомъ мѣстѣ организма кровь течетъ по сосудамъ: артеріямъ, волоснымъ сосудамъ и венамъ. По артеріи кровь приходитъ къ данному мѣсту (рис. 16),

изъ приводящей артеріи (а) по маленькимъ вѣточкамъ кровь проходитъ въ волосные сосуды, или капилляры (с), здѣсь черезъ тончайшія стѣнки капилляровъ происходитъ обмѣнъ веществъ между кровью и окружающею тканью, затѣмъ изъ капилляровъ кровь собирается въ вену (b), чтобы черезъ нее уйти изъ даннаго мѣста къ сердцу. Здѣсь представленъ упрощенный схематическій рисунокъ (рис. 15) описанныхъ отношеній между сосудами каждаго даннаго мѣста.



Рис. 15.



Рис. 16.

Что же происходитъ, если данное мѣсто поражается воспаленіемъ? Первое, что наблюдается, это сильное расширеніе кровеносныхъ сосудовъ, просвѣтъ какъ артерій и венъ, такъ и капилляровъ увеличивается вдвое и больше (рис. 16). Сосуды переполняются кровью, которая, слѣдовательно, прилила къ данному мѣсту въ большемъ количествѣ (гиперемія). Токъ крови ускоряется. Лишь въ послѣдующіе періоды воспаления токъ крови начинаетъ замедляться. Стѣнки расширенныхъ венъ и волосныхъ сосудовъ съ дальнѣйшимъ теченіемъ воспаления приобрѣтаютъ особое свойство легко пропускать сквозь себя бѣлые кровяные шарики и жидкую часть крови. Прохожденіе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ происходитъ такъ: сначала мы замѣчаемъ, что бѣлые кровяные

шарики отдѣляются отъ общаго тока крови и располагаются у стѣнокъ сосуда; затѣмъ можно при наблюдении застигать бѣлые кровяные шарики въ то самое время, когда они пролѣзаютъ сквозь стѣнку сосуда. Вышедши изъ сосудовъ, бѣлые кровяные шарики располагаются въ окружающей ткани или примѣшиваются къ выпотѣвшей изъ сосудовъ жидкости. Выпотѣвшая жидкость, или, какъ ее называютъ, воспалительный выпотъ, пропитываетъ пораженное мѣсто, производитъ такъ называемый воспалительный отекъ и обуславливаетъ ту припухлость, которая всегда замѣчается въ воспаленномъ мѣстѣ. Въ каждый моментъ воспаление можетъ остановиться; всѣ описанныя явленія могутъ стихнуть, выпотѣвшая жидкость разсосется, т.-е. впитается обратно отчасти прямо въ вены, отчасти черезъ лимфатическіе сосуды. Наступаетъ выздоровленіе. Но, къ несчастію, случается такъ не всегда, чаще воспаление идетъ впередъ, прогрессируетъ.

Дальнѣйшее теченіе воспаления опредѣляется тѣми измѣненіями, которымъ подвергается жидкость, вышедшая изъ стѣнокъ сосудовъ, или, какъ выражаются, выпотѣвшая черезъ стѣнки сосудовъ. Эта жидкость называется выпотомъ, или эксудатомъ. Эксудатъ бываетъ трехъ родовъ: серозный, фибринозный и гнойный.

Если черезъ стѣнки сосудовъ вышло ничтожное количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, а выпотѣвшая жидкость не измѣнила своего состава, т.-е. осталась тою же серозною жидкостью, соломенно-желтаго цвѣта, какою она выпотѣла изъ сосудовъ, то получается серозный эксудатъ. Серозный эксудатъ, помимо пропитыванія воспаленной ткани, можетъ собираться въ какой-нибудь полости, если таковая имѣется поблизости отъ воспаления; такимъ образомъ получаютъ скопленія серознаго эксудата.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ воспаления не успѣетъ появиться выпотъ, какъ онъ уже свертывается, подобно тому, какъ свертывается кровяная плазма при образованіи сгустка крови. Извѣстно, что при свертываніи кровяной плазмы получается фибринъ и кровяная сыворотка. Фибринъ есть волокнистое бѣлковое вещество. При свертываніи выпота получается также фибринъ, который отлично и виденъ, какъ волокнистое вещество, напимѣръ, при фибринозномъ воспаленіи

брюшины или на слизистых оболочках (напр., зѣва) въ видѣ пелета или отложеній этого вещества. Въ этихъ случаяхъ результатомъ воспаления является фибринозный выпотъ. Если такой выпотъ образуется внутри тканей, напримѣръ, въ околomatочной клетчаткѣ, то воспаленное мѣсто становится плотнымъ. Наконецъ, выпотъ можетъ быть гнойнымъ. Такой выпотъ получается тогда, когда черезъ стѣнки сосудовъ проходитъ масса бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, которые, примѣшиваясь къ серозному эксудату, дѣлають его гнойнымъ. Такъ что всякій гной состоитъ изъ жидкой составной части, такъ называемой гнойной плазмы, и гнойныхъ тѣлецъ, которыя суть не что иное, какъ бѣлые кровяные шарики, вышедшіе изъ сосудовъ.

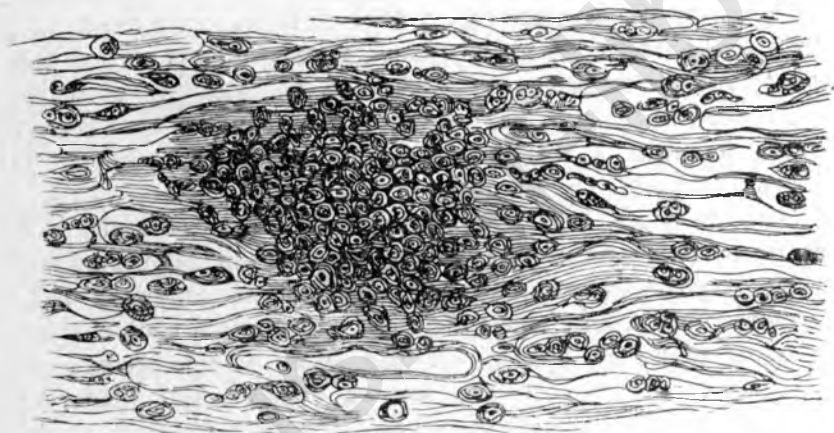


Рис. 17.

Итакъ, исходами всякаго воспаления могутъ быть: 1) полное выздоровленіе, это въ томъ случаѣ, когда воспаленіе не зашло далеко, остановилось въ началѣ; 2) образованіе серознаго эксудата, который черезъ болѣе или менѣе короткое время рассасывается; 3) образованіе плотнаго эксудата, это въ томъ случаѣ, если эксудатъ (фибринозный), 4) образованіе гнойнаго эксудата. Гнойныя тѣльца могутъ быть разсыпанными между клетками пораженныхъ тканей или же могутъ собираться въ большомъ количествѣ въ одномъ мѣстѣ; въ послѣднемъ случаѣ образуется гнойникъ (рис. 17) болѣе или меньшей величины. Гнойникъ имѣеть свойство

пробивать себя дорогу и прорываться, если не будет вскрыть ножомъ хирурга. Иногда же гнойникъ не прорывается, обростаеь плотной капсулой и остается на мѣстѣ на болѣе или менѣе долгое время, иногда на многіе годы.

Указанные исходы получаются черезъ болѣе или менѣе короткіе промежутки времени, измѣряющіеся недѣлями, т.-е. черезъ 1—2—3 недѣли; воспаление въ теченіе этого времени протекаетъ бурно, т.-е. сопровождается высокой температурой, ухудшеніемъ общаго самочувствія, болями и пр. Эти формы воспаления называются скоротечными или острыми.

Острое воспаление можетъ перейти въ хроническое; тогда всѣ описанныя явленія стихаютъ понемногу, мало-по-малу, но процессъ не оканчивается, длится долго, годами, то затихая, то вновь вспыхивая.

Сверхъ всего сказаннаго, нужно замѣтить, что имѣть понятіе объ особенностяхъ каждаго даннаго случая воспаления можно только тогда, когда извѣстенъ возбудитель воспаления, его свойства и когда принято во вниманіе и оцѣнено, какъ относится къ воспалительному процессу весь организмъ больного.

Дѣло въ томъ, что микроорганизмы, эти безспорно постоянные возбудители обычно встрѣчающихся формъ воспаления, выделяютъ изъ себя разныя вещества, которыя всасываются изъ мѣста воспаления въ общій токъ крови; будучи примѣшаны къ крови, эти вещества распространяются по всему организму и дѣйствуютъ, какъ яды. Дѣйствіе этихъ ядовъ разное, смотря по тому, какого рода микроорганизмъ служить возбудителемъ воспаления. Бываютъ случаи, когда еще не успѣютъ развиваться воспалительныя явленія въ пораженной мѣстности, какъ больной умираетъ, будучи отравленъ сильнѣйшимъ убійственнымъ ядомъ, продуктомъ жизнедѣятельности микроорганизма, возбуждашаго это воспаление (напримѣръ, нѣкоторые случаи септического воспаления). Извѣстно, что бываютъ параличи мышцъ, какъ результатъ отравленія при дифтерическихъ воспаленияхъ. Обычно при воспаленияхъ эта отравленность организма выражается въ повышеніи температуры, въ общемъ чувствѣ недомоганія, дурномъ аппетитѣ, дурномъ вкусѣ, вялости кишечника и особенно въ измѣненіи пульса, какъ выразителья тѣхъ измѣненій, которыя происходятъ въ сердцѣ. Замѣ-

чено, напрімѣрь, особое отравляющее дѣйствіе яда гонокковъ (микроорганизмовъ трипперныхъ воспаленій) на нервную систему, и эта сторона дѣла изучается въ настоящее время врачами довольно усердно. О микроорганизмахъ вообще и о микроорганизмахъ возбудителяхъ воспаления въ частности мы говорить не будемъ, чтобы не уклоняться въ сторону.

На всякій мѣстный процессъ воспаленія можно смотрѣть какъ на арену борьбы организма съ распространеніемъ въ его тканяхъ микроорганизмовъ. Бываютъ случаи, когда силы организма пасуютъ въ этой борьбѣ: микроорганизмы при своемъ разрастаніи разрушаютъ тѣ баррикады, которыя ставятъ на его пути организмъ, они врываются въ общій токъ крови и уже не въ видѣ тѣхъ ядовъ, которые они выделяли, а сами по себѣ распространяются съ кровью по всему организму и вызываютъ переносныя воспаленія въ разныхъ мѣстахъ. Въ этихъ случаяхъ мѣстное воспаленіе оканчивается общимъ зараженіемъ крови и всего организма.

Если острое воспаленіе перешло въ хроническое, то микроорганизмъ, вызвавшій острое воспаленіе, остается въ тканяхъ и является уже хотя не такимъ сильнымъ раздражителемъ, какъ при остромъ воспаленіи, но зато долго и постоянно дѣйствующимъ. Кромѣ того, нѣкоторые микроорганизмы обладаютъ свойствомъ иногда вызывать съ самаго начала хроническое воспаленіе, напр., микроорганизмы бугорчатки, оспы, сифилиса, актиномикоза.

Помимо микроорганизмовъ, возбудителемъ хроническаго воспаленія можетъ быть, конечно, всякій механическій и химическій раздражитель, если онъ дѣйствуетъ на одно и то же мѣсто долго, постоянно. Такъ, напр., кожа на ногѣ можетъ придти въ состояніе подостраго или хроническаго воспаленія, если ее долго третъ сапогъ. Бываютъ хроническое воспаленіе слизистой оболочки желудка и явленія хроническаго воспаленія печени отъ постояннаго раздраженія этихъ органовъ алкоголемъ.

Внутри хронически воспаленнаго органа, въ тканяхъ его, замѣчаются разнообразныя измѣненія, смотря по періоду, въ которомъ находится процессъ при своемъ многолѣтнемъ теченіи. Эти измѣненія сводятся въ общемъ къ слѣдующему. Во-первыхъ, замѣчается всегда нѣкоторое, большее или

меньшее, полнокровіе органа, или же лишь наклонность къ приливамъ крови, къ полнокровію, или, какъ говорятъ, къ гипереміи. Притекающая кровь не быстро протекаетъ черезъ органъ, а медленно, застаиваетъ тамъ, почему такую гиперемію и называютъ застойной.

Кромѣ того, въ хронически воспаленныхъ тканяхъ всегда находится нѣкоторое количество выпотѣвшей жидкости; воспаленныя ткани всегда находятся въ состояніи нѣкотораго отека, благодаря чему получается общая припухлость заболѣвшаго органа. Помимо отека, припухлость органа вызывается нѣкоторымъ разрыхленіемъ (въ первое время воспаленія) соединительной ткани и разрастаніемъ ея, а сверхъ того еще тѣмъ, что ткань является часто инфильтрированной, т.е. пронизанной или какъ бы нафаршированной мелкими клѣтками, продуктомъ хроническаго воспаления. Подъ микроскопомъ въ этихъ случаяхъ видно, какъ среди нормальныхъ элементовъ ткани вѣдряются, какъ фаршъ, мелкія клѣточки то кучками, то цѣлыми слоями, то разсыпанныя поодиночкѣ.

Понятно, что при хроническомъ воспаленіи полнокровная, отечная, инфильтрированная ткань теряетъ свои нормальныя свойства, напр., свою эластичность, становится болѣе рыхлой, непрочной. Нормальная дѣятельность такой ткани также нарушается.

Застарѣлый процессъ хроническаго воспаленія имѣетъ своимъ результатомъ обыкновенно усиленное развитіе соединительной ткани и уплотненіе ея.

Параметритъ. Parametritis. Воспаленіе околوماتочной клѣтчатки.

Та рыхлая соединительная ткань (или, какъ говорятъ, клѣтчатка), которая окружаетъ матку, называется параметріумъ (parametrium). Тамъ, гдѣ брюшина не покрываетъ матку, къ послѣдней прилегаетъ клѣтчатка (за исключеніемъ влагалищной части). Слѣдовательно, клѣтчатка прилежитъ къ боковымъ краямъ матки (между мѣстами прикрѣпленія передняго и задняго листовъ широкихъ связокъ). Затѣмъ клѣтчатка прилежитъ къ шейкѣ матки спереди тотчасъ ниже мѣста перехода брюшины съ матки на мочевоу пузырь; здѣсь клѣтчатка оказывается проложенной между передней стѣнкой шейки и мочевоу пузыремъ; снизу она прилежитъ къ переднему своду влагалища. Затѣмъ клѣтчатка прилежитъ къ задней стѣнкѣ шейки тотчасъ ниже того мѣста, гдѣ отъ матки отходитъ брюшина (задняго Дугласова пространства). Здѣсь клѣтчатки мало, снизу она прилежитъ къ заднему своду влагалища. Отъ боковъ матки клѣтчатка идетъ въ стороны, чтобы выполнить пространство между переднимъ и заднимъ листками широкихъ связокъ, и доходить до боковыхъ стѣнокъ таза; отсюда эта клѣтчатка продолжается въ клѣтчатку, служащую подбрюшинною подстилкой подвздошной ямки (въ большемъ тазу), а отсюда та же самая клѣтчатка распространяется подъ брюшиной въ поясничныя области и доходитъ до почекъ.

Спереди отъ шейки такъ называемая маточно-пузырная клѣтчатка распространяется дальше вокругъ мочевоу пузыря, чтобы одѣть кругомъ мочевоу пузырь тамъ, гдѣ онъ не покрытъ брюшиной (а покрытъ онъ послѣднею лишь сверху).

Сзади параметральная клѣтчатка распространяется не толь-

ко въ пространство между влагалищемъ и прямою кишкою, но и окружаетъ прямую кишку. Мѣстами къ рыхлой параметральной кѣтчаткѣ примѣшивается жиръ, такъ что кѣтчатка принимаетъ свойства жировой.

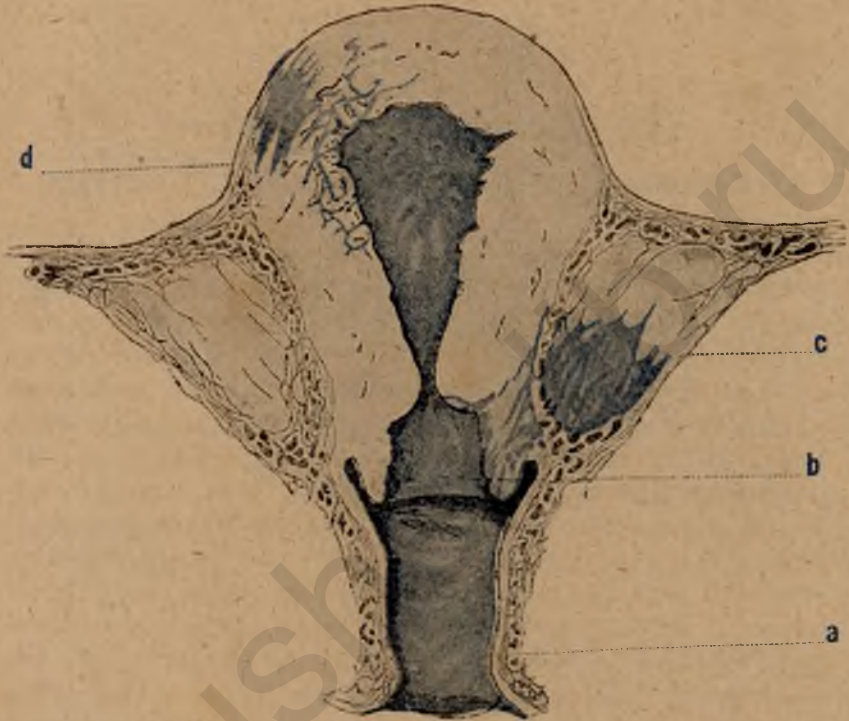


Рис. 18. а—влагалище, в—наружное отверстие шейки матки, с—кѣтчатка широкихъ связокъ, d—мѣсто проникновенія инфекции со слизистой оболочки матки (тамъ, гдѣ было прикрѣплено дѣтское мѣсто) въ мышечную часть стѣнки до брюшиннаго покрова матки.

Рис. 18. Изображаетъ разрѣзь послѣродовой матки и широкихъ связокъ, идущій параллельно передней поверхности этихъ органовъ. Синимъ изображено все то, что послѣ родовъ было заражено и гдѣ произошло заболѣваніе. Инфицированными, т.-е. зараженными, оказались слизистая оболочка влагалища, шейки матки и тѣла матки. Кромѣ того, въ первой части рисунка видно, какъ инфекция со слизистой оболочки шейки, черезъ стѣнку шейки, проходитъ въ околوماتочную кѣтчатку широкихъ связокъ, которая поэтому также оказывается инфицированной.

Причиной воспаления параметральной кѣтчатки служить проникновеніе въ нее микроорганизмовъ, возбудителей вос-

паленія. Это проникновеніе обыкновенно происходитъ при нарушеніи цѣлости шейки матки, тѣла матки и верхнихъ частей влагалища. Такое нарушеніе цѣлости доставляютъ прежде всего роды, во время которыхъ чаще всего происходятъ, какъ извѣстно, ссадины, трещины, надрывы и разрывы шейки. На слизистую же оболочку шейки въ теченіе родовъ неизбежно наносятся микроорганизмы пальцами при стараніи опредѣлить, насколько открыта шейка. Со слизистой оболочки микроорганизмы проникаютъ (рис. 18) въ клѣтчатку черезъ лимфатическіе пути по сосудамъ, и если разрывъ идетъ до клѣтчатки (что бываетъ часто), то—прямо со слизистой въ клѣтчатку.

Затѣмъ указанная комбинація причинъ, вызывающихъ параметритъ, происходитъ при операціяхъ на маткѣ и чаще всего опять-таки на шейкѣ, когда на мѣста разрѣзовъ, швовъ, уколовъ и пр. попадаютъ микроорганизмы съ инструментовъ, съ рукъ оператора или даже съ самой слизистой оболочки матки, когда она сама инфицирована. Въ прежнее время, до введенія асептики, случаи параметрита наблюдались часто послѣ расширенія матки, такъ какъ при расширеніи происходятъ трещины слизистой шейки, хотя и невидимыя, но достаточныя для того, чтобы черезъ нихъ проникли микроорганизмы. Въ настоящее время послѣоперативные параметриты встрѣчаются, по счастью, рѣдко, благодаря тому, что мѣры асептики примѣняются передъ всякой операціей въ достаточной степени. Главную массу параметритовъ даютъ роды и выкидыши, при которыхъ мѣры асептики примѣняются обыкновенно въ недостаточной степени.

Анатомическія измѣненія. Воспаленіе начинается обыкновенно съ того, что выпотѣваетъ въ толщѣ параметральной клѣтчатки серозная жидкость; пораженное мѣсто припухаетъ; припуханіе превращается въ цѣлую опухоль мягковатой, тѣстообразной консистенціи. Эта опухоль, если воспаленію суждено остановиться на этой стадіи, рассасывается. Если же воспаленіе идетъ впередъ, то эта опухоль скоро начинаетъ плотнѣть и часто такъ сильно, что получается опухоль, твердостью напоминающая дерево или камень. Такое превращеніе происходитъ, во-первыхъ, вслѣдствіе свертыванія серознаго экссудата, во-вторыхъ, вслѣдствіе рассасыванія

остатковъ жидкаго эксудата, въ-третьихъ, вследствие на-фаршировки ткани бѣлыми кровяными тѣльцами.

Величина такой воспалительной опухоли можетъ колебаться между величинами яйца и головы взрослого чело-вѣка и болѣе. Въ случаѣ значительной величины опухоли матка оттѣсняется въ сторону, противоположную той, гдѣ образовался параметритъ: если параметритъ образовался справа (рис. 19), то матка бываетъ оттѣснута влѣво, и на-оборотъ, если параметритъ образовался слева и справа, то матка оттѣсняется впереди и влѣво. Тотъ сводъ влагалища, надъ которымъ образовался параметритъ, уплощается, сгла-



Рис. 19. Тазъ женщины безъ передней стѣнки. в—параметритъ справа, а—матка, оттѣснутая параметритомъ влѣво.

живается, какъ бы перестаетъ быть сводомъ, болѣе того, онъ нерѣдко выпячивается во влагалище, такъ что на мѣстѣ свода получается выпуклость (нижняя часть опухоли). Верхняя часть опухоли при извѣстной ея величинѣ можетъ быть прощупана черезъ брюшныя стѣнки надъ входомъ въ тазъ на разной высотѣ; бываютъ случаи, когда верхняя граница опухоли прощупывается на уровнѣ пупка и выше. Замѣчается при сильномъ распространѣнн параметрита вверхъ, что онъ предпочтительно распространяется вверхъ и въ сторону по подвздошной ямкѣ параллельно Пунартовой связкѣ въ видѣ весьма продолговатаго плотнаго тѣла.

Матка при параметритѣ теряетъ свою подвижность, она представляется какъ бы включенной въ параметральную опу-

холь, или же ея положеніе можно сравнить съ тѣмъ, что она какъ бы облита съ одной стороны какой-то твердѣющей массой, напр., цементомъ; контуры матки прощупываются только на здоровой сторонѣ.

Дальнѣйшая судьба параметральной опухоли состоитъ или въ томъ, что она медленно рассасывается (иногда рассасываніе идетъ годами, такъ что остатки такого хроническаго параметрита не исчезаютъ даже послѣ упорнаго продолжительнаго лѣченія), или же дальнѣйшая судьба остро протекающаго параметрита состоитъ въ томъ, что онъ нагнаивается. Накопившійся гной ищетъ себѣ выхода и прорывается то въ прямую кишку, то около отверстія задняго прохода, около ягодицъ, то во влагалище, то въ мочевой пузырь, то надъ Пупартовой связкой; все это происходитъ, конечно, въ томъ случаѣ, если гной не выпущенъ искусственно своевременнымъ разрѣзомъ, который приходится чаще производить или по заднему своду влагалища, или на брюшныхъ стѣнкахъ параллельно Пупартовой связкѣ. Приведемъ примѣръ параметрита, окончившагося нагноеніемъ.

Примѣръ. Молодая женщина Б. родила въ первый разъ около 2-хъ мѣсяцевъ тому назадъ. Обратилась за помощью къ врачу, жалуясь на то, что у нея происходитъ сначала знобъ, потомъ жаръ, потомъ потъ и такъ 2 мѣсяца каждый день. (Температура не имѣлась). При изслѣдованіи черезъ брюшныя стѣнки замѣчалась продолговатая опухоль въ лѣвой сторонѣ живота, протянувшаяся въ видѣ колбасы параллельно Пупартовой связкѣ; тогчасъ надъ ней опухоль лежала неподвижно и была мѣстами очень плотна, мѣстами же слегка размягчена. При внутреннемъ изслѣдованіи—матка неподвижна, слѣва отъ матки прощупывается тѣсно связанная съ ней плотная опухоль, идущая въ сторону. двойное изслѣдованіе показываетъ, что опухоль, ощупываемая черезъ влагалище, и опухоль, прощупываемая черезъ брюшныя стѣнки, есть одно и то же. Наружная граница опухоли ясно не опредѣляется. Положеніе опухоли, ея форма, консистенція, происхожденіе и колебанія температуры дали несомнѣнныя доказательства того, что мы имѣемъ дѣло съ параметритомъ. Дальнѣйшія наблюденія показали, что ^т послѣ зноба повышается до 39 и болѣе, затѣмъ черезъ 1—2 часа послѣ нота понижается и доходитъ до нормы, т.-е. 36,5—36,8. На боли больная не жалуется. Наклонность къ запорамъ.—Колебанія температурной кривой указывали на то, что въ опухоли есть гной. Поэтому былъ произведенъ разрѣзъ параллельно Пупартовой связкѣ, при чемъ были найдены среди плотнаго инфильтрата гнойные очаги, которые по возможности всѣ были раскрыты. Въ рану заложены полоски іодоформной марли, наложена

повязка. Сверхъ повязки наложенъ мѣшокъ съ горячей водой, чтобы инфильтратъ скорѣе нагнаивался. Ежедневно смѣнялась повязка. Температура боги не повышалась, и больная черезъ 6 недѣль была здорова.

Симптомы. Параметритъ, какъ таковой, не вызываетъ никакихъ характерныхъ симптомовъ, и часто при затянувшемся повышеніи t° послѣ родовъ, выкидышей и операций онъ открывается лишь при двойномъ внутреннемъ изслѣдованіи. Если воспаленіе распространяется къ мочевому пузырю, то могутъ быть расстройства мочеиспусканія: учащенный позывъ, задержка мочеиспусканія, боль, жжение, ломота при немъ. Если воспаленіе доходитъ до поясничныхъ или тазовыхъ мышцъ, проходящихъ на бедро, то могутъ быть боли, сведеніе въ нижней конечности той стороны, съ которой произошелъ параметритъ. Если воспаленіе задѣваетъ и брюшину, то являются боли, характерныя для перитонита. Повышеніе t° происходитъ такъ же, какъ и при воспаленіи въ прочихъ мѣстахъ. Въ то время, когда воспалительный процессъ прогрессируетъ, т.-е. въ періодъ роста опухоли и новаго образованія инфильтратовъ, температура имѣетъ постоянный типъ: такъ, утромъ, положимъ, 38,5, вечеромъ—39—39,5. Если процессъ стихаетъ, воспаленіе имѣетъ окончиться, то t° падаетъ. Если же происходитъ нагноеніе, то постоянный типъ повышенія t° измѣняется: начинаются сильныя колебанія t° какъ въ сторону пониженія, такъ и въ сторону повышенія; вечеромъ или среди дня послѣ зноба было, положимъ, 40°, а утромъ или ночью—35,8. Пониженіе температуры можетъ продлиться нѣкоторое время и уже обрадовать больную и окружающихъ, какъ новый знобъ и новое повышеніе температуры разстраиваютъ надежды на скорое выздоровленіе.

Весьма важное значеніе имѣетъ общее состояніе здоровья всего организма и общее самочувствіе. Бываютъ случаи параметритовъ, когда въ самомъ началѣ болѣзни при небольшой опухоли общее состояніе больныхъ сильно разстраивается: пульсъ 120, слабый, больная очень блѣдна, языкъ сухъ, обложенъ, лицо осунулось до неузнаваемости, глаза ушли глубоко въ орбиты, потускнѣли. Смерть витаетъ надъ такими больными. Наоборотъ, бываютъ случаи больныхъ параметритомъ съ обширнымъ продолжительнымъ нагноеніемъ, и общее состояніе такихъ больныхъ при хорошемъ питаніи

остається удовлетворительнимъ. Все зависитъ отъ того, какой микроорганизмъ вызвалъ воспаление, все зависитъ отъ качества инфекціи.

Распознаваніе параметрита при нѣкоторой, хотя бы небольшой, его величинѣ и плотности затрудненій не представляеть. Обыкновенно подозрѣніе о существованіи остраго параметрита возникаетъ тогда, когда у больной повышена температура, повышение это не зависитъ отъ заболѣваній какихъ-либо другихъ органовъ (помимо органовъ полости таза) и когда есть какое-либо основаніе думать, что происхожденіе заболѣванія—въ женскихъ половыхъ органахъ, напр., были роды, выкидышъ, операція, какое-либо особое изслѣдованіе и т. п.

Ощущеніе болѣзненной ненормальности обыкновенно получается при внутреннемъ изслѣдованіи пальцемъ сводовъ. При нормальныхъ условіяхъ своды представляются для пальца легко уступчивыми, мягкими, какъ стѣнки мѣшка; при параметритѣ палецъ натывается въ мѣстѣ свода на болѣе или менѣе плотную опухоль, которая сдѣлала сводъ или плоскимъ, или даже, наоборотъ, выпятила его въ полость влагалища; дальнѣйшее внимательное ощупываніе пальцемъ устанавливаетъ, что опухоль тѣсно соединена съ маткой; послѣдняя потеряла свою прежнюю подвижность. Затѣмъ, двойное внутреннее изслѣдованіе опредѣляетъ также, что наружной точной границы опухоли нѣтъ, такъ какъ послѣдняя переходитъ непосредственно въ клетчатку боковой стѣнки таза или поясничной области.

Если плотный параметритъ начинаетъ размягчаться, хотя бы мѣстами, или даже получается флюктуація (зыбленіе), повышение температуры теряетъ свой постоянный типъ, начинаетъ быстро понижаться до нормы или ниже нормы, чтобы опять такъ же быстро вновь подняться, тогда слѣдуетъ признать, что параметритъ нагноился. Для діагностики весьма важно знать, какой микроорганизмъ вызвалъ воспаление, чтобы судить о характерѣ самой болѣзни, о томъ, какъ весь организмъ будетъ относиться къ инфекціи. Всѣ эти свѣдѣнія являются обыкновенно весьма цѣнными для предсказанія, а иногда и для лѣченія. Къ сожалѣнію, изслѣдованія въ этомъ направленіи дѣлаются или рѣдко, или если и дѣлаются, то недостаточно полно.

Предсказаніе устанавливается на основаніи многихъ данныхъ. Во-первыхъ, какъ ясно изъ сказаннаго, предсказаніе основывается на томъ, какъ относится весь организмъ къ воспаленію, и на томъ, какой микроорганизмъ является возбудителемъ воспаления. Если есть нагноеніе, то предсказаніе устанавливается слѣдующими данными: 1) хорошо ли опорожняются отъ гноя мѣста скопленія его, 2) понижается ли температура при опороженіи отъ гноя гнойной полости и 3) какъ поддерживается питаніе больной. При нагноеніи предсказаніе омрачается, если произошло гнойное зараженіе крови (гноекровіе, пиэмія) и образованіе переносныхъ гнойниковъ въ прочихъ отдаленныхъ органахъ.

Лѣченіе острыхъ случаевъ параметрита состоитъ въ покойномъ лежаніи въ постели и въ примѣненіи пузыря со льдомъ на низъ живота. Это въ тѣхъ случаяхъ, когда воспаленіе еще не остановилось, а идетъ впередъ и когда повышение t° сохраняетъ постоянный типъ. Лежать приходится большею частью на спинѣ, но можно ворочаться и на бока, при этомъ пузырь со льдомъ привязывается къ должному мѣсту полотенцемъ. Слѣдуетъ слѣдить, какъ и чѣмъ больная питается и происходятъ ли ежедневно испраженія, въ противномъ случаѣ нужно ставить клистиры. Всякія жаропонижающія средства, ослабляющія дѣятельность сердца и уменьшающія поэтому сопротивляемость организма, приносятъ вредъ. Если извѣстно, что параметритъ стрептококковаго происхожденія, то примѣняютъ подкожное впрыскиваніе антистрептококковой жидкости, иногда съ хорошими результатами.

При начинающемся нагноеніи нужно положить на низъ живота согрѣвающій компрессъ, или лучше мѣшоу съ горячей водой для скорѣйшаго и болѣе полнаго образованія нарыва. При скопленіи гноя необходимо не медля сдѣлать разрѣзъ для выпусканія гноя и опорожненія полости абсцесса. При продолжительныхъ повышеніяхъ температуры или при обильномъ продолжительномъ нагноеніи, когда вопросъ сводится только на то, хватить ли силъ у организма справиться съ безконечно затянувшимся воспаленіемъ, крайне необходимо обратить особое вниманіе на усиленіе питанія организма, особенно тогда, когда у больной отсутствуетъ аппетитъ. Приходится примѣнять легковаримые питатель-

ные препараты, мясной сокъ, бутылочный бульонъ, соматозу и проч. Но опытъ показываетъ; что лучше всего поддерживаетъ силы обыкновенная пища, питательная и легковаримая. Поэтому нужно каждый день придумывать для больной, чтобы она съѣла что-нибудь попитательнѣе и повкуснѣе; готовить такія кушанья возможно даже и при бѣдной обстановкѣ, такъ какъ больнымъ много готовить не приходится. Разнаго рода мясные супы, пюре, вареная курица, молочные супы и каша, уха изъ судака вмѣстѣ съ варенымъ судакомъ, ветчина и проч. и проч. должны быть рекомендованы больной. Сверхъ всего этого приходится настойчиво рекомендовать глотать, какъ лѣкарство, сырые желтки куриныхъ яицъ (4—6) въ день.

Если воспаленіе не переходитъ въ нагноеніе и останавливается послѣ образованія опухоли параметрита, то лѣченіе должно способствовать рассасыванію опухоли. На низъ живота вмѣсто льда накладывается или согрѣвающей компрессъ, или мѣшокъ съ горячей водой, ближе къ тому мѣсту, гдѣ находится параметритъ; это мѣсто намазывается неоднократно іодомъ; во влагалище вкладываютъ тампоны съ ихтиоломъ и глицериномъ (20% растворъ ихтиола въ глицеринѣ) или съ іодомъ и глицериномъ (также 20% растворъ).

Если параметральная опухоль очень долго (мѣсяцы, годы) не рассасывается, если, слѣдовательно, параметритъ принялъ хроническое теченіе, то рассасывающее лѣченіе должно быть болѣе энергичнѣе. Въ этомъ отношеніи давно заслуженной славой пользуются ванны теплыя и горячія (t° 29° и болѣе), особенно грязевыя и рассольныя ванны, для пользованія которыми больныя ѣздятъ лѣчиться въ специальные курорты, напр., въ Франценсбадъ, Крейцнахъ, изъ русскихъ курортовъ въ Ессентуки (Тамбуканскія грязи, солено-щелочныя, сѣрно-щелочныя ванны), въ Саки, на Одесскіе лиманы, въ Друскеники и т. п.

Но пользоваться курортнымъ лѣченіемъ могутъ только состоятельныя больныя. Для замѣны курортнаго лѣченія можно примѣнять сидячія ванны съ прибавленіемъ соответствующихъ солей. Для этого существуютъ специальные ванны, или же можно приспособить для этого какой-нибудь со-судъ домашняго обихода, напр., кадушку, чанъ, устано-

вленный въ наклонномъ положеніи, и т. п. Лѣтомъ такія ванны лучше всего дѣлать въ жаркое время дня, часовъ въ 11, 12 утра, чтобы послѣ ванны лучше вспотѣть. Въ прочее время года ванны лучше брать вечеромъ. Температура ваннъ 29, 30, 31°, при остываніи ванны нужно прибавлять осторожно теплой воды. Продолжительность сидѣнія сначала 10—15 минутъ, потомъ 20—25 минутъ. Количество воды для такой ванны требуется 2—3 ведра, соли прибавляютъ по 2—2½ фунта. Употребительныя соли для такихъ ваннъ: морская, крейцнахская или особо приготовленная въ аптекѣ (по dr. Al. Müller'y, 73% natrii chlorati, 25% natrii sulfurici, 2% glycerini с. feer. oxydul.). Верхнюю часть туловища слѣдуетъ покрыть чѣмъ-нибудь; можно, во-первыхъ, надѣть кофточку, затѣмъ накинуть поверхъ больной и поверхъ ванны какую-нибудь вещь изъ непромокаемой матеріи, а поверхъ этого одѣяло. Послѣ ванны слѣдуетъ полежать въ тепломъ мѣстѣ, накрыться одѣяломъ, чтобы попотѣть; можно даже обложить больную нѣсколькими бутылками съ горячей водой (не обжечь!). Послѣ первой ванны нужно измѣрить температуру у больной. Если больная хорошо переноситъ такія ванны, то можно взять 20—30 ваннъ.

Кромѣ водяныхъ и грязевыхъ ваннъ, въ настоящее время стали съ успѣхомъ примѣнять свѣтотвоя.

Въ послѣднее время стали лѣчить хроническіе параметриты, дѣйствуя на нихъ тяжестью. Съ этой цѣлью укладываютъ больныхъ на продолжительное время въ постель; на низъ живота накладываютъ мѣшокъ съ дробью отъ 3-хъ до 12-ти ф. вѣсомъ или съ влажной глиной такого же вѣса, а во влагалище вкладываютъ сначала пустой мѣшочекъ, затѣмъ его наполняютъ также дробью, или же во влагалище вкладываютъ кольпейринтеръ и наполняютъ его ртутью. Но эти методы практически нами не провѣрены, поэтому сказать объ ихъ примѣнимости и объ ихъ дѣйствиіи пока ничего нельзя.

Напрашивается на рекомендацію методъ лѣченія хроническихъ воспаленій въ тазу вообще и хроническаго параметрита въ частности массажемъ,—методъ крайне простой, легко выполнимый при всякихъ обстоятельствахъ и дающій въ громадномъ большинствѣ случаевъ блестящіе результаты, не уступающіе дѣйствию грязевыхъ и прочихъ

ваннъ. По нѣмецкимъ учебникамъ (Nagel) онъ дѣлается такъ: вводится указательный палецъ во влагалище, и имъ производится растираніе опухоли, правая рука со стороны брюшныхъ стѣнокъ контролируетъ дѣйствіе пальца, введеннаго во влагалище, и въ то же время слегка также массируетъ опухоль сверху. Лѣченіе массажемъ, конечно, допустимо лишь тогда, когда присутствіе гноя въ опухоли исключено и когда измѣреніемъ температуры тѣла послѣ первыхъ осторожныхъ сеансовъ удостовѣрено, что повышенія не произошло. Опытъ насъ убѣдилъ, что такое лѣченіе могутъ съ успѣхомъ производить акушерки, фельдшерицы и слушательницы акушерскихъ курсовъ. Для лучшаго дѣйствія массажа мы примѣняемъ вмѣстѣ съ нимъ и разсасывающія средства: ихтіоль, тигеноль и проч. Это дѣлается такъ: наматывается на конецъ массирующаго указательнаго пальца тонкая полоска ваты и смачивается затѣмъ погруженіемъ конца пальца въ 20% растворъ ихтіола въ глицеринѣ или чистаго тигенола, остальная часть пальца смазывается вазелиномъ; такимъ образомъ приготовленный палецъ проводится во влагалище такъ, чтобы входъ во влагалище не испачкать очень въ ихтіоль; для этого свободной рукой нужно лучше раздвинуть большія и малыя губы. Затѣмъ проводятъ палецъ къ тому своду, гдѣ находится параметральная опухоль, и начинаютъ осторожно и медленно втирать ихтіоль во всю доступную нижнюю часть опухоли; другая рука можетъ легкимъ надавливаніемъ сверху способствовать тому, чтобы палецъ со стороны влагалища растиралъ (крайне медленными движеніями) большую часть опухоли. Лучше всего каждый разъ производить массажъ указательнымъ пальцемъ сначала одной, потомъ другой руки. Для этого черезъ 2—3 минуты дѣйствія пальцемъ одной руки его вынимаютъ, снимаютъ съ него вату и моютъ, затѣмъ наматываютъ вату на палецъ другой руки, смачиваютъ вату въ растворъ ихтіола и продолжаютъ массажъ этимъ пальцемъ. Смѣна пальцевъ имѣетъ то значеніе, что одни мѣста опухоли бываютъ легко, безболѣзненно достижимы пальцемъ одной руки, положимъ правой, другія—пальцемъ другой руки, лѣвой.

Такой массажъ долженъ быть производимъ безболѣзненно. Нужно предупредить больную, чтобы она тотчасъ же сказала, когда ей сдѣлается больно; болѣзненные мѣста

нужно обходить. Продолжительность массажа первое время 5 минут, потомъ 10. Можно производить сеансы ежедневно, лучше съ отдыхами, или черезъ день, примѣняясь къ тому, какъ выносить больная. Такое лѣчение массажемъ можно производить одновременно съ примѣненіемъ ваннъ, но большею частью и безъ ваннъ получаютъ вполне удовлетворительные результаты.

Если опухоль большая и выступаетъ высоко въ брюшной полости, то вмѣстѣ съ внутреннимъ массажемъ съ ихтиоломъ можно производить втираніе ихтиола въ кожу низа живота. Для этого наливаютъ на низъ живота немного 20% раствора ихтиола въ глицеринѣ, кладутъ плашмя руку на животъ и медленными движеніями руки втираютъ ихтиоль въ кожу какъ разъ надъ опухолью; обыкновенно ихтиоль весь досуха втирается въ кожу; при этихъ движеніяхъ втиранія ихтиола само собой, конечно, происходитъ легкій массажъ опухоли снаружи.

Представимъ примѣръ параметрита, лѣченный консервативно.

Примѣръ. Больная Н—а жалуется на боли внизу живота и опухоль въ животѣ. Ей 25 лѣтъ, 6 лѣтъ замужемъ, родила 3 дѣтей. Последняго 7 мѣсяцевъ тому назадъ. Черезъ 4 дня послѣ послѣднихъ родовъ захворала: были знобы, жаръ, головныя боли. Пролежала 5 недѣль дома и 1 мѣсяць въ больницѣ. Регулы начались съ 15 лѣтъ, ходили правильно, безъ боли. Послѣ послѣднихъ родовъ нѣтъ регулъ, хотя ребенка не кормить.

При изслѣдованіи: въ лѣвой сторонѣ низа живота прощупывается плотная, твердая, неподвижная опухоль величиною съ голову пятилѣтняго ребенка. При внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи: шейка матки въ передней половинѣ таза нормальной величины и плотности. отверстие пропускаетъ конецъ пальца и смотритъ внизъ. При двойномъ внутреннемъ изслѣдованіи отмѣчается, что опухоль, прощупываемая снаружи, спаяна съ маткой, продолговато-округлой формы, контуры ея опредѣляются сверху и снизу, съ боковъ же какъ въ сторонѣ матки, такъ и снаружи контуры неопредѣленные. Опухоль всюду очень плотна. Слева отъ матки прощупывается такой же твердый эксудатъ величиной съ половину большого апельсина, также спаянный съ маткой вплотную и соединяющийся съ большою опухолью лѣвой стороны посредствомъ поперечно идущей сзади матки полосы эксудата.

Форма, положеніе, происхожденіе опухоли ясно указывали, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ параметритомъ, начавшимся послѣ послѣднихъ родовъ. Это распознаваніе подтвердилось противовоспалительнымъ лѣченіемъ, отъ котораго опухоль вскорѣ исчезла. (Если бы опухоль была фиброма, то отъ такого лѣченія она не исчезла бы).

Лѣченіе состояло въ массажѣ опухоли съ ихтіоломъ. Предварительно, конечно, было опредѣлено, что повышенной температуры у больной не бываетъ, даже послѣ первыхъ осторожныхъ попытокъ массажа.

Большую часть лѣченія массажемъ съ ихтіоломъ взяла на себя одна изъ слушательницъ акушерскихъ курсовъ, которая блистательно и довела дѣло до конца: опухоли черезъ 2 мѣсяца исчезли; начали правильно ходить регулы. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ окончанія лѣченія благополучно родила. До сихъ поръ она пользуется полнымъ здоровьемъ.

акusher-lib.ru

Воспаленіе тазовой брюшины. Pelveoperitonitis.

Брюшина есть соединительно-тканная оболочка, одѣвающая органы брюшной и тазовой полостей. Свободная ея поверхность, т.-е. поверхность наружная по отношенію къ каждому органу, выстлана тонкимъ слоемъ плоскихъ эндотеліальныхъ клѣтокъ, что дѣлаетъ эту поверхность гладкой, блестящей (характерной для всѣхъ вообще серозныхъ оболочекъ). Поверхность брюшины нѣсколько влажна отъ присутствія на ней нѣкотораго количества серозной жидкости. Все это сдѣлано природой для того, чтобы уменьшить треніе между органами при ихъ фізіологическихъ движеніяхъ, напр., при движеніи кишокъ, при той подвижности, которая необходима для правильной дѣятельности матки, трубъ и прочихъ органовъ. Если въ какомъ-нибудь мѣстѣ эндотеліальный покровъ почему-либо слущивается, то обнаженное отъ эндотелія мѣсто неизбѣжно срастается съ тѣмъ мѣстомъ, къ которому оно прилежитъ, хотя бы это мѣсто и было покрыто неповрежденной брюшиной, такъ что на мѣстѣ поврежденія брюшины получается всегда большая или меньшая спайка между сосѣдними органами. Это свойство брюшины имѣетъ громадное значеніе въ ея патологіи. Слущивается эндотелій при всякомъ раздраженіи брюшины. Такъ, если ввести въ полость брюшины собаки стерилизованный кусокъ дерева и, зашивъ брюшныя стѣнки, оставить его тамъ, то оказывается, что кусокъ дерева не блуждаетъ свободно въ брюшной полости, а неподвижно прикрѣпляется къ какому-нибудь мѣсту. Это прикрѣпленіе происходитъ вслѣдствіе брюшинныхъ сращеній вокругъ куска дерева. Сращенія же происходятъ потому, что эндотелій слущивается отъ того раздраженія, которое причиняетъ ему постороннее тѣло.

Возьмемъ другой опытъ. Если мы какое-нибудь мѣсто брюшины собаки подвергнемъ дѣйствию струи горячаго (100°) пара, то эндотелій съ этого мѣста слущится. Черезъ нѣсколько дней или педѣль мы, при вторичномъ раскрытіи брюшной полости этой собаки, увидимъ, что на обожженномъ мѣстѣ находятся обильныя крѣпкія сращенія поверхности листковъ брюшины.

Если раздражителемъ является какой-нибудь возбудитель воспаления, напр., колонія какого-либо микроорганизма, то результатомъ воспаления являются неизбежно сращенія листковъ брюшины какъ въ самомъ мѣстѣ воспаления, такъ и вокругъ этого мѣста.

Оказывается, что сращенія и спайки тазовой брюшины у женщинъ встрѣчаются весьма часто. Профессора больницъ заявляютъ, что при вскрытіи труповъ женщинъ средняго возраста, умершихъ не отъ женскихъ болѣзней, находеніе сращеній тазовой брюшины есть заурядное явленіе.

Причины. Самая частая, самая обыденная, самая извѣданная причина воспаления брюшины есть проникновеніе въ полость брюшины микроорганизмовъ, возбудителей воспаления. Матеріалъ для возбужденія воспаления тазовой брюшины даютъ обыкновенно половые органы женщины, матка и Фаллопьевы трубы, столь часто подвергающіяся инфекціи при ихъ функціяхъ. Рѣдко возбудители воспаления идутъ отъ кишочекъ или отъ мочевого пузыря. Микроорганизмы могутъ проникать до брюшины или прямо черезъ стѣнку матки, или могутъ достигнуть до нея черезъ Фаллопьеву трубу, или же черезъ параметріумъ. Все это происходитъ при заболѣваніяхъ послѣ родовъ, послѣ операцій, послѣ зараженія трипперомъ или послѣ какихъ-нибудь руководствій, при которыхъ была запесена въ матку или въ Фаллопьевы трубы инфекція, напр., зондированіе, введеніе въ матку пессаріевъ и другихъ инструментовъ. Если послѣ родовъ инфицируется матка (чаще всего то мѣсто ея слизистой оболочки, гдѣ было прикрѣплено дѣтское мѣсто), то иногда осложненіемъ эндометрита является периметритъ, т.-е. воспаленіе брюшины, одѣвающей матку. Рисунокъ 8, изображающій инфицированную матку послѣ родовъ (спиннымъ изображенъ мѣста, гдѣ распространена инфекція), показываетъ, какъ инфекція распространяется отъ слизистой оболочки тѣла

матки прямо через мышечный ея слой до брюшины (*d*). Рис. 20 показываетъ микроскопическую картину кусочка мышечной части стѣнки такой матки, зараженной стрептококками: между мышечными волокнами видны кокки (синіе), расположенные цѣпочками. Такимъ путемъ достигаютъ брюшины чаще всего стрептококки и стафилококки (или такъ называемые гроздекокки), обычные микроорганизмы зараженія послѣ родовъ, послѣ выкидышей (особенно искусственныхъ), послѣ операций, зондированій и т. п.

Черезъ Фаллопиевы трубы заражаютъ брюшину обычно гонококки, т.-е. микроорганизмы, вызывающіе у мужчинъ трипперъ, у женщинъ такъ называемую гоноррею, при кото-



Рис. 20.

рой идетъ восходящее воспаленіе слизистыхъ оболочекъ сначала влагалища, потомъ матки, потомъ Фаллопиевыхъ трубъ; черезъ фимбріальное отверстие Фаллопиевыхъ трубъ трипперный гной попадаетъ прямо на брюшину, инфицируетъ ее и вызываетъ воспаленіе. Далѣе, всѣ причины, вызывающія параметритъ, могутъ вызвать и перитонитъ, это тогда, когда инфекція проникаетъ черезъ околоматочную клетчатку дно брюшины. Кромѣ того, всѣ причины, вызывающія воспаленіе матки, Фаллопиевыхъ трубъ, яичниковъ, разныхъ опухолей этихъ органовъ, могутъ служить также причинами воспаленія брюшины, такъ какъ весьма часто воспаленіе съ этихъ органовъ и ихъ опухолей переходитъ на одѣвающую ихъ брюшину и вызываетъ всѣ послѣдствія перитонита, т.-е. или сращенія, или скопленія гноя, скопленія серозной жидкости и проч.

Мы остановились прежде всего на инфекціи, какъ на причинѣ воспаления брюшины, такъ какъ эта причина несомнѣнна для громаднаго большинства случаевъ. Но бываютъ явленія воспаления брюшины, относительно причины которыхъ не доказано, что это есть инфекція. Такъ, если происходитъ кровоизліяніе въ полость брюшины, напр., при вѣматочной беременности, то кругомъ мѣста кровоизліянія происходятъ сращения брюшины. При сильномъ ростѣ доброкачественныхъ опухолей могутъ произойти брюшинныя сращения при отсутствіи воспалительныхъ явленій въ этихъ опухоляхъ. Злокачественныя новообразованія, напр., ракъ, саркома, при своемъ ростѣ также окружаются брюшинными сращениями. Всѣ эти явленія можно разсматривать не какъ результаты настоящаго воспаления, а какъ результаты лишь раздраженія брюшины, при которомъ происходитъ слущиваніе эндотелія и затѣмъ сращения.

Анатомическія измѣненія. Воспаленіе брюшины бываетъ, какъ извѣстно, острое и хроническое. Затѣмъ бываетъ всеобщее воспаленіе брюшины, когда заболѣваетъ вся брюшина цѣликомъ, и частичное или мѣстное воспаленіе брюшины. Такъ какъ мы говоримъ здѣсь о воспаленіи тазовой брюшины, значитъ, о мѣстномъ ея воспаленіи, то, разумѣется, общее воспаленіе брюшины мы оставимъ въ сторонѣ.

При остромъ воспаленіи брюшины происходитъ слѣдующее. Сначала брюшина дѣлается покраснѣвшей, вспухшей, потускнѣвшей. Затѣмъ вскорѣ начинается образованіе эксудата. Если эксудатъ фибринозный, то на воспаленной брюшинѣ видны волокнистыя отложенія въ видѣ налета, которыя обыкновенно легко снимаются тупымъ краемъ ножа. Такое воспаленіе брюшины можетъ не сопровождаться образованіемъ одного изъ жидкихъ эксудатовъ. Въ этомъ случаѣ, если не произошла смерть, то воспаленіе брюшины заканчивается прямо сращеніемъ брюшинныхъ листовъ на мѣстѣ отложенія фибрина. Но вмѣстѣ съ фибринознымъ эксудатомъ можетъ образоваться какъ серозный, такъ и гнойный. Если при воспаленіи тазовой брюшины образуется одинъ изъ этихъ жидкихъ эксудатовъ, то онъ, какъ всякая жидкость, скопляется въ самыхъ низкихъ мѣстахъ; когда больная лежитъ на спинѣ, то самымъ низкимъ мѣстомъ полости брюшины является заднее Дугласово пространство; здѣсь-то обычно

и происходит скопление эксудата. Тотчас послѣ этого надъ эксудатомъ происходятъ брюшинныя сращения; сращения эти всегда такъ прочны и такъ полны, что полость съ эксудатомъ является совершенно отграниченною отъ полости остальной брюшины и представляетъ изъ себя какъ бы отдѣльный мѣшокъ, наполненный или серозной жидкостью, или гноемъ. Этотъ эксудатъ обыкновенно отодвигаетъ матку кпереди и вытягиваетъ задній сводъ влагалища, такъ что на мѣстѣ свода получается мягкая опухоль, протянувшаяся поперекъ полости влагалища; иногда форма опухоли ясно имѣетъ какъ бы отпечатокъ формы задняго Дугласова пространства, расширеннаго эксудатомъ. Если эксудатъ серозный, то дальнѣйшая его судьба заключается въ томъ, что онъ рассасывается черезъ болѣе или менѣе продолжительное время. Если эксудатъ гнойный, то гной можетъ или самъ прорваться, или можетъ быть выпущенъ искусственно черезъ разрѣзь (чаще всего въ заднемъ сводѣ); или, наконецъ, гнойный эксудатъ, отграниченный отъ полости брюшины весьма обильными плотными сращениями, можетъ остаться въ ней надолго. Хроническое воспаленіе брюшины выражается прежде всего въ наличности брюшинныхъ сращеній, тяжелей, перемычекъ, ложныхъ оболочекъ (т.-е. растянутыхъ въ видѣ лентъ перемычекъ) и пр. Затѣмъ хронически воспаленная брюшина является утолщенной, неровной, красноватаго цвѣта; мѣстами можетъ быть замѣтень здѣсь же эксудатъ гнойный, фибринозный или серозный. Въ разныхъ случаяхъ картина получается разная.

Симптомы и теченіе. Разъ произошло острое воспаленіе брюшины, то это знаменуется слѣдующими характерными явленіями: внезапно оказывается вздуть животъ; если животъ былъ раньше впалый, то онъ дѣлается выпуклый, животъ „горой вздуть“, какъ выражаются люди не-медицинскаго званія. Въ животѣ появляются сильныя, нестерпимыя боли: малѣйшее дотрогиваніе до живота, легчайшая попытка произвести давленіе на животъ вызываетъ такія боли, что больная вскрикиваетъ и начинаетъ защищаться руками отъ новыхъ попытокъ дотрогиванія. Вздутіе живота зависить отъ остраго метеоризма (т.-е. отъ вздутія кишокъ газами), при чемъ, повидимому, прекращается всякое движеніе кишокъ, наступаетъ какъ бы параллчъ кишокъ: непраж-

нений нѣтъ, попытки поставить клистиръ, даже самыя настойчивыя, успѣха не имѣють, вся часть воды отъ клистира, попавшая въ верхніе отдѣлы кишокъ, остается тамъ, остальная часть выходитъ обратно. Одновременно съ этимъ—рвота, повышеніе температуры, частый ослабленный пульсъ.

Разумѣется, всѣ эти симптомы, вмѣстѣ взятые или каждый изъ нихъ въ отдѣльности, могутъ быть выражены болѣе или менѣе сильно и болѣе или менѣе слабо. Все зависитъ прежде всего отъ качества инфекціи, проникшей въ брюшину; напр., при септическихъ перитонитахъ послѣ родовъ, послѣ операціи на маткѣ и ея придаткахъ, когда существуетъ склонность мѣстно возникшаго перитонита переходить въ общій, всѣ эти явленія выражены такъ, какъ это описано. При сильной септической инфекціи получается рѣзко выраженная картина общей интоксикаціи (отравленности): блѣдность, общая вялость, слабый сиплый голосъ и, что особенно характерно, слабость пульсовой волны, пульсъ болѣе 120, сле ощутимъ, похолоданіе конечностей; температура въ такихъ случаяхъ не очень повышается: такъ при самыхъ злокачественныхъ перитонитахъ, убивающихъ больныхъ въ сутки, температура можетъ быть 37,8—37,5. Когда больная умираетъ, то при вскрытіи замѣчается сильное перерожденіе внутреннихъ органовъ, особенно сердца, которое представляется вялымъ, мягкимъ, какъ тряпка.

Если эндометритъ послѣ родовъ осложняется воспаленіемъ брюшины, одѣвающей матку (т.-е. периметритомъ) и инфекція не сильная, то можетъ воспалиться даже не вся брюшина, одѣвающая матку, а лишь въ одномъ какомъ-нибудь ограниченномъ мѣстѣ; тогда всѣ описанные симптомы будутъ выражены слабо (кромѣ развѣ боли при дотрогиваніи до матки, которая бываетъ довольно сильна), и процессъ можетъ скоро (въ 1, 2, 3 дня) закончиться, оставивъ послѣ себя сращеніе воспаленнаго мѣста брюшины матки съ прилегающими органами. Самыми частыми возбудителями воспаленій послѣ родовъ и операцій являются, какъ сказано, стрептококки и стафилококки, инфицирующая сила которыхъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ можетъ быть различна, отчего и зависитъ разнообразіе описанныхъ картинъ болѣзни.

Если возбудителями воспаленія брюшины являются гоно-

кокки, то получается картина иная. Во-первыхъ, гонококки имѣютъ свойство вызывать только мѣстное воспаленіе брюшины, т.-е. воспаленіе ограничивается лишь тѣмъ мѣстомъ, куда попали гонококки; обычно такимъ мѣстомъ является брюшина по сосѣдству съ Фаллопиевой трубой, такъ какъ гонококки, какъ уже сказано, достигаютъ до брюшины чаще всего черезъ трубу. Далѣе процессъ часто имѣетъ склонность протекать хронически, т.-е. больная тотчасъ послѣ инфекции брюшины заболѣваетъ не очень сильно: она чувствуетъ боль и тяжесть внизу живота, животъ становится полнымъ, вздутымъ, но нѣтъ описанныхъ рѣзкихъ измѣненій пульса, пульсъ только учащается до 90—100. Температура можетъ быть повышена (38—39°). Скоро и эти явленія ослабѣваютъ, но не исчезаютъ совсѣмъ: боли и тяжесть въ животѣ хотя и стихаютъ, но остаются на долгое время. Время отъ времени воспаленіе опять вспыхиваетъ, обостряется на нѣсколько дней, боли усиливаются, температура подымается, потомъ опять все стихаетъ и хроническій процессъ продолжается безъ конца.

Перитонитъ, обязанный своимъ происхожденіемъ туберкулезной бациллѣ, протекаетъ совершенно своеобразно. Но о немъ мы говорить не будемъ.

При образованіи гнойнаго экссудата развиваются всѣ тѣ явленія, которыя происходятъ и при гнойномъ параметритѣ.

Симптомы при хроническомъ тазовомъ перитонитѣ обыкновенно сплетаются съ симптомами, бывающими при воспаленіи матки, Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ, такъ какъ хроническій перитонитъ въ видѣ сращеній, перемычекъ, утолщеній, инфильтраціи обычно сопровождается заболѣваніемъ матки и трубъ.

Діагностика. Явленія при остромъ перитонитѣ такъ характерны, что распознаваніе въ большинствѣ случаевъ не представляетъ затрудненій. Жесточайшая боль при малѣйшемъ прикосновеніи къ животу, сильное вздутіе живота, измѣненія пульса и общаго самочувствія служатъ указателями, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло.

Параличное состояніе кишокъ, если септический перитонитъ не сопровождается высокой температурой, можно смѣшавать съ непроходимостью кишокъ, съ заворотомъ ихъ; но дальнѣйшее наблюденіе вскорѣ разъясняетъ дѣло.

Сращения брюшины, ложные оболочки и прочие явления хронического перитонита определяются по изменению подвижности и положения органов, которые покрывает брюшина и вместе с которыми она больна. Иногда при двойном исследовании удается прощупать перемишки и ложные оболочки. При надавливании на низ живота в области входа в таз всегда получается боль, разь есть хроническое воспаление тазовой брюшины.

Если есть экссудатъ, скопившійся въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, то въ заднемъ сводѣ влагалища опухаетъ опухоль, имѣющая вышеописанныя свойства.

Предсказаніе при остромъ перитонитѣ опредѣляется прежде всего и самое главное качествомъ пульса и общимъ состояніемъ всего организма. Конечно, если извѣстенъ родъ микроорганизма, вызвавшаго воспаленіе, то предсказаніе можно поставить съ большою точностью. Септические перитониты всегда нужно считать болѣзью, крайне опасною для жизни; гонококковый же обыкновенно не представляет опасности для жизни. Хроническій перитонитъ для жизни не можетъ представлять непосредственной опасности; но послѣдующее здоровье половыхъ органовъ должно считаться нарушеннымъ надолго; упорное, продолжительное лѣченіе можетъ уничтожить утолщенія брюшины, инфильтраты, уменьшить сращения, растянуть ихъ, сдѣлать органы подвижными. Но все же нельзя сдѣлать брюшину такой гладкой, блестящей, свободной отъ перемишекъ, какъ это было до заболѣванія.

Лѣченіе. Предупредительное лѣченіе перитонита состоитъ въ проведеніи асептики во время родовъ и операцій, затѣмъ въ обереганіи женщины отъ зараженія гонококками. Но все это такіе большіе, важные вопросы, что мы поговоримъ о нихъ въ отдѣльной главѣ.

Лѣченіе остраго перитонита состоитъ въ примѣненіи пузыря со льдомъ на низъ живота (при тазовомъ перитонитѣ); далѣе необходимы—полный покой, такъ какъ всякое движеніе туловищемъ, ногами, всякое прикосновеніе къ животу ухудшаетъ боль, обостряетъ процессъ; для того, чтобы больная сама была покойнѣе, даютъ наркотическія: обыкновенно опій въ чистомъ видѣ (оріи puri 0,015 или gr. $\frac{1}{4}$) по 3—4 порошка въ день. При сильной рвотѣ опій примѣняется въ

свѣчахъ. Также часто примѣняютъ свѣчи съ морфіемъ. Для того, чтобы хоть нѣсколько облегчить больную отъ мученій, связанныхъ со вздутіемъ кишокъ, ставятъ такъ называемую сухую клизму, т.-е. вставляютъ на 6—12 часовъ твердую гуттаперчевую трубку въ прямую кишку возможно дальше—на $\frac{1}{4}$ аршина и болѣе; при этомъ получается иногда отхожденіе газовъ. Если больная жалуется на тяжелую боль подъ ложечкой, если подложечная область сильно вздута, больной тяжело дышать, ее мучить отрыжка, то громадное облегченіе больнымъ приноситъ выкачиваніе и промываніе желудка при помощи Гегаровскаго желудочнаго зонда.

Задачи лѣченія хроническаго перитонита сводятся, во-первыхъ, на то, чтобы произошло рассасываніе продуктовъ воспаления: серозныхъ экссудатовъ, инфильтратовъ. Вообще показуется рассасывающее и противовоспалительное лѣченіе тѣхъ органовъ, которые одѣваетъ воспаленная брюшина. Поэтому въ подробности про это лѣченіе будетъ изложено въ главахъ о лѣченіи воспаления матки и ея придатковъ.

Къ цѣли рассасыванія ведутъ смазыванія іодомъ низа живота, смазываніе іодомъ сводовъ влагалища черезъ зеркало, тампоны съ іодомъ и глицериномъ, или съ ихтіоломъ и глицериномъ. Далѣе примѣняются всякаго рода ванны, дѣйствіе тяжести на больныя мѣста, словомъ, все то лѣченіе, которое примѣняется и при хроническомъ параметритѣ. Брюшинныя сращенія, перемычки, тяжи, послѣ того, какъ въ нихъ и около нихъ произошло возможно полное рассасываніе всего того, что можетъ рассасываться (а могутъ рассасываться серозный экссудатъ и клѣточный инфильтратъ, рубцы же и вообще соединительнотканныя образованія, напр., тяжи, нити, пленки, не рассасываются), подвергаются медленному, постепенному растяженію посредствомъ гинекологическаго массажа, о чемъ мы подробнѣе будемъ говорить тамъ, гдѣ придется излагать о лѣченіи неподвижности сращенныхъ органовъ. Иногда производятъ операцію вскрытія брюшной полости, чтобы прямо разорвать всѣ сращенія, перемычки, тяжи и сразу возстановить нормальное положеніе органовъ. Послѣ операціи рассасываніе продуктовъ воспаления идетъ обыкновенно успѣшнѣе.

Лѣченіе двойнаго экссудата должно заключаться въ оперативномъ удаленіи гноя.

Воспаленіе Фаллопиевыхъ трубъ. Salpingitis.

Фаллопиевы трубы, какъ извѣстно, отходятъ отъ угла матки на уровнѣ дна матки и, будучи одѣты самою верхнею частью брюшины, образующей широкія маточныя связки, идутъ сначала по прямой линіи въ стороны отъ матки, затѣмъ загибаются нѣсколько кзади по направленію къ яичникамъ; здѣсь ходъ ихъ не прямъ, а немного извилистъ. Самая тонкая часть Фаллопиевой трубы—у матки, ближе къ наружному концу труба дѣлается пошире, наружный же конецъ ея расширяется и зіяющимъ отверстіемъ въ видѣ воронки смотритъ въ брюшную полость около яичника. Края воронкообразно расширеннаго конца трубы неравны, они какъ бы надорваны и представляются въ видѣ нѣсколькихъ локутковъ, такъ называемыхъ фимбрій. Въ своей тонкой части труба имѣетъ видъ шнура, нѣсколько сплюснутаго, довольно плотнаго. Если бы мы взяли обыкновенный шнуръ отъ оконной шторы, потолще, сплющили бы его немного, протянули горизонтально и накинули бы на него тонкую гладкую оболочку (напр., батистовый платокъ) такъ, чтобы она висѣла на немъ, какъ на веревкѣ, и затѣмъ стали бы ощупывать черезъ оболочку шнуръ, то получилось бы впечатлѣніе, похожее на то, какое получается при ощупываніи трубы, вырѣзанной или изъ трупа, или во время операціи.

Итакъ, наружная оболочка трубы—брюшина—гладкая, сѣровато-блестящаго цвѣта. Тотчасъ подъ брюшиной—мышечный слой трубы, который придаетъ трубѣ ея толщину и плотность; мышечныя пучки расположены то кольцеобразно, то продольно. Внутренній слой трубы—слизистая оболочка—расположенъ не гладко, а продольными длинными

складками. Эти продольныя складки идутъ черезъ всю трубу, продолжаются и на фимбриі.

При микроскопическомъ изслѣдованіи слизистая оболочка оказывается выстланою однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, снабженнымъ на свободномъ концѣ рѣсничками. Рѣснички обладаютъ самопроизвольнымъ движеніемъ, способнымъ направлять попавшее на слизистую оболочку тѣльце—яйцо—въ матку. Черезъ каналъ Фаллопіевой трубы проходятъ также сперматозонды (мужского сѣмени), которые, обладая способностью самопроизвольнаго движенія, продвигаются отъ матки по направленію къ фимбриальному концу (несмотря на дѣйствіе рѣсничекъ въ обратномъ направленіи). Женское яичко, это самая большая клѣтка въ человѣческомъ тѣлѣ, видимая даже при помощи луны (а не микроскопа), будучи оплодотворено сперматозоидомъ внѣ трубы, положимъ, около яичника, попадаетъ по фимбриальный конецъ Фаллопіевой трубы, какъ бы прилипаетъ къ слизистой оболочкѣ фимбриі и затѣмъ движеніемъ рѣсничекъ продвигается въ матку, гдѣ оно и прикрѣпляется окончательно. Встрѣча женскаго яичка со сперматозоидомъ и оплодотвореніе могутъ произойти въ брюшной полости (гдѣ-нибудь около яичника) или въ Фаллопіевой трубѣ, или, можетъ быть, и въ маткѣ. Оплодотворенное яичко, прежде чѣмъ попасть въ трубу, можетъ нѣкоторое время блуждать въ ближайшихъ мѣстахъ брюшной полости, такъ что если встрѣча и оплодотвореніе произошли, напримѣръ, справа, то оплодотворенное яйцо можетъ очутиться въ лѣвой трубѣ. Нѣкоторые факты съ несомнѣнностью доказываютъ такое блужданіе оплодотвореннаго яйца. Фаллопіевы трубы, по справедливости, называются еще лицепроводами. Длина Фаллопіевой трубы=12 сантиметрамъ, каналъ трубы узокъ, въ него можно провести лишь самый тонкій зондъ (толщиной въ булавку).

Среди цилиндрическаго эпителия съ рѣсничками въ слизистой оболочкѣ трубъ разбросаны тамъ и сямъ еще бокаловидныя клѣтки, отдѣляющія слизь, которою слизистая оболочка всегда смачивается. Излишекъ слизи легко стекаетъ въ брюшную полость черезъ расширенный конецъ трубы, въ матку же слизи попасть не легко, потому что въ стѣнкѣ трубы вокругъ маточнаго устья трубы скопляются круго-

вья мышечныя волокна, которыя держать это отверстіе въ сжатомъ состояніи. Поэтому-то, если каналъ трубы при воспаленіяхъ зарастаетъ у маточнаго конца, въ трубѣ скопленія жидкости не бываетъ, такъ какъ она легко стекаетъ въ брюшную полость; если же заращенъ фимбриальный конецъ трубы, то труба растягивается накопляющей въ ней жидкостью, такъ какъ черезъ маточный конецъ ей пройти не всегда возможно. Это доказывается и на опытахъ: такъ, если перевязать у кролика фимбриальный конецъ трубы, то черезъ нѣкоторое время труба оказывается растянутою накопившейся въ ней слизи; если же перевязать маточный конецъ трубы, а фимбриальный оставить свободнымъ, то никакого скопленія въ трубѣ и растяженія ея не происходитъ.

Каналъ Фаллопиевой трубы въ здоровомъ состояніи стерилъ, т. е. въ немъ нѣтъ никакихъ микроорганизмовъ.

Причины воспаленія трубъ. При дѣйствиі на трубы раздражителей, не микробовъ, настоящаго стойкаго воспаленія не получается, происходитъ только гниеремія органа, связанная съ усиленнымъ отдѣленіемъ слизи. Такими раздражителями въ обыденной жизни могутъ явиться: паденіе, ударъ, усиленная непривычная ходьба, поднятіе тяжести, очень холодныя или очень горячія спринцеванія, бурныя частыя сношенія, онанизмъ, связанный съ раздраженіемъ нервовъ половой чувствительности, неправильныя положенія трубъ, связанныя съ неправильнымъ положеніемъ матки, слишкомъ продолжительное стояніе (продавщицы, прачки и пр.). При нѣкоторыхъ занятіяхъ, напримѣръ, при черченіи плановъ, приходится стоять и, кромѣ того, придавать тѣлу согнутое, вынужденное положеніе. Все это можетъ вызывать усиленный приливъ крови вообще къ тазовымъ органамъ и, въ частности, къ трубамъ. Нужно думать, что всѣ эти моменты, помимо вызыванія гипереміи, еще предрасполагаютъ органы къ воспріятію инфекціи.

Если дѣйствіе этихъ вліяній скоро оканчивается, то обыкновенно и явленія гипереміи исчезаютъ и все проходитъ. Если же раздражители дѣйствуютъ долго, мѣсяцами, годами, то получается хроническое полнокровіе органовъ, состояніе, близко подходящее къ хроническому воспаленію, съ той лишь разницей, что по удаленіи причинъ и при лѣ-

ченіи, направленномъ противъ застоя крови въ органахъ, болѣзнь скоро проходить.

При прониканіи въ трубы микроорганизмовъ, возбудителей воспаленія, происходитъ уже настоящее воспаленіе со всѣми сопутствующими явленіями, на примѣръ, образованіемъ скопленій какъ серозныхъ, такъ и гнойныхъ, образованіемъ инфильтратовъ, утолщеній, сращеній и пр.

Изъ микроорганизмовъ самыми частыми возбудителями для воспаленія трубъ являются стрептококки, стафилококки и особенно гонококки. Наиболѣе рѣдкіе возбудители — туберкулезная палочка, кишечная бактерія (*Bacterium coli*), кокъ пневмоніи и, какъ особая рѣдкость, лучистый грибокъ.

Стрептококки и стафилококки, развившіеся въ слизистой оболочкѣ матки при послѣродовомъ эндометритѣ, могутъ проникать въ трубу и вызывать въ ней всѣ степени воспаленія. Намъ не разъ приходилось видѣть при вскрытіи трубъ женщинъ, умершихъ на 5-й—6-й день послѣ родовъ съ діагностикой эндометрита и периметрита, у которыхъ трубы оказывались утолщенными (до 2 пальцевъ толщины), растянутыми переполнявшимся ихъ гноемъ.

Но не всѣ воспаленія трубъ послѣ родовъ имѣютъ такое ужасное теченіе. Во-первыхъ, могутъ попасть болѣе ослабленныя культуры стафилококковъ и стрептококковъ, воспаленіе можетъ затихнуть и перейти въ хроническое. Во-вторыхъ, могутъ попасть и менѣе сильныя микроорганизмы, на примѣръ, простыя бактеріи гніенія.

Приведемъ сказанному примѣръ.

Примѣръ. С. И. Р-ръ обратилась съ жалобой на боль въ правомъ паху, появившуюся послѣ родовъ. Больную беспокоятъ еще головныя боли и нервное расстройство. Ей 22 года. Родила одного 1 годъ и 1 мѣсяць тому назадъ. Роды были трудные, продолжались трое сутокъ. Послѣ родовъ на 4 день повысилась температура, повышеніе держалось 4 сутокъ, доходило до 39°. Тогда же появилась впервые и боль въ правомъ паху, на которую она жалуется и теперь. Кормила ребенка 2 мѣсяца; перестала кормить, такъ какъ пропало молоко.

Регулы появились первый разъ на 15-мъ году, ходили черезъ 3 нед. по 7 дней сильно, съ болью въ первые 3 дня. Послѣ родовъ регулы ходятъ безъ боли, но зато боль въ

правомъ паху за недѣлю передъ регулами увеличивается; во время регулъ и недѣлю послѣ регулъ боль уменьшается. Когда больная встала послѣ родовъ, то боль въ правомъ паху была сначала небольшая, но потомъ стала со временемъ усиливаться. Боль ноющая, постоянная, временами обостряется такъ, что больная еле можетъ ходить. Боль вообще увеличивается послѣ усиленной ходьбы, особенно по лѣстницамъ. Когда усиливается боль въ паху, то появляется еще боль въ поясницѣ.

При изслѣдованіи получаютъ слѣдующія данныя: больная нѣсколько малокровна, но не истощена. Органы грудной и брюшной полостей—въ нормальномъ состояніи. При гинекологическомъ изслѣдованіи отмѣчается, что матка нормальной величины и плотности, положеніе ея нормально; въ правой Фаллопиевой трубѣ, ближе къ фимбриальному концу, замѣчается утолщеніе удлиненной формы, величиной съ волошскій орѣхъ, очень плотное и очень болѣзненное при ощупываніи. Въ лѣвой Фаллопиевой трубѣ хотя и нельзя отрицать заболѣванія, но опухоли и особой чувствительности не замѣчается.

Противовоспалительное лѣченіе дало хорошіе результаты, но не очень прочные. Оно состояло въ систематическомъ пользованіи ваннами въ 30° и 31°. Затѣмъ, когда боли стихли, явилась увѣренность, что гноя въ трубахъ нѣтъ, было примѣнено систематическое, крайне осторожное лѣченіе массажемъ трубъ, особенно правой, вмѣстѣ съ ихтиоломъ, такъ, какъ это описано выше, при чемъ можно было слегка и осторожно разминать самую опухоль. Этотъ-то способъ и далъ ощутительные результаты: опухоль уменьшилась, стала почти незамѣтной, боли прошли; у больной послѣ приѣма желѣза прошла и головная боль, такъ что она начала считать себя выздоровѣвшей. Но временами, черезъ 1/2 года, черезъ годъ, боли возвращались, правда, не надолго и не въ сильной степени, приходилось повторять массажъ съ ихтиоломъ, но также не надолго: 2—3 сеансовъ оказывалось достаточно, чтобы больная опять начинала себя чувствовать хорошо; и такъ продолжалось 6 лѣтъ. Наконецъ, больная забеременѣла. Хотя исходъ родовъ не извѣстенъ, но по аналогіи съ прочими подобными случаями нужно думать, что если больная послѣ родовъ будетъ кормить, то произойдетъ

полное излѣченіе. При удачномъ кормленіи послѣ родовъ происходитъ такое хорошее сокращеніе всѣхъ мышцъ матки и Фаллопиевыхъ трубъ, происходитъ такое полное обратное развитіе, такое сильное рассасываніе всего лишняго (т.-е. воспалительныхъ продуктовъ въ тканяхъ), что размягченные во время беременности воспалительные продукты въ трубѣ должны непременно рассосаться вполне (если, конечно, послѣ родовъ не произойдетъ новыхъ воспаленій или обостреній).

Нѣтъ никакого сомнѣнія въ томъ, что во многихъ случаяхъ послѣродовыхъ заболѣваній воспаленіе трубъ происходитъ гораздо чаще, чѣмъ это замѣчаютъ. Не очень сильно выраженное воспаленіе трубъ за общей картиной эндометрита, а, пожалуй, и перитонита, остается незамѣченнымъ и лишь констатируется черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ заболѣванія въ видѣ хроническаго воспаленія трубъ.

Разумѣется, что, помимо заболѣваній послѣ родовъ, воспаленіе слизистой оболочки матки послѣ операціи въ полости матки и особенно послѣ неоперативныхъ воздѣйствій на слизистую оболочку матки, напр., послѣ зондированія, вставленія пессаріевъ, впрыскиваній и пр., можетъ осложниться воспаленіемъ трубъ вслѣдствіе прониканія въ нихъ микроорганизмовъ.

Зараженіе туберкулезомъ трубъ можетъ произойти отъ сношенія съ мужчиной, страдающимъ туберкулезнымъ пораженіемъ яичка.

Но самыми частыми, самыми повседневными возбудителями воспаленія трубъ являются гонококки послѣ зараженія полового канала женщины при сношеніи съ мужчиной, больнымъ трипперомъ. Первичнымъ мѣстомъ гонококковой инфекціи является, помимо наружныхъ половыхъ органовъ, влагалище и шейка у наружнаго отверстія матки. Въ болѣе глубокія части матки гонококки проникаютъ или сами собой, или же они заносятся искусственно. Въ маткѣ они производятъ гонорройный эндометритъ, и отъ слизистой оболочки они распространяются на слизистую оболочку трубъ.

Далѣе нужно упомянуть, что при общихъ острыхъ болѣзняхъ, напр., при тифѣ, скарлатинѣ и пр., можетъ происходить въ трубахъ (а также въ яичникахъ и въ маткѣ) какъ

простой временный приливъ крови, такъ и настоящій воспалительный процессъ со всѣми послѣдствіями.

Анатомическія измѣненія. Приедемъ слова Фритча, очень картинно описывающаго хроническую гиперемію въ трубахъ при дѣйствіи на нихъ раздражителей—не микроорганизмовъ: „Во время пробной ляпаротоміи (операция вскрытія брюшной полости), дѣлаемой изъ-за болѣе прастройства менструацій, часто находятъ трубы сильно покраснѣвшими, утолщенными, удлиненными и поэтому болѣе извитыми. Какъ въ трубѣ повсюду, такъ и въ широкихъ связкахъ сосуды расширены и переполнены кровью. Если вырванную трубу повыжать, то изъ нея выходитъ немного слизистаго отдѣляемаго. Слизистая оболочка полнокровна“.

При дѣйствіи же микробовъ измѣненія болѣе глубоки, болѣе стойки и гораздо болѣе серьезны. Если инфекция идетъ отъ слизистой оболочки матки (а это происходитъ чаще всего), то измѣненія начинаются также со слизистой. Последняя краснѣетъ, припухаетъ, ея складки сильно увеличиваются не только вслѣдствіе отека, но и вслѣдствіе мелкоклеточной инфильтраціи; цилиндрической эпителии мѣстами спадаетъ, слущивается; вслѣдствіе этого складки слизистой мѣстами срастаются между собой, образуя карманы, ходы и углубленія, наполненные серознымъ или гнойнымъ содержимымъ, продуктомъ отдѣляемаго заболѣвшей оболочки. Это отдѣляемое попадаетъ черезъ фимбріальное отверстіе трубы въ полость брюшины и такъ какъ оно содержитъ въ себѣ воспалительные микробы, то мѣста брюшины, ближайшія къ отверстію трубъ и яичниковъ, инфицируются и воспаляются. Если въ жидкости находятся стрептококки и стафилококки, то можетъ развиваться всеобщій перитонитъ, оканчивающійся смертельно; если же—гопококки, то происходитъ лишь мѣстный перитонитъ. Разъ происходитъ затяжной перитонитъ съ повторными инфекціями по мѣрѣ вытеканія изъ трубъ все новой и новой порціи инфицирующей жидкости, то возникаютъ все новыя и новыя воспаления и сращенія брюшины, вслѣдствіе чего срастаются: конецъ трубы съ яичникомъ, петли извитой трубы между собой, петли трубы съ маткой и зачастую съ кишками; въ концѣ-концовъ получается одинъ свертокъ, въ которомъ во время операции или на вскрытіи иногда трудно отдѣлить всѣ сросшіеся органы.

При этомъ процессъ фимбріальный конецъ трубы зарастаетъ. А такъ какъ труба опорожняется отъ своего содержимаго главнымъ образомъ черезъ этотъ конецъ (какъ это указано выше), то получается скопление отдѣляемаго въ трубѣ, труба растягивается (рис. 21. Внутреннее отверстіе трубы зарастаетъ рѣдко, это отверстіе можетъ время отъ времени пропускать черезъ себя отдѣляемое трубы въ матку и оттуда наружу, по мѣрѣ расслабленія мышцъ, окружающихъ его; вслѣдствіе этого труба время отъ времени можетъ опорожняться отъ своего содержимаго или отчасти (чаще), или вполне, отчего опухоль трубы временно уменьшается. Опу-



Рис. 21.

холь, полученная отъ растяженія трубы, бываетъ разной величины, можетъ достигать величины дѣтской головки. Если скопившаяся въ трубѣ жидкость серозная, то опухоль трубы называется гидросальпинксъ (hydrosalpinx), если же жидкость гнойная, то — пиосальпинксъ (pyosalpinx). Или же еще называютъ такія опухоли сактосальпинксъ (sactosalpinx serosa съ серозной жидкостью, sactosalpinx purulenta — съ гнойной).

Впрочемъ, далеко не всегда дѣло оканчивается образованіемъ цѣлой опухоли. Иногда процессъ гнѣздится въ самой стѣнкѣ трубы, въ мышечной ея части; иногда происходитъ лишь нѣкоторое утолщеніе и уплотненіе стѣнки трубы, просвѣтъ же трубы если и расширяется, то незначительно (salpingitis interstitialis).

Припадки воспаления трубы не дают какой-нибудь определенной типической картины болѣзни. Такъ какъ труба соединяетъ собою полость матки съ полостью брюшины и является проводникомъ болѣзни изъ одной полости въ другую, то припадки при заболѣваніи трубы маскируются тѣми явленіями, которыя бывають связаны съ воспаленіемъ слизистой оболочки матки или съ воспаленіемъ брюшины. При этомъ могутъ быть болѣе выражены или явленія эндометрита (бѣли, кровотеченія), или перитонита (боли).

Единственно характернымъ, но далеко не постояннымъ симптомомъ хроническаго воспаления трубъ являются временныя истеченія изъ половыхъ органовъ, болѣе или менѣе жидкія, появляющіяся иногда въ порядочномъ количествѣ, такъ, что больныя чувствуютъ, что у нихъ сразу дѣлается мокро. Передъ такими истеченіями наблюдаются спазмодическія боли внизу живота. Этѣ симптомы, понятно, связаны съ тѣми временными опорожненіями трубы, о которыхъ сказано выше, при чемъ боли возникаютъ при сокращеніи мышцъ больной трубы, выталкивающихъ ея содержимое. Во время регуль, когда трубы вообще припухаютъ и содержимое ихъ увеличивается, боли часто обостряются. Въ прежнія времена такія боли называли коликами публичныхъ женщинъ, такъ какъ часто наблюдали этѣ колики именно у нихъ (*colica scortorum*).

Само собою разумѣется, что при хроническомъ гнойномъ сальпингитѣ проходимость трубы исчезаетъ, послѣдствіемъ чего является безплодіе.

Распознаваніе воспаления трубы основывается на результатахъ двойнаго изслѣдованія, когда трубу находятъ болѣе или менѣе увеличенной противъ нормы и болѣзненной. Нормальную трубу удастся прощупать у женщинъ, не обладающихъ толстыми стѣнками живота, при нормальномъ положеніи матки, т.-е. когда дно ея обращено вверхъ и впередъ и находится невдалекѣ отъ лоннаго сращенія. Для того, чтобы прощупать трубу, нужно прежде добиться яснаго прощупыванія дна матки; когда это достигнуто, то сейчасъ же переходятъ къ ощупыванію того, что находится въ сторонѣ отъ угла матки, не разнимая пальцевъ внутренняго и наружныхъ; мелкими, несильными движеніями пальцевъ той и другой руки, такъ, чтобы концы пальцевъ (внутренняго и

наружныхъ) все время чувствовали другъ друга, можно прощупать жгутъ, идущій въ сторону отъ матки и оканчивающійся неопредѣленно вблизи отъ яичника.

При старомъ хроническомъ сальпингитѣ, если нѣтъ ни гидро-, ни пюсальпинкса, а есть утолщеніе стѣнокъ трубы, то рѣзко прощупывается плотный жгутъ, болѣе или менѣе извитой, иногда съ утолщеніями въ видѣ узловъ, въ большинствѣ случаевъ крайне болѣзненный. Въ болѣе свѣжихъ случаяхъ плотность жгута можетъ быть меньше.

При гидросальпинксѣ или пюсальпинксѣ рядомъ съ маткой прощупываются опухоли (по большей части съ двухъ сторонъ). При несильномъ, осторожномъ двойномъ изслѣдованіи можно убѣдиться, что опухоль вверху на уровнѣ дна матки соединена съ маткой, а ниже можно прощупать между опухолью и маткой углубленіе, борозду. Боковыя границы опухоли ощутимы, такъ что контуры опухоли опредѣлить возможно (въ отличіе отъ параметрита, своды влагалища мягки, не сглажены и не выпячены). Вся опухоль не имѣетъ шарообразной формы, а продолговата; рѣдко стѣнки растянутой трубы представляются ровными; чаще прощупываются въ нихъ крупныя бугры; это—остатки извитости трубы. Если трубы временами опорожняются, то и опухоль, конечно, представляется въ разное время разной величины. Конечно, при остромъ воспаленіи трубъ, если налицо и явленія перитонита, ощущиваніе съ цѣлью опредѣленія ихъ формы и величины почти невозможно; настойчивыя же попытки опредѣленія опасны, такъ какъ при надавливаніи изливается изъ трубы въ брюшную полость ея содержимое.

Предсказаніе. При остромъ воспаленіи трубъ можетъ возникнуть вопросъ объ опасности для жизни. Предсказаніе въ этомъ случаѣ опредѣляется прежде всего качествомъ инфекціи (т.-е. родомъ микроорганизма, возбудителя воспаленія), силой ея, степенью ея распространенія на брюшину и проч. Подобныя вопросы уже были нами разбираемы не одинъ разъ.

При лѣченіи хроническаго воспаленія трубъ не гнойнаго можетъ быть достигнуто относительное здоровье, т.-е. больная будетъ считать себя выздоровѣвшей, всѣ болѣзненные явленія пройдутъ; но сама труба не можетъ принять того вида, какой былъ до болѣзни; останутся сращенія и слѣды утолщеній. Правда, все это будетъ имѣть значеніе, пожа-

луй, лишь анатомическое; но все же эти анатомическія измѣненія, если они связаны съ заращеніемъ трубы, обуславливаютъ бесплодіе.

Гнойное воспаленіе трубъ даетъ всегда сомнительное предсказаніе какъ относительно выздоровленія, такъ даже и относительно жизни. Застарѣлое гнойное воспаленіе въ трубахъ можетъ, правда, затихнуть, и настолько, что нѣкоторое время больная чувствуетъ себя хорошо; но послѣ такого затишья, продолжающагося иногда нѣсколько лѣтъ, можетъ вдругъ опять вспыхнуть воспаленіе и принять грозное теченіе. Иногда, впрочемъ, при операціяхъ надъ старыми пюсальпинксами находятъ гной уже стерильнымъ, т.е. микроорганизмы въ гною погибшими. Но на такой исходъ ни въ какомъ случаѣ рассчитывать нельзя. Поэтому-то принято за правило, разъ есть гнойное воспаленіе трубы, удалить такія трубы оперативнымъ путемъ.

Лѣченіе. Предупредительное лѣченіе воспаленія трубъ должно имѣть большое общественное значеніе, такъ какъ эта болѣзнь, дающая массу страданій, зачастую опасная для жизни, обуславливающая бесплодіе, къ сожалѣнію, очень распространена, благодаря сильному распространенію гоноррейной инфекціи. Какими же мѣрами предохранять женщинъ отъ этой инфекціи? Этому вопроса мы коснемся ниже. Распространеніе асептики при родахъ тоже должно имѣть большое вліяніе на количество воспалительныхъ заболѣваній вообще и трубъ въ частности.

Лѣченіе остраго воспаленія трубъ состоитъ въ томъ, что женщину укладываютъ въ постель, далѣе—ледъ на животъ и наркотическія (опій, морфій въ свѣчахъ и т. п.). Спринцеванія, вставленія зеркалъ, смазываніе шейки и вообще всякое воздѣйствіе, связанное съ раздраженіемъ матки и трубъ, недопустимо.

При хроническомъ не гнойномъ воспаленіи лѣченіе разсасывающее; объ этихъ методахъ мы уже говорили въ главѣ о лѣченіи хроническихъ параметритовъ и перитонитовъ и будемъ говорить, когда будемъ излагать о лѣченіи воспаленій яичниковъ.

Кромѣ общаго разсасывающаго лѣченія, нужно отмѣтить еще лѣченіе не гнойныхъ сальпингитовъ осторожнымъ массажемъ. Массажъ производится концами сходящихся паль-

цевъ наружной руки и пальца внутренняго, при чемъ массажъ вначалѣ долженъ быть настолько легкимъ, что концы пальцевъ еле прикасаются до трубы; движенія пальцевъ должны быть преимущественно въ направленіи поперечномъ длиннику трубы; при первыхъ сеансахъ концы пальцевъ касаются не самой трубы, а опухшихъ сосѣднихъ частей. Массажъ трубъ, особенно если на внутренній палецъ наматывается вата, смоченая въ ихтіолѣ, приноситъ существенную пользу. Но съ нимъ нужно быть осторожнымъ, чтобы не выдавить содержимаго трубы въ брюшную полость, если фимбриальный конецъ не заросъ; но, къ счастью для лицъ, производящихъ массажъ, онъ зарастаетъ очень часто и очень прочно.

Воспаленіе яичниковъ. Oophoritis (оофоритъ).

Нормальныя свойства яичника. Яичникъ расположенъ на заднемъ листкѣ широкой связки. Онъ имѣетъ форму нѣсколько сплющенного яйца. Длинный размѣръ его равенъ въ среднемъ 4 сантим., но этотъ размѣръ бываетъ и больше (5—6 сантиметровъ), а иногда меньше, такъ что форма яичника то болѣе шаровидна, то болѣе удлинена. Ширина яичника = 2—2½ сантим. Толщина—1—1½ сантим. Длинникомъ своимъ яичникъ расположенъ поперекъ оси тазоваго канала, т.-е. параллельно направленію трубы. То мѣсто, которымъ яичникъ прикрѣпленъ къ листку широкой связки называется воротами яичника, здѣсь проходятъ въ яичникъ сосуды и нервы. Если смотрѣть на заднюю поверхность широкой связки съ яичникомъ, то получается впечатлѣніе, что яичникъ есть какъ бы наростъ на задней пластинкѣ широкой связки. Какъ на деревѣ бываютъ бѣловатые наросты, одна поверхность которыхъ показываетъ, что они совершенно иного состава, чѣмъ дерево, такъ и разсматриваніе уже одной поверхности яичника даетъ впечатлѣніе, что яичникъ есть органъ совершенно иного состава, чѣмъ окружающія части, т.-е. широкая связка, трубы и пр. Уже простымъ глазомъ можно замѣтить, что яичникъ по своей поверхности не обтянутъ брюшиной. И дѣйствительно, микроскопическое изслѣдованіе показываетъ, что поверхность яичника выстлана не эндотелиемъ брюшины, а низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, который справедливо называютъ кубовиднымъ (похожимъ на кубики). Наружная эпителиальная поверхность яичника соотвѣтствуетъ и внутреннему его содержанію: оказывается, что внутри яичника существенною частью его слу-

жать эпителиальные клетки, подобно тому, какъ существенною частью молочной или слюнной железы служить эпителий, который вырабатываетъ молоко или слюну.

Если разрѣзать яичникъ, то на разрѣзѣ получается довольно однообразная сѣровато-блестящая поверхность, прерывающаяся нѣсколькими кругловатыми пустотами разной величины, отъ булавочной головки до горошины; эти пустоты (рис. 22, *b*, *b*₁, *b*₂), можно сравнить по виду съ пустотами на поверхности разрѣза сыра. Если разсматривать поверхность разрѣза яичника черезъ увеличительныя стекла, то оказывается, что эта поверхность не такъ однообразна, какъ это кажется невооруженному глазу; оказывается, что, помимо пустотъ, среди гладкой и въ общемъ блестящей поверхности есть много маленькихъ островковъ, болѣе или менѣе тусклыхъ. Эти тусклыя мѣста чередуются съ плотными тяжами блестящаго бѣлаго цвѣта, расположенными въ разныхъ направлѣнiяхъ. При подробномъ микроскопическомъ изслѣдованiи оказывается, что блестящiе тяжи есть соединительная ткань, которая составляетъ основу яичника и обуславливаетъ его плотность. Среди тяжелой этой основы тусклыя островки состоятъ изъ размягченной ткани эпителиальныхъ клѣтокъ.

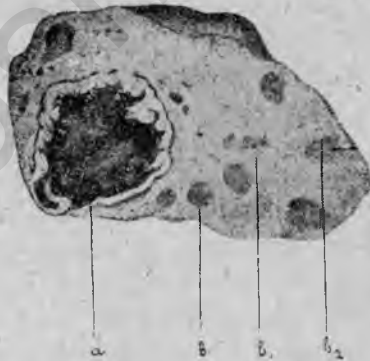


Рис. 22. Поверхность разрѣза яичника (нормальная величина) *a*—желтое тѣло, *b*, *b*₁, *b*₂—Граафовы пузырьки.

Величина этихъ эпителиальныхъ островковъ весьма разнообразна. Есть островки, состоящiе лишь изъ нѣсколькихъ клѣтокъ (4—5—10) (рис. 22); есть большiе островки, состоящiе изъ большого количества клѣтокъ; среди этого ско-

пления клітокъ есть полость (рис. 22 b), наполненная свѣтлою жидкостью; одна изъ клітокъ подобныхъ скопленій особенно велика (рис. 23 d); это—будущее яйцо; есть, наконецъ, большіе островки съ большою пустотою внутри; это—уже па-

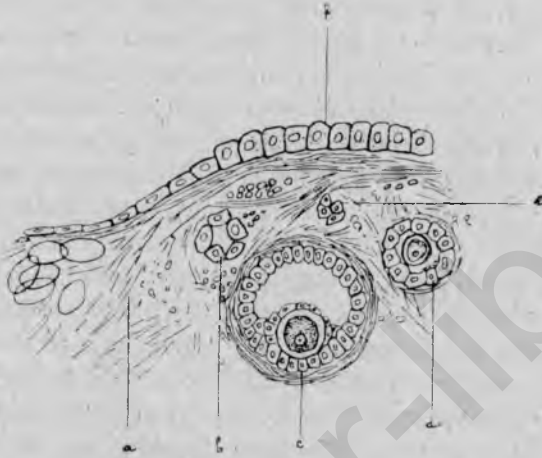


Рис. 23. Микроскопическая картина (въ схемѣ) внутренняго строенія яичника; *a*—соединительнотканная основа, *b*—скопленіе эпителиальныхъ клітокъ съ полостью внутри, *c*—Граафовъ пузырьрекъ, *d*—болѣе молодой Граафовъ пузырьрекъ внутри—яйцевая клітка, *e*—самый маленькій островокъ эпителиальныхъ клітокъ, *f*—кубовидный эпителий.

стоящіе Граафовы пузырьрки (рис. 23 c). Самые большіе изъ нихъ видимы простымъ глазомъ въ формѣ тѣхъ полостей, о которыхъ уже сказано при описаніи поверхности разрѣза яичника. Итакъ, Граафовъ пузырьрекъ есть скопленіе эпителиальныхъ клітокъ, внутри котораго образовалась полость, наполненная скопившеюся въ ней жидкостью; среди эпителиальныхъ клітокъ стѣнки Граафова пузырьрка можно замѣтить особое мѣсто, гдѣ эта стѣнка утолщена, и среди клітокъ этого мѣста замѣчается одна клітка, весьма отличающаяся отъ окружающихъ не только по своей огромной (сравнительно) величинѣ, но и по строенію; это—яйцо. Всѣ описанныя скопленія эпителиальныхъ клітокъ суть разныя стадіи образованія Граафовыхъ пузырьрьковъ. Граафовы пузырьрки называются еще фолликулами. Въ яичникѣ внутрутробныхъ плодовъ женскаго пола, а также у маленькихъ дѣвочекъ находятся только одни скопленія клітокъ (такъ называемые зачаточные фолликулы); эпителиальныя ихъ клітки такого

же типа, какъ тотъ кубовидный эпителий, который выстилаетъ наружную поверхность яичника. Ко времени половой зрѣлости (т.-е. къ 13—14-лѣтнему возрасту) начинаютъ развиваться изъ нѣкоторыхъ зачаточныхъ фолликуловъ Граафовы пузырьки. Количество зачаточныхъ фолликуловъ неизмѣримо больше количества Граафовыхъ пузырьковъ. Всю жизнь женщины до періода прекращенія регулъ (климактерическаго періода) идетъ постепенное образованіе Граафовыхъ пузырьковъ изъ неистощимаго запаса зачаточныхъ фолликуловъ. Когда внутри зачаточнаго фолликула появится полость съ жидкостью, то это можно называть уже Граафовымъ пузырькомъ. Чѣмъ больше Граафовъ пузырекъ, тѣмъ онъ зрѣлѣе. Самый зрѣлый Граафовъ пузырекъ настолько разрастается, увеличивается, что подходитъ къ поверхности яичника, истончаетъ наружную его оболочку, выступаетъ на его поверхности въ видѣ пузырька и, наконецъ, лопається; жидкость пузырька вытекаетъ въ брюшную полость, вмѣстѣ съ нею выходитъ изъ Граафова пузырька и яйцо. Такъ происходитъ овуляція, т.-е. созрѣваніе и выходженіе зрѣлаго яйца изъ яичника. Такимъ образомъ, въ яичникѣ идетъ постоянно гибель однихъ Граафовыхъ пузырьковъ и новое образованіе другихъ.

Но лопаньемъ Граафова пузырька дѣло еще не совсѣмъ кончается; послѣ его лопанья слѣдуетъ образованіе желтаго тѣла (рис. 22 а). Въ полость лопнувшаго пузырька изливается кровь, которая и остается тамъ въ видѣ мягкаго кровяного сгустка; эпителиальныя клѣтки, составляющія внутреннюю пластинку Граафова пузырька, сильно разрастаются, такъ что вокругъ кровяного сгустка, который бываетъ величиной съ лѣсной орѣхъ и болѣе, образуется толстая кайма желтоватаго цвѣта, положенная фестонами (рис. 22 а). Въ такомъ видѣ желтое тѣло остается недѣлю, нѣ болѣе, затѣмъ кровяной сгустокъ разсасывается, оболочка Граафова пузырька распадается, прорастаетъ соединительною тканью, и черезъ 3—4 недѣли на мѣстѣ желтаго тѣла остается лишь рубчикъ, который съ теченіемъ времени сморщивается болѣе и болѣе. Если же выработанное Граафовымъ пузырькомъ яйцо оплодотворилось, наступила беременность, то желтое тѣло становится особо велико (впрочемъ, не очень увеличивается въ сравненіи съ обыкновеннымъ желтымъ тѣломъ),

и оно не исчезает все время беременности; такое желтое тѣло называется *истиннымъ* желтымъ тѣломъ. Желтое тѣло относится къ эпителиальной части яичника.

Вся описанная эпителиальная часть яичника, т.-е. зачаточные фолликулы, Граафовы пузырьки, желтое тѣло, словомъ, вся функционирующая его часть называется его паренхимой въ отличіе отъ соединительнотканной его основы, которая называется еще стромой или интерстиціей.

Дѣятельность эпителиальной части яичника не исчерпывается только выработкой и выдѣленіемъ яйцевыхъ клѣтокъ; помимо этого, эпителий яичника вырабатываетъ особое вещество, слѣдовательно, дѣйствуетъ такъ же, какъ эпителий всякой железы; поэтому-то на яичникъ и нужно смотрѣть, какъ на железистый органъ, вырабатывающій свой спеціальный сокъ. Такъ какъ эта железа—яичникъ—не имѣетъ выводного протока, то выработанный его эпителиемъ сокъ всасывается прямо въ кровь. Натуру этого сока мы въ точности не знаемъ, но намъ извѣстно его дѣйствіе на организмъ женщины. Этотъ сокъ является фізіологическимъ возбуждателемъ нервной системы. Подъ вліяніемъ этого сока поддерживается жизненный тонусъ всѣхъ тканей. Женщины, у которыхъ нѣтъ описываемой железы, у которыхъ вырѣзаны яичники, весьма скоро старѣютъ: кожа у нихъ сморщивается, зубы, волосы начинаютъ выпадать, черты лица становятся мельче отъ атрофіи костей, взглядъ ихъ становится тусклымъ, безразличный, часто тоскливый. Это конечные результаты. Но и вскорѣ послѣ операціи начинаются различныя явленія, заставляющія женщинъ сильно, безконечно страдать: у нихъ появляются неопредѣленныя головныя боли, онѣ чувствуютъ, что имъ недостаетъ чего-то, но чего, онѣ сами не знаютъ; нерѣдко отъ такихъ кастрированныхъ женщинъ приходится слышать жалобы, что у нихъ вдругъ появляется чувство жара во всемъ тѣлѣ, краснота лица и затѣмъ сейчас же потъ, и такъ каждые полчаса всю жизнь до старости. Замѣчается также психическая неустойчивость такихъ женщинъ: нѣкоторыя изъ нихъ впадаютъ въ меланхолію, у нѣкоторыхъ сильно портится характеръ, онѣ становятся неуживчивы, придирчивы, крайне мелочны. Нерѣдко приходится слышать отъ такихъ женщинъ, что страданія отъ лишенія ихъ яичниковъ гораздо болѣе страданій, причина-

емых той болѣзнию, изъ-за которой произведено удаленіе яичниковъ.

Причины и анатомическія измѣненія воспаленія яичниковъ.
Причиною воспаленія яичниковъ служитъ прежде всего, конечно, проникновеніе въ нихъ заразныхъ началъ, такихъ же, какъ это говорилось въ главѣ о воспаленіи трубъ. Бываютъ случаи воспаленія яичниковъ, когда раздражителемъ, вызывающимъ воспаленіе, является не инфекция, а другія обстоятельства.

Такія неинфекціонныя воспаленія яичниковъ происходятъ, на примѣръ, при отравленіяхъ фосфоромъ, мышьякомъ, ртутью. При этого рода воспаленіяхъ поражается эпителиальная часть яичника: эпителиальныя клѣтки фолликуловъ набухаютъ, затѣмъ вмѣстѣ съ яйцевыми клѣтками жирно перерождаются, фолликулы сморщиваются, стѣнки ихъ срастаются между собой; такимъ образомъ, можетъ погибнуть или весь фолликулярный аппаратъ яичниковъ, или часть его, что имѣетъ своимъ послѣдствіемъ безплодіе. Къ такого рода воспаленіямъ относятся воспаленія яичниковъ, бывающія во время острыхъ заразныхъ болѣзней; скарлатины, дифтерита, оспы, тифа и пр., когда вызывающимъ агентомъ воспаленія яичниковъ являются, повидному, не микроорганизмы скарлатины, дифтерита, оспы и проч., а тѣ яды, которые находятся въ это время въ крови и которые раздражаютъ паренхиму яичника. Такое воспаленіе называется паренхиматознымъ. Хроническія его формы, бывающія въ зрѣломъ возрастѣ женщины или дѣвушки, являются нерѣдко результатомъ скарлатины, дифтерита и пр., перенесенныхъ еще въ дѣтскомъ возрастѣ. во время которыхъ поврежденіе яичниковъ могло ускользнуть изъ наблюденія. Яичники въ такихъ случаяхъ воспаленія являются маленькими, плотными, кожистыми, морщинистыми. Къ неинфекціоннымъ формамъ воспаленія яичниковъ относятъ еще тѣ случаи, когда явленія воспаленія развиваются подъ вліяніемъ хроническаго полнокровія яичниковъ. бывающаго при опущеніи яичниковъ (напр., при наклоненіяхъ матки назадъ), когда сосуды яичника подвергаются перекручиваніямъ и смѣщеніямъ; такое же хроническое полнокровіе яичниковъ происходитъ вообще при застояхъ крови въ тазовыхъ органахъ, встрѣчающихся очень нерѣдко въ зависимости отъ самыхъ

разнообразныхъ условій, напр., при фибромахъ, при раковыхъ опухоляхъ, затрудняющихъ кровообращеніе въ тазу, при болѣзняхъ сердца, легкихъ. Вообще же застои крови въ тазу происходятъ не только при означенныхъ болѣзняхъ, но, какъ заурядное явленіе, при занятіяхъ, связанныхъ съ продолжительнымъ стояніемъ, съ продолжительнымъ сидѣніемъ или бѣганьемъ безъ усталы цѣлыми днями, вообще при тѣхъ условіяхъ, при какихъ вызывается полнокровіе трубъ, о чемъ уже было сказано.

Помимо этихъ длительныхъ разстройствъ кровообращенія, причинами, вызывающими воспаленіе яичниковъ, являются еще приливы крови къ половымъ органамъ хотя и не длительные, но часто повторяющіеся, какъ-то: онанизмъ, неоконченныя половыя сношенія изъ боязни забеременѣть, бесплодныя попытки къ сношенію при слабости мужа, чрезмѣрность въ половой жизни, неудовлетворенныя желанія у дѣвицъ и вдовъ извѣстнаго темперамента.

Хотя подобныя воспаленія яичниковъ называютъ и неинфекціонными, все же можно думать, что и здѣсь дѣло не обходится безъ микроорганизмовъ, которые при ненормальныхъ условіяхъ легче проникаютъ, поселяются въ яичникахъ и производятъ воспаленіе.

Яичники при воспаленіяхъ, основанныхъ на ихъ хроническомъ полнокровіи, являются увеличенными, сочными, Граафовы пузырьки послѣ ихъ полного созрѣванія, вслѣдствіе утолщенія окружающихъ тканей, лопаются не всѣ; тѣ изъ нихъ, которые не лопаются, увеличиваются, превращаются въ кисты разной величины. На этой почвѣ можетъ образоваться большая киста съ кулакъ величиной и болѣе, или же образуется много мелкихъ кистъ (мелкокистозное перерожденіе яичника) (рис. 24).

Инфекціонныя начала проникаютъ въ яичники изъ родовыхъ путей или по лимфатическимъ сосудамъ, или черезъ Фаллопиевы трубы. При остромъ воспаленіи яичникъ нѣсколько увеличенъ, отеченъ, на разрѣзѣ розоваго цвѣта; иногда могутъ быть видны нѣсколько гнойниковъ (въ Граафовыхъ пузырькахъ) или одинъ большой гнойникъ. При своемъ воспаленіи яичникъ неизбѣжно срастается съ прилегающей брюшиной, такъ что является сращеннымъ съ трубой, съ маткой, съ кишками.

Симптомы. Острое воспаление яичниковъ сопровождается болями внутри живота, въ пахахъ, ощущеніемъ сильной тяжести въ глубинѣ таза. Больная, если можетъ еще ходить, то дѣлаетъ это съ большимъ трудомъ, согнувшись, еле переступая ногами. Остальные явленія, какъ-то: измѣненія температуры, пульса, общаго самочувствія, обусловливаются характеромъ инфекціи или вообще характеромъ причины, вызвавшей воспаленіе. Такъ какъ инфекціонное воспаленіе яичниковъ никогда не бываетъ изолированнымъ, а является всегда на ряду съ пораженіемъ Фаллопиевыхъ



Рис. 24. Мелкокистозное перерожденіе яичника. (Яичникъ разрѣзанъ вдоль, верхняя часть приподнята.)

трубъ, брюшины, слизистой оболочки матки, влагалища, то болѣзненные явленія переплетаются сообразно съ пораженіемъ этихъ органовъ.

При хроническомъ воспаленіи яичниковъ неизмѣннымъ признакомъ является постоянная, хроническая боль внизу живота и особенно въ пахахъ. Боль большею частью ноющая, тупая; временами боль обостряется, тогда боль распространяется въ ноги, въ поясницу. Усиливается боль при разныхъ обстоятельствахъ: при долгомъ стояніи, при ходьбѣ, передъ менструаціями или послѣ нихъ; иногда боль усиливается какъ разъ посрединѣ промежутка между менструаціями (междуменструальныя боли). Довольно характерными являются измѣненія въ походкѣ: женщины съ хроническимъ воспаленіемъ яичниковъ никогда не ходятъ бодро, быстро, хорошо разогнувшись, свободно; онѣ ходятъ всегда

немного наклонивши туловище впередъ, осторожно и тихо ступая. Когда при лѣченіи наступаетъ улучшение воспаленія, то больныя почти всегда отмѣчаютъ, что онѣ стали свободнѣе, легче, больше ходить, стали смѣлѣе разгибаться.

Вслѣдствіе воспалительныхъ измѣненій разстраивается дѣятельность яичниковъ. Такъ, при утолщеніи наружной оболочки яичника Граафовъ пузырекъ, прежде чѣмъ лопнуть, долженъ сильно опухнуть, накопившаяся въ немъ жидкость должна предварительно сильно его растянуть; вслѣдствіе этого процессъ овуляціи замедляется, иногда дѣлается крайне болѣзненнымъ. При паренхиматозномъ воспаленіи вслѣдствіе измѣненій въ эпителии яичника является безплодіе. Какъ исключительная рѣдкость, при паренхиматозномъ воспаленіи могутъ исчезнуть навсегда менструаціи; это тогда, когда исчезаетъ весь эпителиальный составъ яичника. Но нужно замѣтить, что если при воспаленіи яичниковъ нѣтъ большого пораженія фолликуловъ и Фаллопиевы трубы сохранили свою проводимость, то возможно зачатіе.

Разстройство овуляціи передается и на менструацію; бывають случаи чрезвычайной болѣзненности менструаціи въ зависимости не отъ измѣненій въ маткѣ, а отъ воспалительныхъ измѣненій въ яичникахъ (яичниковая дисменоррея).

Разстройство дѣятельности яичника можно замѣтить и въ отношеніи выдѣленія имъ того в шества, которое служить, какъ сказано, фізіологическимъ возбудителемъ нервной системы. При воспаленіи яичниковъ замѣчается очень часто разстройство нервной системы: развивается общая нервная слабость (неврастенія) головныя боли, боль или тоскливое чувство подъ ложечкой, тошнота, можетъ развиваться полная картина истеріи. Одновременно съ разстройствомъ нервной системы развивается очень часто и малокровіе. Что такая причинная связь существуетъ, это ясно слѣдуетъ изъ того обстоятельства, что при успѣхѣ лѣченія воспаленія яичника явленія со стороны нервной системы, а также и малокровіе сами по себѣ или проходятъ, или уменьшаются, или становятся весьма уступчивы лѣченію, между тѣмъ какъ раньше, до лѣченія воспаленія яичниковъ, самое настойчивое лѣченіе растройства нервной системы и малокровія оставалось безъ всякаго результата. (Кромѣ указаннаго вліянія, на нервную систему имѣетъ еще вліяніе при инфекціонныхъ

воспаленіяхъ вообще и яичника въ частности хроническое отравленіе продуктами жизнедѣятельности того микроорганизма, который поселился въ тканяхъ пораженнаго органа.)

Распознаваніе всякаго воспаленія яичника основывается на двойномъ внутреннемъ изслѣдованіи, при которомъ въ случаѣ воспаленія яичника послѣдній прощупывается черезъ боковой сводъ, нѣсколько кзади, большею частью увеличеннымъ и болѣзненнымъ, или если и не увеличеннымъ, то плотнымъ, жесткимъ, очень болѣзненнымъ при ощупываніи, съ ограниченою подвижностью вслѣдствіе сращеній. Большею частью при одновременномъ воспаленіи Фаллопиевой трубы воспаленный яичникъ, сращенный съ послѣднею, отдѣльно не прощупывается, особенно, когда труба очень увеличена. Но разъ установлено, что труба увеличена, воспалена, то одновременное воспаленіе яичника, по крайней мѣрѣ, наружной оболочки его, является несомнѣннымъ.

Предсказаніе при остромъ воспаленіи обуславливается характеромъ причины, вызвавшей воспаленіе, т.-е. чаще всего характеромъ инфекціи, о чемъ мы говорили уже нѣсколько разъ. Упорное настойчивое лѣченіе хроническаго воспаленія, если нѣтъ нагноенія, нерѣдко вознаграждается хорошимъ излѣченіемъ и даже иногда наступленіемъ беременности.

Гнойное воспаленіе яичниковъ даетъ плохое предсказаніе для выздоровленія при неоперативномъ лѣченіи.

Лѣченіе. При остромъ воспаленіи и при обостреніи хроническаго—покой, лежать въ постели, ледъ на животъ, морфій въ свѣчахъ, клистиры. При лѣченіи хроническаго воспаленія первая задача должна состоять въ томъ, чтобы улучшить кровообращеніе въ тазу вообще и освободить яичникъ отъ хронической гипереміи, которая почти всегда присутствуетъ при этомъ и особенно тогда, когда самое воспаленіе-то яичника возникло на почвѣ прилива крови. Для этого иногда даже можно не предпринимать никакого мѣстнаго лѣченія, достаточно только уложить больную въ постель на недѣлю, на двѣ и больше, устранивши отъ нея раздражающія ея половую сферу вліянія. Иногда большія опухоли отъ воспаленія яичниковъ съ обширными инфильтратами кругомъ тають, какъ воскъ отъ огня, отъ одного лежанія въ постели. Это нерѣдко можно наблюдать въ больницахъ, когда такія

больныя, послѣ тяжелой работы, послѣ разныхъ раздражающихъ вліяній, послѣ утомительнаго хожденія или стоянія, послѣ, можетъ быть, алкоголизма, вдругъ устраняются отъ всего этого и принимаютъ горизонтальное положеніе въ постели на продолжительное время; успѣхи такого лежанія безъ всякаго лѣченія бываютъ нерѣдко поразительныя. Въ такихъ случаяхъ, повидимому, секретъ успѣха заключается, помимо лежанія, еще въ устраненіи всякаго мѣстнаго лѣченія, напр., спринцеваній, введенія тампоновъ, прижиганій и пр. Въ послѣднее время начали назначать больнымъ въ санаторіяхъ или лѣчебницахъ систематическое лежаніе. Конечно, одновременно съ лежаніемъ нужно заботиться объ опорожненіи кишечника (лучше всего клистиры) и предписывать половой покой, т.-е. воздержаніе отъ всякихъ раздраженій въ этомъ отношеніи. Кромѣ того, всѣ раздражающія нервную систему острыя кушанья при такомъ лежаніи исключаются; сюда относятся: вино, пиво, горчица, перецъ, острые соусы и пр. Конечно, лѣченіе лежаніемъ примѣнимо не во всѣхъ случаяхъ.

Далѣе примѣняется рассасывающее лѣченіе: тампоны во влагалище съ ихтіоломъ и глицериномъ, съ іодомъ и глицериномъ, мушки на кожу низа живота по сторонамъ отъ средней линіи (ближе къ пахамъ), ванны общія и поясныя съ примѣсью солей—морской или крейцнахской, лѣченіе грязевыми ваннами на курортахъ (Франценсбадъ, Shlangenbad, Ессентуки, Одесскіе лиманы, Саки и пр.). Но такое лѣченіе доступно только для богатыхъ. Поэтому въ медицинѣ распространенъ такой взглядъ на лѣченіе хроническаго воспаленія яичниковъ и трубъ: богатыхъ нужно отсылать на курорты, бѣдныхъ же нужно лѣчить операціей вскрытія брюшной полости и удаленія заболѣвшихъ яичниковъ и трубъ. Но если медицину считать наукой въ истинномъ смыслѣ слова, то она должна распредѣлять ея блага на человѣчество равномерно, безъ различія бѣдныхъ отъ богатыхъ; такой варварскій, тривиальный взглядъ существовать не долженъ. Къ тому же относительно лѣченія воспаленія яичниковъ и трубъ опытъ показываетъ, что можно примѣнять успѣшно консервативныя способы лѣченія и на бѣдныхъ больныхъ. Изъ практикуемыхъ консервативныхъ способовъ лѣченія хроническаго воспаленія яичниковъ и трубъ боль-

ше всего применимъ въ условіяхъ городскихъ амбулаторій, земскихъ пунктовъ и пр. массажъ съ ихтиоломъ (какъ это описано уже нами выше). Область яичника и окружающія его части, большею частью инфильтрированныя или находящіяся въ состояніи хроническаго полнокровія, осторожно, тихо, легко растираются пальцемъ съ ватой, смоченной ихтиоломъ, черезъ боковой сводъ, при одновременномъ легкомъ надавливаніи другой рукой снаружи.

Такое лѣченіе можетъ быть выполняемо съ большимъ успѣхомъ, какъ показалъ многолѣтній опытъ, акушерками и фельдшерицами, только при томъ условіи, чтобы врачомъ предварительно было поставлено точное распознаваніе болѣзни и исключено присутствіе гноя въ яичникѣ или въ трубѣ. Если измѣренія указываютъ, что повышенія температуры у больной не бываетъ, и если осторожныя попытки массажа не даютъ никакихъ намековъ на обостреніе, не даютъ повышенія t° , а, наоборотъ, приносятъ облегченіе, если процессъ старъ и при разпросѣ нѣтъ указаній на то, что были сильныя повышенія t° , то можно думать, что осложненій при лѣченіи не будетъ. Ихъ въ дѣйствительности и не бываетъ даже въ тѣхъ случаяхъ, когда въ отсутствіи гноя можно сомнѣваться. Продолжительность первыхъ сеансовъ—5 минутъ, затѣмъ, смотря по ходу дѣла, можно прибавлять время до 10 минутъ. Иногда больныя выносятъ ежедневные сеансы, иногда же приходится дѣлать черезъ день, послѣ же наступленія улучшенія можно дѣлать массажъ лишь 2 раза въ недѣлю. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ наступаетъ скоро полное облегченіе. Систематическое же продолжительное лѣченіе, хотя бы и съ перерывами, можетъ давать такіе результаты, что больныя чувствуютъ себя выздоровѣвшими. Конечно, если это лѣченіе производитъ одновременно съ ваннами, то результаты получаются скорѣе.

Но бываютъ, конечно, случаи, не поддающіеся никакому неоперативному лѣченію. Въ такихъ отчаянныхъ случаяхъ должна быть сдѣлана операція, при которой въ настоящее время стараются удалить лишь одинъ яичникъ, или, если и другой пораженъ, то стараются удалить наиболѣе пораженныя части яичниковъ; наименѣе пораженныя или же уцѣлѣвшія части яичника оставляются у больной, потому что, если остается хоть часть эпителиальнаго состава яични-

ка, больная будетъ менструировать и будетъ избавлена отъ тѣхъ мученій и тѣхъ недочетовъ, которые происходятъ при полномъ удаленіи яичниковаго эпителия.

Если воспаленіе яичниковъ развилось на почвѣ приливовъ крови вслѣдствіе продолжительнаго стоянія или усиленнаго хожденія, связанныхъ съ занятіемъ больной, то нужно совѣтовать среди дня во время отдыха принимать горизонтальное положеніе, или попросту полежать 1 часъ, полчаса.

Воспалительныя заболѣванія матки.

Строеніе стѣнокъ матки.

Стѣнки матки, какъ извѣстно, состоятъ изъ трехъ слоевъ: 1) средняго—мышечнаго слоя, 2) внутренняго—слизистой оболочки и 3) наружнаго—брюшиннаго покрова. Средній слой самый толстый; онъ составляетъ главную часть матки по объему и вѣсу и опредѣляетъ собою какъ величину матки, такъ и консистенцію (т.-е. степень плотности); онъ есть какъ бы остовъ матки. Этотъ слой состоитъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, которыя собраны пучками. Пучки отдѣляются другъ отъ друга тонкими соединительнотканными прослойками.

Всю массу переплетенныхъ мышечныхъ пучковъ пронизываютъ въ разныхъ направленіяхъ артеріи и вены различной величины. Толщина мышечнаго слоя равняется 1 сантиметру и болѣе.

Консистенція этого слоя, а, слѣдовательно, и всей матки плотна и эластична, похожа на консистенцію куска плотной резины, толщины въ 1 сант.

Внутренняя слизистая оболочка въ нормальномъ состояніи имѣетъ гораздо болѣе нѣжное строеніе, чѣмъ мышечный слой, и тоньше его болѣе чѣмъ въ 10 разъ.

Самая основа слизистой оболочки состоитъ изъ тонковолокнистой, мелкоклеточной, рыхлой соединительной ткани и содержитъ въ обиліи кровеносные и лимфатическіе сосуды. На этой основѣ покоится слой цилиндрическаго эпителія, снабженнаго мерцательными волосками. Этотъ эпителий, слѣдовательно, выстилаетъ внутреннюю поверхность слизистой оболочки.

Если вскрыть вырѣзанную изъ трупа или изъ живой жен-

щины матку и посмотрѣть невооруженнымъ глазомъ на внутреннюю поверхность тѣла матки (рис. 25), то она предста-

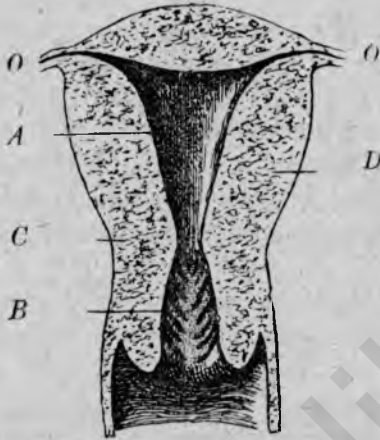


Рис. 25. Матка безъ передней стѣнки. *A*—гладкая поверхность слизистой оболочки тѣла матки. *B*—слизистая оболочка шейки матки, собранная въ складки (въ видѣ дерева). *C*—внутренній зѣвъ матки. *D*—средній мышечный слой матки. *O, O*—маточное отверстіе Фаллопіевыхъ трубъ.

вляется совершенно гладкой, увлажненной слизью; но при микроскопическомъ изслѣдованіи оказывается, что эта по-

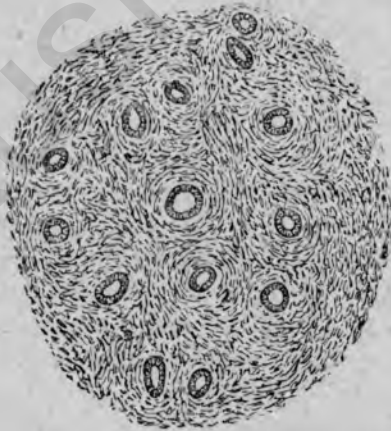


Рис. 26. Микроскопическая картина поверхности слизистой оболочки матки.

верхность усѣяна безчисленнымъ количествомъ мельчайшихъ отверстій (рис. 26).

Если отъ внутренней поверхности матки, иди вълубь ея стѣнки, вырѣзать ломтикъ, тонкій до просвѣчиванія, такимъ образомъ, чтобы въ него вошелъ слой слизистой оболочки, и если разсматривать этотъ ломтикъ подъ микроскопомъ, то мы увидимъ слѣдующее: упомянутыя отверстія на слизистой оболочкѣ идутъ въ маленькія углубленія въ видѣ трубочекъ (рис. 27), пронизывающія весь слой слизистая отъ ея поверхности до мышечнаго слоя; эти трубчатыя углубленія суть железы слизистой оболочки матки; эти железы выстланы тѣмъ же цилиндрическимъ эпителиемъ, что и вся слизистая оболочка.

Въ то время, какъ слизистая тѣла матки представляется невооруженному глазу гладкой, слизистой шейки собрана

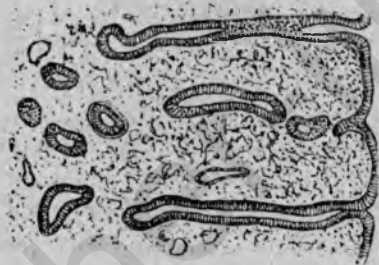


Рис. 27. Микроскопическая картина тончайшаго ломтика матки, вырѣзаннаго изъ матки со стороны слизистой оболочки (изображены трубчатыя железы слизистой оболочки матки).

въ складки (рис. 25), расположеніе которыхъ напоминаетъ дерево (елку).

Железы слизистой шейки не такъ многочисленны, какъ слизистой тѣла, но зато каждая изъ нихъ крупнѣе. Эти железы выдѣляютъ тягучую слизь, которая скопляется въ шейномъ каналѣ и всегда присутствуетъ въ немъ въ видѣ пробки. Бактеріологическія изслѣдованія показываютъ, что въ нижней трети этой слизистой пробки присутствуютъ микроорганизмы, верхнія же двѣ трети ея стерильны, т.-е. въ нихъ нѣтъ микроорганизмовъ. Извѣстно, что въ полости тѣла матки при нормальныхъ условіяхъ микроорганизмовъ нѣтъ, а во влагалищѣ они присутствуютъ въ изобиліи; эти двѣ полости соединяются каналомъ шейки. Слизистая пробка шейнаго канала играетъ роль естественной преграды для

проникновенія микроорганизмовъ изъ полости влагалища въ полость матки. Слизь шейнаго канала обладаетъ свойствомъ не допускать въ своей средѣ развитія микроорганизмовъ. Такъ что, если мы, напримѣръ, проводимъ зондъ въ тѣло матки, то мы не только заносимъ туда микроорганизмы, но еще разрушаемъ ту преграду, которую природа устроила для предохраненія глубокихъ частей организма отъ проникновенія микробовъ.

Катарръ шейки. *Endometritis cervicis, endocervicis.*

При нормальныхъ условіяхъ наружная поверхность влагалищной части шейки покрыта тѣмъ же многослойнымъ эпителиемъ, что и стѣнки влагалища. Внутренняя слизистая оболочка, какъ извѣстно, покрыта однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. При катаррѣ шейки слизистая шейнаго канала утолщается, разрастается въ большія складки, становится набухшей и размятченной. Цвѣтъ ея становится ярко-красный. При изслѣдованіи зеркаломъ эта краснота и припухлость слизистой оболочки шейнаго канала отчасти видны черезъ наружное маточное отверстіе. Очень часто эта краснота выступаетъ за наружный маточный зѣвъ, тогда она представляется въ видѣ ярко-краснаго ободка вокругъ наружнаго маточнаго отверстія. Нерѣдко краснота распространяется и дальше, тогда она является въ видѣ большихъ или меньшихъ пятенъ, расположенныхъ на влагалищной части матки въ видѣ непосредственнаго продолженія красноты слизистой оболочки шейнаго канала. Эти пятна называются эсаднами или эрозіями (*erosines*), потому что на ихъ мѣстѣ многослойный эпителий оказывается слущившимся. Если есть разрывы шейки (оставшіеся послѣ родовъ), то черезъ увеличенное разрывомъ наружное маточное отверстіе каналъ шейки становится доступенъ зрѣнію на гораздо большемъ протяженіи, чѣмъ въ нормѣ, и если есть описанныя измѣненія слизистой, они хорошо видны. Если же разрывъ настолько великъ, что произошелъ выворотъ, тогда часть слизистой оболочки шейнаго канала выпячивается во влага-

лице; въ такомъ положеніи слизистая оболочка канала шейки, покрытая, какъ извѣстно, однослойнымъ эпителиемъ, не можетъ сохранить своихъ обычныхъ свойствъ: эпителий ея мѣняется на многослойный плоскій эпителий, такой же, какимъ выстлано все влагалище; если же этого не происходитъ, то тонкій слой цилиндрическаго эпителия не выноситъ тѣхъ механическихъ, химическихъ и бактериологическихъ раздраженій, которыя безнаказанно переносятъ многослойный эпителий, онъ начинаетъ мѣстами слущиваться, мѣстами беспорядочно разрастаться, получается ссадина со всѣми описанными свойствами.

Поверхность ссадины можетъ представляться глазу при осмотрѣ и пальцу при оцупываніи гладкой, иногда же поверхность ея покрыта зернистыми возвышеніями, иногда возвышенія имѣютъ видъ припухлостей или даже пузырьковъ величинной отъ просяного сѣмени до горошины; это железы слизистой оболочки шейки, растянутыя скопившейся въ нихъ слизью при закупкѣ ихъ выводныхъ протоковъ, случающейся нерѣдко при катаррахъ. Такія пузырькообразныя (фолликулярныя) образования называются Наботовыми тѣльцами (*ovula Nabothi*).

Причины катарральнаго воспаления шейки заключаются прежде всего, конечно, въ инфекціи. Гоноррейная инфекция по частотѣ преобладаетъ; нерѣдко эта инфекция, минуя наружныя половыя части и задѣвъ слегка и не надолго стѣнки влагалища, утверждается въ шейномъ каналѣ.

Далѣе, родовой актъ, при которомъ шейка подвергается сильному растяженію, разминанію, разрывамъ, очень располагаетъ шейку къ воспріятію инфекціи, каковая и не медлитъ своимъ появленіемъ или во время родовъ (при изслѣдованіи), или въ послѣродовомъ періодѣ. Если же этого не произошло во время этихъ періодовъ, то вывороченная слизистая оболочка разорванной шейки весьма легко инфицируется впоследствии. При этомъ мы имѣемъ возможность часто наблюдать, какъ легко поражается катарромъ слизистая оболочка шейки отъ тѣхъ раздраженій, которыя безнаказанно выносятъ стѣнки влагалища. Такъ, при большихъ разрывахъ промежности, когда полость влагалища открыта вреднымъ вліяніямъ пыли, тренію, зараженію, вывороченная слизистая оболочка заболѣваетъ очень часто.

Катарры шейки происходят также при ношении во влагалищѣ пессаріевъ, при рукоблудіи, при выпаденіи матки, при разнаго рода моментахъ, вносящихъ раздраженіе и инфекцію на влагалищную часть.

Припадки заключаются въ сильныхъ постоянныхъ бѣляхъ. Бѣли, зависящія отъ катарра шейки, имѣютъ особыя отличительныя свойства: онѣ состоятъ изъ густой, тянущейся въ нити слизи, иногда прозрачной, иногда же мутнаго цвѣта, а иногда желтаго отъ примѣси гнойныхъ элементовъ. Передъ регулами бѣли обыкновенно усиливаются.

Истеченіе бѣлей въ силу своей упорности и продолжительности составляетъ мучительный симптомъ, вызывающій общую слабость, исхуданіе и различные нервные припадки. Кромѣ того, катарральныя слизистыя шейки склонны къ кровоточивости, почему иногда послѣ сношенія или послѣ изслѣдованія отдѣляется нѣкоторое количество крови.

Зачатію катарръ шейки не препятствуетъ, но нѣсколько его затрудняетъ, такъ какъ большое количество слизи въ шейномъ каналѣ мѣшаетъ проникновенію сѣмени въ полость матки.

Распознаваніе эндометрита шейки основывается на ощупываніи шейки изслѣдующимъ пальцемъ и на осмотрѣ при помощи зеркала.

Палецъ можетъ или только нѣсколько проникать черезъ наружное отверстіе въ каналъ шейки, или, при существованіи разрывовъ, свободно проходить въ каналъ и ощупывать всю его слизистую. Если же есть выворотъ, то пальцу и не приходится входить въ каналъ, онъ свободно ощупываетъ его слизистую оболочку, смотрящую во влагалище. Поэтому-то въ большинствѣ случаевъ катарръ слизистой шейки поддается распознаванію черезъ непосредственное ощупываніе слизистой пальцемъ. Въ этомъ случаѣ на мѣстѣ катарра слизистой палецъ получаетъ особое впечатлѣніе бархатистой мягкости ткани и увлажненности ея (вслѣдствіе обильныхъ слизистыхъ истеченій); кромѣ того, довольно часто на поверхности слизистой прощупываются тамъ и сямъ зернистость и твердыя возвышенія полушаровидной формы величиною отъ булавочной головки до горошины. Это—*ovula Nabothi* (Наботовы тѣльца).

При изслѣдованіи зеркаломъ большая или меньшая часть

слизистой бывает доступна зрѣнію, если существуютъ разрывы шейки. При разматриваніи черезъ зеркало отверстія шейнаго канала катарральная слизистая оболочка его рѣзко отличается своимъ огненно-ярко-краснымъ цвѣтомъ отъ остальной видимой стѣнки влагалищной части и влагалища, которыя блѣдно-краснаго цвѣта. Если въ поле зрѣнія выступаютъ Набототовы тѣльца въ видѣ просвѣчивающихъ пузырьковъ, то поверхность слизистой кажется неровной.

При отсутствіи разрывовъ шейки или незначительности ихъ слизистая канала можетъ быть недоступна зрѣнію; тогда за катарръ ея говорить яркая краснота, эрозій вокругъ наружнаго отверстія.

Предсказаніе. Лѣченіе катарра шейки, доступнаго всякимъ нашимъ воздѣйствіямъ, въ большинствѣ случаевъ даетъ хорошіе результаты: мѣста эрозій покрываются многослойнымъ эпителиемъ и принимаютъ свойства слизистой оболочки влагалища; слизистая шейка принимаетъ также свои нормальныя свойства. Бываютъ случаи упорнаго катарра, не поддающіеся терапевтическимъ мѣрамъ, тогда требуется хирургическая помощь.

Лѣченіе. При лѣченіи требуется прежде всего устранить тѣ условія, при которыхъ шейка подвергается раздраженію. Если есть разрывъ промежности и зіяніе половой расщелины, нужно зашити промежность; если есть выпаденіе матки, то лѣчить эту неправильность. Если, по видимому, все раздражающія вліянія удалены, есть разрывъ шейки и выворотъ ея и катарральныя явленія не уступаютъ лѣченію, то при-



Рис. 28.

ходится оперативнымъ путемъ лѣчить выворотъ.

Мѣстное лѣченіе нерѣдко приходится начинать со скарификацій для уменьшенія прилива крови къ шейкѣ. Скарификація производится слѣдующимъ образомъ. Вставляется какое-нибудь зеркало, лучше всего зеркало Куско, обнажается влагалищная часть, которая протирается комочками ваты или марли при помощи корщанга сначала сухими,

потомъ смоченными въ спиртѣ, затѣмъ въ какомъ-нибудь дезинфицирующемъ растворѣ. Затѣмъ берется специальный инструментъ въ видѣ копыя, называемый скарификаторомъ (рис. 28), и имъ дѣлается нѣсколько глубокихъ проколовъ слизистой оболочки, одѣвающей влагалищную часть матки, вслѣдствіе чего вытекаетъ немного крови. Совершенно достаточно, если выйдетъ 1—2 чайныхъ ложки крови. Эта кровь смывается струей воды или удаляется при помощи комочковъ ваты или марли. Разумѣется, всѣ употребляемые предметы должны быть стерилизованы (см. книгу: „Анти-септика и асептика, необходимыя свѣдѣнія для акушеровъ и фельдшерницъ“, д-ра Н. З. Иванова. 2-е изданіе, 1903 г.). Если крови выходитъ больше, чѣмъ это требуется, то къ кровоточащему мѣсту нужно прижать комочекъ ваты или марли и такъ поддержать 1—3 минуты. Вынимать зеркало можно только тогда, когда отдѣленіе крови вполне прекратилось; иначе есть рискъ, что произойдетъ послѣдовательное кровотеченіе изъ мѣсть уколовъ.

Особенное облегченіе приносятъ скарификаціи, когда скарификаторомъ прокалываютъ растянутыя железы—*ovula Nabothi*, при чемъ онѣ опорожняются отъ своего содержимаго—слизи—и перестаютъ своимъ присутствіемъ поддерживать раздраженіе шейки. Иногда послѣ такихъ проколовъ тупыя боли въ тазу немедленно проходятъ.

По скарификаціями нельзя излѣчить ни эрозій, ни привести въ норму разросшуюся слизистую оболочку. Чтобы уничтожить эрозіи, на нихъ дѣйствуютъ слабымъ прижигающимъ веществомъ, изъ которыхъ весьма заслуженной славой пользуется неочищенный древесный уксусъ.

Если цилиндрическимъ зеркаломъ обнажить шейку, влить черезъ зеркало древеснаго уксуса столько, чтобы залить всю поверхность эрозій, и поддержать шейку въ такой ваннѣ 5—10 минутъ, то такимъ способомъ надежнѣе всего достигается цѣль. Эти вливанія дѣлаются 2—3 раза въ недѣлю.

Для приведенія разросшейся слизистой оболочки въ норму ее также прижигаютъ. Для этого вводятъ зеркало Куско, обнажаютъ шейку, удаляютъ слизь изъ ея канала протираніемъ маленькимъ комочкомъ ваты, смоченной или въ спиртѣ, или въ растворѣ соды; затѣмъ обматываютъ чистой ватой зондъ Плейффера, смачиваютъ обмотанный конецъ зонда

прижигающимъ веществомъ и вводятъ въ каналъ шейки. Изъ прижигающихъ веществъ въ этомъ случаѣ употребляется іодъ, іодъ съ глицериномъ, іодъ съ карболовой кислотой, Беллостова жидкость (азотнокислая закись ртути въ растворѣ), молочная кислота, растворы ляписа (азотнокислаго серебра) и пр.

Въ болѣе упорныхъ случаяхъ пользуются хромовой или азотной кислотой, но съ этими средствами надо быть осторожнымъ, иначе можно или получить заращеніе канала, или обжечь стѣнку влагалища. Прижигаютъ не только слизистую оболочку канала шейки, но и эрозіи вокругъ наружнаго зѣва.

Для уменьшенія бѣлей, а также и для нѣкотораго дѣйствія на эрозіи назначаются спринцеванія съ танниномъ, съ квасцами, съ сѣрнокислымъ цинкомъ (по 2 чайныхъ ложки на кружку), съ неочищеннымъ древеснымъ уксусомъ (1—2 стол. ложки на кружку).

Если рабочая женщина заявляетъ, что вслѣдствіе недостатка отдѣльнаго помѣщенія ей спринцеваться неудобно, то прописываютъ тампоны съ танниномъ и глицериномъ (1 часть таннина и 10 частей глицерина) или съ ихтіоломъ (въ растворѣ 1 на 10).

Если описанное лѣченіе не приводитъ къ излѣченію, то приступаютъ къ вырѣзыванію слизистой оболочки по способу Шредера или къ ампутаціи шейки (т.-е. отнятію шейки).

Острое воспаление слизистой оболочки тѣла матки. Острый катарръ матки. Острый эндометритъ. *Endometritis acuta.*

Причина остраго воспаления слизистой оболочки матки заключается, во-первыхъ, въ инфекціи; поэтому острый эндометритъ происходитъ послѣ изслѣдованія нечистымъ зондомъ, послѣ введенія недостаточно дезинфицированныхъ расширяющимъ шейку веществъ (прессованныхъ губокъ, палочекъ лампнарія, тупело), недостаточно чистаго проведенія операціи въ полости матки, напр., выскабливанія, произведенія искусственнаго выкидыша и пр. Если даже при подобныхъ вмѣшательствахъ инструменты стерилизованы, все-таки можно занести инфекцію въ полость тѣла матки. Это тогда, когда инфицированы или шейка, или влагалище, или даже наружныя половыя части. При проведеніи инструмента, если употребляется зеркало, то можно не коснуться инструментомъ наружныхъ частей и стѣнокъ влагалища, но миновать слизистую оболочку канала шейки невозможно.

Проникновеніе заразнаго начала въ полость матки можетъ происходить и безъ какихъ бы то ни было вмѣшательствъ; такъ, напр., при зараженіи трипперомъ гонококки могутъ со слизистой шейки проникнуть въ полость матки и вызвать острый эндометритъ. Но такое самопроизвольное проникновеніе гонококковъ въ тѣло матки происходитъ далеко не всегда. Гораздо чаще гоноррейный процессъ въ шейкѣ не обнаруживаетъ склонности распространяться на слизистую оболочку тѣла. Если же съ цѣлью лѣченія катарра шейки вводится въ нее, положимъ, зондъ Плейфера съ намотанной ватой (смоченной іодомъ или еще чѣмъ-нибудь) и если

этотъ зондъ проводится и въ полость тѣла, то гоноккокковая инфекция неизбѣжно при этомъ проникаетъ и въ полость тѣла.

Кромѣ инфекціи, острый эндометритъ можетъ происходить отъ неосторожнаго виврыскиванія химически раздражающихъ веществъ (напр., крѣпкіе растворы хлористаго цинка, молочной кислоты и пр.).

При острыхъ общихъ заболѣваніяхъ, какъ-то: при холерѣ, инфлюенцѣ, тифѣ, скарлатинѣ, оспѣ и пр., острый эндометритъ положительно не рѣдкость.

Симптомы и теченіе. Благодаря тому, что при остромъ эндометритѣ покрасѣвшая, набухшая слизистая оболочка матки усиленно отдѣляетъ слизистую жидкость, то главнымъ и самымъ характернымъ симптомомъ является обильное истеченіе изъ половыхъ органовъ. (Вообще, происходитъ то, что бываетъ при всякомъ остромъ катаррѣ слизистыхъ оболочекъ, напр., при катаррѣ горла или носа, или глаза: слизистая становится красной, набухшей и усиленно отдѣляетъ жидкость.) Истеченія изъ половыхъ органовъ въ началѣ эндометрита жидковаты, съ дальнѣйшимъ развитіемъ болѣзни истеченія становятся гуще, принимаютъ желтый, гнойвидный цвѣтъ, иногда къ нимъ примѣшивается кровь.

Еще до начала истеченія больныя чувствуютъ общее недомоганіе, головную боль, тяжесть и боль внизу живота. Съ полнымъ развитіемъ болѣзни температура повышается, степень повышенія t° и измѣненія самочувствія зависятъ отъ качества инфекціи. Если случай не осложняется периметритомъ (т.-е. воспаленіемъ отдѣвляющей матку брюшины), то болѣе не бываетъ.

Учащенный позывъ на мочу и болѣзненное мочеиспусканіе иногда беспокоятъ больныя при остромъ эндометритѣ.

Предсказаніе. Черезъ нѣсколько дней или 2—3 недѣли послѣ начала острый эндометритъ или разрѣшается (т.-е. проходитъ безслѣдно), или переходитъ въ хроническій эндометритъ. Если же эндометритъ осложняется периметритомъ, то болѣзнь можетъ принять опасное для жизни направленіе. При септической инфекціи также можетъ возникнуть опасность смерти.

Распознаваніе видѣется на появленіи сразу обильныхъ истеченій изъ матки и одновременныхъ колебаній t° . При вду-

трениемъ двойномъ изслѣдованіи матка оказывается немного увеличенною и нѣсколько чувствительной.

Лѣченіе. Прежде всего строго приписывается больнымъ покойное положеніе въ постели. Ледъ на животъ. Слѣдуетъ заботиться о ежедневномъ ослабленіи.

Если эндометритъ произошелъ отъ инфекціи полости матки и если онъ протекаетъ безъ особой болѣзненности, то выполаскиваніе полости матки однопроцентнымъ растворомъ лизоля, тимола или 3-хъ проценти. растворомъ борной кислоты можетъ принести пользу. Конечно, выполаскиваніе не послѣродовой матки должно производиться металлическимъ наконечникомъ Фритча. Не такъ важно промываніе полости матки, какъ необходимо наблюденіе за тѣмъ, чтобы былъ постоянный стокъ обильному отдѣляемому слизистой оболочке. Если замѣчено, что отдѣляемое почему-либо застаивается въ маткѣ, то нужно провести въ полость матки полосу стерилизованной марли, по которой, какъ черезъ фитиль, отдѣляемое будетъ постоянно стекать. Обезпеченіе стока отдѣляемаго весьма способствуетъ пониженію t° и благополучному теченію болѣзни.

Приведемъ *Примѣръ* остраго эндометрита, ничѣмъ не осложненнаго, распознаваніе котораго было установлено на основаніи неоспоримыхъ данныхъ.

Больная В—ръ страдаетъ кровотечениями 2 года. Ей 45 лѣтъ. Она имѣла 2-хъ дѣтей. Послѣднюю дочь родила 20 лѣтъ тому назадъ. Регулы ходили правильно, послѣдніе 2 года регулы начали превращаться въ продолжительныя сильныя кровотечения. Вѣлей не было и нѣтъ. Ей было произведено выскабливаніе 1 годъ тому назадъ, но безъ всякаго успѣха. Такъ какъ кровотеченіе стали истощать больную, то послѣ безуспѣшнаго примѣненія разныхъ кровоостанавливающихъ средствъ (эрготинъ, стиптицинъ, адреналинъ, ледъ на животъ и проч.) рѣшено было повторить выскабливаніе и, кромѣ того, присоединить къ нему выпариваніе полости матки, т.-е. обжечь слизистую тѣла горячимъ (t° 100⁰) паромъ. (Послѣ выпариванія можно было ожидать болѣе ранняго наступленія климактерическаго періода, что было въ интересахъ больной.)

Первые 3 дня послѣ операціи больная чувствовала себя хорошо. На 4-й день она почувствовала головную боль, жаръ, температура вечеромъ 39⁰. На другой день t° 38,5. При изслѣдованіи всѣхъ органовъ, кромѣ матки, они оказались въ нормальномъ состояніи. Отдѣленій изъ половыхъ органовъ никакихъ. Такъ какъ въ полости матки была произведена операція, то нужно было заподозрѣть, нѣтъ ли какого-нибудь процесса въ полости матки, отъ котораго такъ повысилась температура и измѣнилось самочувствіе. Такъ какъ наружныя свойства матки и окружающихъ ее частей ни въ чемъ не измѣнились, то оставалось подозрѣвать

нѣтъ ли болѣзненныхъ измѣненій внутри матки, т.-е. въ ея слизистой, короче сказать, нѣтъ ли эндометрита. Нужно было изслѣдовать содержимое тѣло матки. Съ этою цѣлью было введено во влагалище зеркало Симона и на всякій случай было приготовлено все для промыванія полости матки посредствомъ наконечника Фритча. Какъ только была захвачена кувальцангомъ шейка и матка низведена пониже, такъ изъ матки хлынула кровавистая грязноватая жидкость въ большомъ количествѣ. Скопленіе и задержка отдѣляемаго произошло въ слѣдствіе перегиба матки впередъ; когда же при низведении матка была распрямлена, то изъ нея и хлынули отдѣляемыя. Очень обильное грязное отдѣляемое и повышение ^{т°} показывали съ несомнѣнностью, что мы имѣемъ дѣло съ острымъ эндометритомъ, предрасположеніе къ которому дало присутствіе струпа на поверхности слизистой, получившагося послѣ прижиганія паромъ. Полость матки была вышполоскана растворомъ марганцево-кислаго кали; для лучшаго стока была вложена въ полость матки полоска стерилизованной марли. Такое лѣченіе пришлось повторить еще 2 раза, пока матка не очистилась отъ струевъ. Черезъ недѣлю больная поправилась совершенно. Острый эндометритъ хорошо разрѣшился. Послѣ операциі у больной наступилъ климактерическій періодъ, и она чувствуетъ себя здоровой.

Хроническій эндометритъ. Хроническій катарръ матки. Endometritis chronica.

Всѣ причины хроническаго эндометрита (а также и метрита) имѣютъ три общихъ источника: во-первыхъ, инфекцію, во-вторыхъ, разстройства кровообращенія въ маткѣ и, въ-третьихъ, недостаточное обратное развитіе матки послѣ родовъ. Чаще всего мы имѣемъ налицо комбинацію этихъ причинъ; такъ, напр., разстройство кровообращенія или недостаточное обратное развитіе весьма предрасполагаютъ слизистую оболочку къ инфекціи. Изъ инфекціонныхъ причинъ на первомъ планѣ по частотѣ должно быть поставленно трипперное зараженіе.

Трипперные кокки (гонококки) размножаются въ слизистой шейнаго канала и вызываютъ катарръ ея, а затѣмъ проникаютъ нерѣдко и въ слизистую матки. Иногда проникновеніе трипперной заразы въ полость матки вызываетъ сначала острый эндометритъ, который затѣмъ уже переходитъ въ хроническій, иногда же начинаетъ развиваться постепенно хроническій эндометритъ безъ остраго катарра. Послѣродовой эндометритъ или эндометритъ послѣ выкидыша можетъ перейти въ хроническій эндометритъ. Разстройство кровообращенія въ маткѣ и именно хроническій застой крови въ маткѣ можетъ произойти: во-первыхъ, подъ вліяніемъ неправильнаго положенія матки,—наклоненія назадъ, опущенія, выпаденія матки,—во-вторыхъ, болѣзни печени, сердца, легкихъ вызываютъ застой крови въ органахъ брюшной и тазовой полости вообще и въ частности въ маткѣ. При этихъ условіяхъ возникаетъ обыкновенно вмѣстѣ какъ эндометритъ, такъ и хроническій метритъ (т. е. хроническое воспаленіе мышечной части матки). Въ-третьихъ, вызываютъ хрониче-

скій застой крови въ маткѣ разныя неправильности въ сношеніяхъ. При каждомъ нормальномъ сношеніи кровь усиленно приливаетъ къ тазовымъ органамъ вообще и къ маткѣ въ частности; при нормальномъ окончаніи сношенія спазмъ сосудовъ и окружающихъ мышцъ сразу прогоняетъ лишнюю кровь и уничтожаетъ приливъ крови. Если же, вслѣдствіе безсилія мужа или намѣреннаго избѣжанія беременности, полного окончанія не происходитъ, то приливъ крови не исчезаетъ. Частыя повторенія подобнаго рода неоконченныхъ сношеній и ведутъ къ хроническому застою крови въ маткѣ, а затѣмъ къ хроническому метриту и эндометриту. Къ тому же самому ведетъ раздраженіе половыхъ органовъ онанизмомъ. Опухоли матки (фиброма, ракъ и проч.), вызывая разстройство кровообращенія въ органѣ, почти всегда сопровождаются эндометритомъ. Послѣ родовъ и выкидышей недостаточное обратное развитіе матки (а слѣдовательно, ея слизистой оболочки), задержка частей плоднаго яйца, хотя бы ничтожныхъ по своей величинѣ, ведетъ къ хроническому эндометриту (а также и къ метриту).

Иногда хроническому эндометриту сопутствуютъ нѣкоторыя общія хроническія заболѣванія, какъ-то: хлорозъ и малокровіе.

Измѣненія въ слизистой оболочкѣ. При хроническомъ эндометритѣ слизистая оболочка гипертрофируется (т.-е. разрастается), становится толще, толщина ея доходитъ до $\frac{1}{2}$ сант. и болѣе (endometritis hyperplastica). При этомъ въ однихъ случаяхъ усиленно разрастаются железы слизистой, въ другихъ—особенно разрастается межжелезистая ткань, въ третьихъ, особенно сильно выраженныхъ случаяхъ усиленно разрастаются и железы, межжелезистая ткань. Если утолщенная слизистая оболочка очень рыхла, то такой эндометритъ называется фунгознымъ (endometritis fungosa). Поверхность слизистой вмѣсто гладкой становится неровной, шероховатой, иногда, вслѣдствіе сильнаго разрастанія слизистой, замѣтны выросты въ видѣ полиповъ (endometritis polyposa).

Если эндометритъ тянется много лѣтъ и переходитъ за климактерическій возрастъ, гипертрофическій эндометритъ переходитъ въ атрофическій (endometritis atrophicans), при которомъ слизистая становится гораздо толще, железы или

исчезаютъ, или превращаются въ небольшія кисты. Слизистая при хроническихъ эндометритахъ покрыта мутнымъ бѣловатымъ или гноевиднымъ отдѣляемымъ.

Симптомы. Первенствующими и характерными симптомами хроническаго эндометрита служатъ кровотеченія и бѣли. Кровотеченія чаще всего выражаются въ сильныхъ менструаціяхъ. Въмѣсто 4—5 дней они продолжаются 8—15 дней; промежутки между регулами становятся короче и сокращаются до двухъ недѣль и менѣе, такъ что большія и частыя кровопотери производятъ общую слабость и малокровіе.

Иногда кровотеченія теряютъ всякій типъ менструацій, тогда они происходятъ отъ разнообразныхъ, часто незначительныхъ причинъ: послѣ душевныхъ волненій, подъема тяжестей, запоровъ, иногда же безъ всякихъ видимыхъ причинъ. Бѣли бываютъ въ разномъ количествѣ и разнаго свойства. То онѣ бываютъ жидкія, то густыя, тянущіяся; послѣднія бываютъ въ томъ случаѣ, если одновременно существуетъ катарръ шейки. Цвѣтъ бѣлей чаще всего желтый или зеленоватый. Часто бѣли бываютъ ѣдкія. Иногда, напр., при атрофическомъ эндометритѣ, бѣли бываютъ съ рѣзкимъ противнымъ запахомъ. Обыкновенно же бѣли имѣютъ запахъ сырости. Ко всему изложенному относительно бѣлей нужно прибавить, что иногда при старомъ эндометритѣ бѣли настолько затихаютъ, что на нихъ больныя перестаютъ жаловаться. Признаками эндометрита въ такихъ случаяхъ остаются или кровотеченіе, или только безплодіе, или склонность къ выкидышамъ.

Хотя болевья ощущенія и нельзя назвать характерными симптомами хроническаго эндометрита, однако они нерѣдко беспокоятъ больныхъ въ видѣ постояннаго чувства тяжести и нытья внизу живота и въ поясищѣ. Эти ощущенія усиливаются во время регулъ. Есть особый видъ эндометрита, при которомъ регулы проходятъ при жесточайшихъ приступахъ коликъ, и во время этихъ коликъ изъ матки выходятъ куски отпадающей слизистой оболочки въ видѣ ключевъ ткани (*dysmenorrhoea membranosa*). Описанные симптомы хроническаго эндометрита, т.-е. кровотеченія, бѣли и боли, только весьма рѣдко бываютъ выражены всѣ одинаково сильно. Очень часто боли совсѣмъ отсутствуютъ.

Потери крови и истощающія бѣли между кровотечениями

сильно подрываютъ здоровье женщинъ, особенно въ томъ случаѣ, если эндометритъ длится долго. Развивается общая слабость, одышка, сердцебиеніе, нервность и разнообразныя отраженныя явленія: плохое пищевареніе, тошноты, рвота, упорные запоры, мигрень и проч.

Распознаваніе. Жалобы на сильныя продолжительныя менструаціи, на кровотечения и бѣли указываютъ всегда на пораженіе слизистой матки.

Если мы при этихъ жалобахъ не опредѣляемъ при методическомъ изслѣдованіи никакой опухоли ни въ маткѣ, ни около нея и находимъ не увеличенную матку въ нормальномъ положеніи, то мы должны признать, что у данной больной бѣли и кровотечения зависятъ только отъ заболѣванія слизистой оболочки матки. Длительность катарральныхъ явленій утверждаетъ насъ въ діагностикѣ хроническаго эндометрита.

Иногда при изслѣдованіи мы можемъ отмѣтить, что матка нѣсколько увеличена и немного чувствительна: это указываетъ на развитіе метрита на ряду съ эндометритомъ.

Если установлено пораженіе слизистой оболочки матки, но остается невыясненнымъ, заключается ли это пораженіе въ эндометритъ или въ какомъ-нибудь злокачественномъ новообразованіи, то въ такомъ случаѣ предпринимается съ діагностической цѣлью выскабливаніе слизистой матки и затѣмъ изслѣдованіе выскобленныхъ кусковъ слизистой оболочки подъ микроскопомъ. Въ случаѣ распознаванія злокачественности пораженія показуется безотлагательное удаленіе матки.

Предсказаніе. Хроническій эндометритъ хотя къ смерти не ведетъ, но самъ собою безъ лѣченія не проходитъ. При разумномъ, терпѣливомъ лѣченіи болѣзнь излѣчима, кромѣ, впрочемъ, очень застарѣлыхъ случаевъ, когда наступаетъ атрофія слизистой оболочки.

Лѣченіе. Мѣстное внутриматочное лѣченіе можетъ быть ведено троякимъ путемъ: 1) дѣйствіемъ антисептическихъ средствъ на слизистую оболочку полости матки, 2) прижиганіемъ и 3) выскабливаніемъ.

Для достиженія первой цѣли или производятъ внутриматочныя промыванія, или въ полость матки вставляютъ особо приготовленныя въ аптекахъ палочки съ ихтіоломъ, іодо-

формомъ, алумнолемъ, аиролемъ и пр.; палочки въ полости матки тають, послѣ чего антисептическое вещество размазывается по всей слизистой оболочкѣ.

Внутриматочныя промыванія производятъ при помощи металлическаго двойнаго катетера Фритча. Приготовляютъ 2—3-процентн. растворъ карболовой кислоты, дезинфицируютъ катетеръ, влагалище, шейку матки, и затѣмъ вводятъ наконечникъ катетера въ полость матки, какъ зондъ. Если катетеръ не проходитъ черезъ шейный каналъ, то его расширяютъ бужами.

Промыванія дѣлаютъ ежедневно или черезъ день. Этотъ способъ приноситъ облегченіе только въ свѣжихъ случаяхъ эндометрита, не сильно развитыхъ.

Прижиганіе слизистой есть средство болѣе сильное. При проходимости внутренняго зѣва для прижиганія вводится въ полость матки зондъ Плейфера, обернутый въ вату, смоченную прижигающимъ веществомъ. Если внутренній зѣвъ не пропускаетъ зонда Плейфера, то прибѣгаютъ къ расширенію канала тѣмъ или другимъ способомъ и затѣмъ впрыскиваютъ въ полость матки прижигающія вещества при помощи шприца Брауна. Изъ прижигающихъ веществъ примѣняютъ: іодъ, полуторахлористое желѣзо съ глицериномъ, крѣпкіе растворы карболовой кислоты, молочную кислоту, растворы ляписа и пр.

Прижиганіе производится повторно. Но и прижиганіе слизистой далеко не во всѣхъ случаяхъ даетъ продолжительное и стойкое улучшеніе. Такъ что при фунгозныхъ эндометритахъ на удовлетворительный результатъ можно рассчитывать только при удаленіи слизистой оболочки посредствомъ выскабливанія ея.

Эта операція производится на операціонномъ столѣ, иногда подъ хлороформомъ. Послѣ дезинфекціи влагалища и шейнаго канала вставляется зеркало Симона, и матка фиксируется щипцами Мюзо или кувальцовымъ; каналъ шейки расширяется расширителями или Гегара, или Фритча; затѣмъ острой ложечкой производится выскабливаніе слизистой; операція обыкновенно заключается впрыскиваніемъ іодистой настойки въ полость матки. Къ операціи выскабливанія нужно приготовить: расширители, которые нужно заранее разложить по номерамъ, затѣмъ кувальцовъ или

щипцы Мюво, коринцангъ, 3—4 зонда Плейфера, зеркала, ложечки для выскабливанія разной величины, шприць Брауна. Всѣ металлическія вещи должны быть прокипячены; вата или комочки марли и зонды Плейфера съ намотанной ватой должны быть простерилизованными или въ аппаратъ для текучаго пара, или въ автоклавъ.

При мѣстномъ лѣченіи всегда нужно обращать вниманіе на общее состояніе, при чемъ часто выступаетъ на первый планъ укрѣпляющее лѣчение. На улучшение общаго состоянія въ извѣстной мѣрѣ дѣйствуетъ также лѣчение припадочное. Такъ, при кровотеченіи примѣняютъ кровоостанавливающія средства: эрготинъ, водный экстрактъ *hydrastis canadensis* (по 20 капель 3 раза въ день), водный экстрактъ *gossypii* (по 30 капель 3 раза въ день), *stypticin* (0,05 въ таблеткахъ до 8 разъ въ день), *salipurin* по 1 грамму на приемъ. Но самымъ лучшимъ кровоостанавливающимъ средствомъ, какъ показываетъ опытъ, нужно считать лежаніе въ постели со льдомъ на низъ живота и съ приподнятой тазовой частью туловища.

При боляхъ во время менструаціи—наркотическія (*t-ra can-nabis indicae* по 7 кап. 2—3 раза въ день, *codein*), тепло на животъ, покойное положеніе въ постели, бромистые препараты. Для уменьшенія раздражающаго дѣйствія бѣлей и съ цѣлью чистоты назначаются спринцеванія.

Если на шейкѣ матки черезъ зеркало не видно катаральныхъ явленій, то спринцеванія назначаются или изъ простой воды, или съ прибавленіемъ $\frac{1}{2}$ —1 стакана кухоннаго уксуса (для удаленія слизистыхъ бѣлей); при катаррѣ шейки назначаются спринцеванія съ вяжущими веществами. Если бѣли вызвали сильное раздраженіе въ видѣ зуда въ наружныхъ половыхъ частяхъ, то полезны спринцеванія съ карболовой кислотой (3—4 чайныя ложки на кружку), съ мятнымъ масломъ (5—10 капель на кружку) или, наконецъ, съ хлораль-гидратомъ. Если при эндометритѣ существуютъ явленія метрита, то примѣняются горячія спринцеванія, ихтиоль съ глицериномъ въ тампонахъ или массажъ матки съ ихтиоломъ. Если эндометритъ развился на почвѣ недостаточнаго обратнаго развитія послѣ родовъ и послѣ выкидышей, то необходимо примѣненіе мѣрь для сокращенія матки (эрготинъ, массажъ матки). Если эндометритъ развился при

хроническомъ застоѣ крови въ маткѣ вслѣдствіе ея неправильнаго положенія — наклоненія назадъ, опущенія, выпаденія, — то нужно непременно лѣчить эти неправильности. Также должны быть удалены всѣ вышеупомянутыя причины, вызывающія усиленные приливы крови къ маткѣ.

Примѣръ хроническаго эндометрита. А. Г. П — ва обратилась за совѣтомъ съ жалобой на опущеніе матки, на обильныя бѣди, на очень сильныя менструаціи, продолжающіяся 8—9 дней, отъ которыхъ всякій разъ ослабѣваетъ. Всѣ эти неправильности начались послѣ родовъ, бывшихъ 6 мѣсяцевъ тому назадъ.

Больной 29 лѣтъ, она родила 4-хъ. Первыхъ троихъ родила живыхъ, послѣ родовъ не бодѣла, кормила всѣхъ. Четвертые роды прошли въ родовспомогательномъ учрежденіи. Роды продолжались двое сутокъ, въ теченіе которыхъ все время было кровотеченіе. Окончены были роды посредствомъ операціи, произведенной подъ хлороформнымъ наркозомъ. Получился мертвый ребенокъ; послѣ родовъ была больна 12 дней, была жаръ, были сильныя боли внизу живота.

При общемъ осмотрѣ больная оказывается блѣдной, похудѣвшей. Исслѣдованіе половыхъ органовъ даетъ слѣдующіе результаты. Выпаденіе стѣнокъ влагалища, которыя въ видѣ двухъ большихъ складокъ выступаютъ наружу изъ широко зіяющей половой расщелины; разрыва промежности нѣтъ. Матка опущена: она находится въ состояніи наклоненія назадъ очень близко отъ половой расщелины. Вокругъ наружнаго маточнаго отверстія на влагалищной части — ярко-красныя ссадины; при ощупываніи матка не увеличена, но болѣзненна. Прощупываются перитоническія сращенія матки съ трубами; послѣднія нѣсколько утолщены и также болѣзненны.

Итакъ, результаты исслѣдованія приводятъ къ слѣдующему распознаванію. Выпаденіе стѣнокъ влагалища, опущеніе матки, расслабленіе мышцъ тазоваго дна, хроническій эндометритъ, ссадины на влагалищной части, хроническое воспаленіе трубъ и частичное воспаленіе брюшины, отдѣвающей матку и трубы. Въ основѣ этихъ воспалительныхъ заболѣваний заложенъ, конечно, эндометритъ, такъ какъ началось воспаленіе послѣ родовъ, несомнѣнно, съ слизистой оболочки; поводомъ къ воспаленію слизистой оболочки матки было слишкомъ много: исслѣдованія во время родовъ шейки матки и нижней части матки съ цѣлью опредѣлять источникъ кровотеченія, внутриматочныя операціи съ цѣлью родоразрѣшенія и проч.

Планъ лѣченія былъ слѣдующій: сначала лѣченіе было направлено на воспалительныя измѣненія въ трубахъ, въ брюшинѣ и отчасти въ маткѣ; съ этой цѣлью было произведено нѣсколько сеансовъ массажа съ иктиоломъ трубы, брюшинныхъ перемычекъ на мѣстѣ сращеній трубы съ маткой и самой матки. Когда отечная жидкость и инфильтраты на мѣстахъ воспаления брюшины рассосались, перемычки стали тоньше, растяжимы и безболѣзненны, когда также трубы стали тоньше, плотнѣе, мѣхе болѣзненны, когда и матка стала безболѣзненной, потому что и въ

ней, повидимому, рассосались воспалительные продукты, тогда было приступлено къ выправленію положенія матки и влагалища. Съ этимъ послѣднею цѣлью было примѣнено подыманіе матки по способу Тюръ-Брандта (Liftung); одновременно съ этимъ активная и пассивная гимнастика съ цѣлью укрѣпленія мышцъ тазоваго дна. Лѣчение шло очень успѣшно: выпаденіе стѣнокъ влагалища стало уменьшаться, также стало улучшаться положеніе матки; одновременно съ этимъ улучшеніемъ, подъ вліяніемъ улучшенія кровообращенія въ маткѣ и рассасыванія воспалительныхъ инфильтратовъ, стали проходить и явленія эндометрита, уменьшились бѣли, регулы стали менѣе продолжительны и менѣе сильны, эрозіи уменьшились. Для лѣченія самага эндометрита было произведено смазываніе полости матки іодомъ и молочной кислотой (50% растворъ) посредствомъ ваты, намотанной на зондъ Шлейфера. Конечный результатъ лѣченія былъ вполнѣ удовлетворительный: вынаденія влагалища не осталось и слѣда, матка приняла нормальное положеніе, бѣли и кровотечения исчезли, больная пополнила и стала пользоваться хорошимъ здоровьемъ.

Самое поучительное въ этомъ случаѣ то, что явленія эндометрита стали лучше еще до лѣченія самага эндометрита только подъ вліяніемъ устраненія подбочныхъ неправильностей, т. е. подъ вліяніемъ улучшенія положенія матки, улучшенія кровообращенія въ ней, подъ вліяніемъ рассасыванія продуктовъ воспаления въ маткѣ, около матки и, конечно, въ слизистой ея оболочкѣ.

Острое воспаление матки. Острый метритъ. *Metritis acuta.*

При остромъ воспаленіи мышечной части стѣнки матки вся матка увеличивается, становится размягченной вслѣдствіе пропитыванія серозной жидкостью. Сосуды матки наполняются кровью.

Причины. Эта болѣзнь всегда соединена съ острымъ эндометритомъ и имѣеть общія съ нимъ причины. Сюда относятся инфекция при введеніи нечистыхъ зондовъ, расширяющихъ веществъ при производствѣ операций внутри матки, трипперная инфекція, инфекция послѣ родовъ и пр.

Сильные приливы крови къ маткѣ вслѣдствіе сношеній во время менструацій, вслѣдствіе чрезмѣрно усиленнаго хожденія или ношенія тяжестей также могутъ вызвать явленіе остраго метрита.

Припадки начинаются съ озноба и слѣдующаго за нимъ жара. Въ то же время появляются общее недомоганіе, тупая боль въ глубинѣ таза. Ходьба, кашель, натуживаніе при испражненіи увеличиваютъ боли. Появляются частые позывы на мочу. Если заболѣваніе начинается во время менструаций, то онѣ иногда прекращаются. Если острый метритъ осложняется периметритомъ, то боли становятся столь сильными, что нельзя дотронуться до низа живота.

Распознаваніе. Острая припухлость матки, ея размягченность и болѣзненность при изслѣдованіи одновременно съ описанными припадками всегда позволяютъ распознать безъ особаго затрудненія острый метритъ.

Въ раннемъ періодѣ беременности матка также увеличена и размягчена, но симптомы совершенно иные. Нужно при изслѣдованіи имѣть въ виду, что зондированіе съ преступной цѣлью прекращенія беременности можетъ вызвать острый эндометритъ и метритъ беременной матки. Про подобныя попытки произвести искусственный выкидышъ больныя обыкновенно не говорятъ.

Предсказанія. Острый метритъ—болѣзнь серьезная и не всегда безопасная для жизни. Острый метритъ можетъ проходить безслѣдно или переходить въ хроническій метритъ.

Лѣченіе. Если причина остраго метрита—инфекція, то слѣдуетъ лѣчить присутствующій всегда при этомъ эндометритъ, о чемъ уже сказано. Съ цѣлью уменьшить кровонаполненіе матки примѣняютъ повторныя скарификаціи. Если же, въ виду болѣзненности при введеніи зеркала, скарификаціи производить нельзя, то ставятъ на низъ живота пьывки отъ 8 до 12 штукъ. Назначеніе кастороваго масла въ большинствѣ случаевъ представляетъ настоятельную необходимость. Для уменьшенія болей кладутъ мѣшокъ со льдомъ на низъ живота, устраняютъ кашель, если онъ есть, укладываютъ больную покойно въ постель такъ, чтобы верхняя часть туловища была нѣсколько опущена, а тазовая приподнята; кромѣ того, примѣняютъ морфій или опій, послѣдній особенно тогда, когда периметритъ налицо.

Хроническое воспаление матки. Хроническій метритъ. *Metritis chronica*.

Подъ именемъ „хроническаго метрита“ нужно разумѣть хроническое воспаление мышечнаго слоя стѣнокъ матки.

Въ начальномъ періодѣ хроническаго метрита матка увеличена и рязмягчена вслѣдствіе переполненія кровью ея сосудовъ, вслѣдствіе пропитыванія ея ткани серозной жидкостью.

Одновременно съ этимъ, вслѣдствіе постояннаго воспалительнаго раздраженія, начинаетъ разрастаться соединительная ткань, заложенная, какъ уже сказано, между пучками мышечныхъ волоконъ. Такое разрастаніе соединительной ткани въ стѣнкѣ матки приводитъ къ еще большому увеличенію матки. Величина ея можетъ достигать до величины, соотвѣтствующей 2-хъ и даже 3-хмѣсячной беременности.

Разумѣется, что соотвѣтственно увеличенію всей матки и полость ея становится обширнѣе; также стѣнки ея утолщаются вдвое и болѣе. Въ такомъ видѣ матка можетъ оставаться 1 годъ, 2, 3, 4 года; это — первый періодъ хроническаго метрита, или, какъ его нѣкоторые называли, періодъ размягченія.

Вновь образованная соединительная ткань остается мягкой и рыхлою до тѣхъ поръ, пока она молода. Но чѣмъ далѣе идетъ хроническій метритъ, тѣмъ плотнѣе становится консистенція матки, и съ годами, по мѣрѣ того, какъ соединительная ткань старѣетъ, послѣдняя сморщивается и становится очень плотной. Поэтому матка при хроническомъ метритѣ застарѣломъ, тянущемся 8—10 и болѣе лѣтъ, уменьшается, становится плотной, какъ хрящъ, дѣлается мало-

кровной вслѣдствіе заустѣванія сосудовъ, это—второй періодъ хроническаго метрита, или періодъ уплотненія.

Причины хроническаго метрита, какъ и хроническаго эндометрита, сводятся: 1) къ инфекціи, 2) къ разстройству кровообращенія къ маткѣ и 3) къ недостаточному обратному развитію матки послѣ родовъ (subinvolutio uteri).

Изъ инфекціонныхъ причинъ играютъ большую роль триперная инфекція и послѣродовыя заболѣванія матки.

Разстройства кровообращенія въ маткѣ вызываютъ: 1) неправильныя положенія матки, т.-е. антефлексія, ретроверзія, ретрофлексія, выпаденіе и пр.; 2) болѣзни сердца, печени, легкихъ; 3) частое половое раздраженіе безъ удовлетворенія, бывающее при намѣренно неоконченныхъ сношеніяхъ изъ боязни забеременѣть, при неудачныхъ попыткахъ сношенія, при онанизмѣ и пр.

При недостаточномъ обратномъ развитіи матки (subinvolutio uteri) послѣ родовъ плохо сокращенная матка имѣетъ совершенно такой же видъ, какъ и въ начальномъ періодѣ хроническаго метрита, т.-е. она увеличена, размягчена, отечена и сосуды ея переполнены кровью. Если матка остается такою нѣсколько мѣсяцевъ, годъ и болѣе, то subinvolutio uteri начинаетъ переходить прямо въ хроническое воспаленіе матки; появляется болѣзненность матки, и постепенно развиваются всѣ симптомы хроническаго метрита.

Такой порядокъ вещей наблюдается, къ сожалѣнію, довольно часто и зависитъ, съ одной стороны, отъ того, что акушерка далеко не всегда имѣетъ обыкновеніе слѣдить за полнымъ обратнымъ развитіемъ матки послѣ родовъ у некормящихъ, съ другой стороны, среди женщинъ, живущихъ въ городѣ, на фабрикахъ и пр., при нездоровыхъ условіяхъ жизни, наблюдается какъ общая слабость мышцъ, такъ и недостаточная способность мышцъ матки къ полному сокращенію. Но если женщина послѣ родовъ кормитъ, то и при этихъ условіяхъ у нея все-таки происходитъ достаточное сокращеніе матки; у всякой же некормящей женщины матка при подобныхъ условіяхъ навѣрно недостаточно сокращается.

Примадки. Самый ранній и неизмѣнно постоянный симптомъ хроническаго метрита—это хроническая боль внизу живота. Боль не сильная и не острая, но зато, при вполнѣ

развитомъ метритѣ, глухое, ноющее чувство болѣзненной тяжести въ глубинѣ таза становится неизмѣннымъ спутникомъ больныхъ женщинъ и даже во снѣ не покидаетъ ихъ.

Многія женщины, особенно изъ рабочаго класса, свыкшись съ этими несильными ощущеніями, не считали бы себя больными, если бы не было время отъ времени обостреній, при которыхъ боли становятся настолько рѣзкими, такъ ожесточаются, что женщины иногда принуждены бываютъ ложиться на нѣсколько дней въ постель.

Подобныя временныя обостренія постоянныхъ тупыхъ болей являются въ высшей степени характернымъ симптомомъ хроническаго воспаления матки.

Обостренія (экзацербации) возникаютъ большею частью безъ всякаго серьезнаго повода; часто они сопровождають менструаціи, но бываютъ и въ промежуткахъ между ними. Иногда они повторяются черезъ каждыя 2—3 недѣли, иногда же черезъ нѣсколько мѣсяцевъ.

Мѣсто болей рѣдко ограничивается только областью матки, т.-е. посрединѣ низа живота. Хроническій метритъ часто осложняется хроническимъ воспаленіемъ трубъ, яичниковъ, тазовой брюшины и пр.; при осложненіяхъ боли распространяются на соотвѣтствующія мѣста. Кромѣ того, при хроническомъ метритѣ бываютъ весьма разнообразныя отраженныя боли; такъ, напр., могутъ быть боли въ области крестца или копчика или въ области сѣдалищнаго нерва, боли подъ ложечкой, боли въ разныхъ мѣстахъ живота, головныя боли и пр.

Такъ какъ хроническій метритъ почти никогда не бываетъ единичною болѣзью, а, какъ это было сказано при разборѣ причинъ, является присоединеніемъ къ другимъ болѣзнямъ, какъ-то: эндометриту, антефлексіи, ретроверзій, ретрофлексіи, выпаденію и пр., то указанный основной симптомъ метрита—хроническая боль—переплетается съ симптомами или эндометрита, или антефлексіи и пр. Такъ, напр., если при метритѣ существуетъ эндометритъ, то выступаютъ на видѣ бѣли, сильныя менструаціи, наклонность къ выкидышамъ; если метритъ развился при антефлексіи, то больная страдаетъ болѣзненными регулами и бесплодіемъ; при ретроверзій симптомы эндометрита, метрита и самой ретроверзій даютъ весьма сложную картину болѣзни.

Вялость кишокъ и запоры, частый позывъ на мочу, особенно во время обостреній, являются довольно обычными спутниками симптомовъ при хроническомъ метритѣ.

Постоянное болѣзненное раздраженіе, гнѣздящееся нѣсколько лѣтъ въ такомъ важномъ въ физиологіи женщины органѣ, какъ матка, тяжело отзывается на состояніи всего организма. Первое, что страдаетъ, это нервная система. Про разнообразныя отраженныя боли мы уже говорили. Кромѣ того, являются и нервныя сердцебіенія, нервный кашель, ощущеніе ползанія мурашекъ или похолоданія въ ногахъ, чувство шара въ горлѣ, чувство гвоздя въ головѣ, измѣнчивое настроеніе духа, чаще мрачное, плохой аппетитъ, частыя вздутія подъ ложечкой и прочія явленія истеріи. При хроническомъ метритѣ всѣ физиологическія функціи матки, какъ-то: менструаціи, зачатіе, беременность, роды и послѣродовой періодъ, разстраиваются.

Менструаціи осложняются или вышеупомянутыми обостреніями болей, или большою потерей крови.

Зачатію хроническій метритъ самъ по себѣ, безъ осложненій, не препятствуетъ, но нѣсколько затрудняетъ его, такъ что нерѣдки случаи безплодія. Во время беременности при хроническомъ воспаленіи матки часто возникаютъ сильныя боли въ маткѣ; особенно боли беспокоятъ въ первые мѣсяцы беременности, когда плотныя стѣнки матки еще не разрыхлились. Кромѣ того, беременность часто оканчивается выкидышемъ.

Во время срочныхъ родовъ при хроническомъ метритѣ часто наблюдается слабость схватокъ, результатомъ чего, между прочимъ, можетъ явиться задержаніе дѣтскаго мѣста, а въ послѣродовомъ періодѣ—кровотеченія. Описанные симптомы и разстройства функцій въ высшей степени подрываютъ состояніе здоровья женщины.

Распознаваніе. Жалобы на хроническую боль внизу живота, по временамъ обостряющуюся, всегда опредѣляютъ достаточно вѣрно хроническое воспаленіе какого-нибудь органа таза. Прочія жалобы на описанные симптомы еще болѣе опредѣляютъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло.

Разсказъ о началѣ болѣзни и ея постепенномъ развитіи (напр., послѣ родовъ) часто бываетъ очень полезенъ для распознаванія. При двойномъ изслѣдованіи хронически вос-

паленной матки отмѣчается увеличеніе ея, болѣзненность при сдавливаніи ея между изслѣдующими руками. Консистенція матки, какъ сказано выше, бываетъ весьма разнообразна, начиная отъ рыхлой и кончая хрящеватой плотностью; но свою нормальную, характерно эластическую консистенцію матка теряетъ навсегда.

Увеличеніе матки при хроническомъ воспаленіи отличается отъ увеличенія при беременности тѣмъ, что въ послѣднемъ случаѣ есть задержка регуль. Въ сомнительныхъ случаяхъ нужно повторно изслѣдовать черезъ нѣсколько недѣль, при чемъ можно убѣдиться, что въ случаѣ беременности матка своеобразно увеличивается. Прощупываніе правильныхъ контуровъ увеличенной матки при хроническомъ метритѣ очень часто даетъ намъ возможность исключать опухоль, какъ причину увеличенія матки, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ опухоли матки очень измѣняютъ ея форму. Хроническій метритъ—болѣзнь упорная. Оставленная безъ лѣченія, она тянется всю жизнь. Но при терпѣливомъ систематическомъ лѣченіи можно добиться прекрасныхъ результатовъ: матка можетъ уменьшиться настолько, насколько это позволить ей разросшаяся въ ней соединительная ткань, симптомы воспаленія вернутся, но не надолго и не въ сильной степени. Повторенія лѣченія хотя бы не надолго дѣлають эти возвраты все рѣже и рѣже и все въ меньшей и меньшей степени. Если удастся больной забеременѣть, родить и кормить, то нѣкоторыя формы метрита проходятъ при этомъ безслѣдно.

Съ наступленіемъ климактерическаго періода хроническій метритъ идетъ на убыль самъ собой.

Лѣченіе. Профилактика (т.е. предупрежденіе) такой распространенной болѣзни, какъ хроническій метритъ, должна имѣть громадное значеніе въ дѣятельности акушерокъ, подъ наблюденіемъ которыхъ проходитъ подавляющее большинство родовъ.

Если акушерка тщательно и добросовѣстно исполняетъ правила антисептики и асептики во время родовъ, если она въ теченіи 1½—2-хъ мѣсяцевъ послѣ родовъ у некормящихъ слѣдитъ за сокращеніемъ матки и ея правильнымъ положеніемъ, если она устанавливаетъ нормальное кормленіе ребенка грудью матери и если она заставляетъ женщинъ—

ну во-время лѣчить замѣченныя ею неправильности, то она становится истинно полезнымъ дѣятелемъ общества, такъ какъ при этомъ она не только проводитъ благополучно роды, но и сохраняетъ здоровье женщины на ея послѣдующую жизнь.

Профилактическое значеніе имѣетъ также устраненіе неправильностей въ сношеніяхъ, о которыхъ было сказано при разборѣ причинъ хроническаго метрита.

При лѣченіи уже развившагося хроническаго метрита прежде всего нужно стараться удалить тѣ условія, на почвѣ которыхъ онъ развился. При неправильномъ положеніи матки направляютъ лѣченіе въ эту сторону. Если хроническій метритъ развился изъ эндометрита (инфекціоннаго происхожденія), то лѣчатъ сначала эндометритъ. Далѣе устраняютъ неправильности въ сношеніяхъ, лѣчатъ болѣзни внутреннихъ органовъ и пр. Мѣстное лѣченіе хроническаго метрита имѣетъ цѣлью уменьшеніе его главныхъ признаковъ, т.-е. величины матки, степени наполненія ея кровью, чувствительности ея и неправильностей ея консистенціи.

Если матка мягка и велика, то для сокращенія ея и для уменьшенія ея кровонаполненія назначаютъ горячія спринцеванія 2 раза въ день на весьма долгое время, на 6 мѣсяцевъ и болѣе; кромѣ того, съ этою же цѣлью назначаютъ эрготинъ отъ $\frac{1}{2}$ до 1-го г. на пріемъ 2—3 раза въ день.

Но на такое лѣченіе особыхъ надеждъ возлагать нельзя. Гораздо скорѣе и полнѣе даетъ результаты въ этомъ отношеніи массажъ матки съ ихтіоломъ такъ, какъ это описано выше. Особенно скоро получаютъ хорошіе результаты, если передъ нѣкоторыми сеансами массажа производитъ еще скарификаціи, именно тогда, когда замѣчается кровонаполненіе матки. (Признаки кровонаполненія матки: матка особенно увеличена, шейка набухшая, очень чувствительна, при осмотрѣ зеркаломъ темно-краснаго цвѣта.) Скарификаціи дѣлаютъ 1—2 раза въ недѣлю и рѣже, извлекая каждый разъ немного крови (1—2 чайныхъ ложки). Если регулы сильны и болѣзненны, то скарификаціи передъ регулами производятъ иногда поразительный эффектъ.

Съ цѣлью рассасыванія воспалительныхъ продуктовъ (отека и инфильтратовъ, если таковыя имѣются) примѣняются также тампоны изъ іода съ глицериномъ. Массажъ и элек-

тричество также дѣйствуютъ, какъ рассасывающія средства. Если матка велика, плотна и описанные способы лѣченія не достигаютъ желаемыхъ результатовъ, то иногда прибѣгаютъ къ операціи, состоящей въ ампутаціи шейки или въ вырѣзываніи изъ губъ шейки клиновидныхъ кусковъ, такъ какъ замѣчено, что послѣ вырѣзанія хотя малой части матки вся матка значительно уменьшается. Такое лѣченіе примѣнимо тогда, когда шейка велика и весьма наклонна къ приливамъ крови. Вмѣстѣ съ вырѣзываніемъ куска изъ такой шейки вырѣзаются обыкновенно и тѣ многочисленныя вены шейки, которыя служили вмѣстилищемъ приливающей крови.

Общее лѣченіе состоитъ прежде всего изъ ваннъ. Дѣлаютъ сидячія или общія теплыя ванны или простыя, или съ прибавленіемъ соли (морской или крейцнахской по $\frac{1}{2}$ фунта на ведро). Грязевыя ванны въ Ессентукахъ, во Франценбадѣ составляютъ прекрасное, вѣрное средство при лѣченіи хроническаго метрита, особенно, если онъ осложненъ воспаленіемъ трубъ и яичниковъ. Прекраснымъ средствомъ являются также свѣтвыя ванны.

Примѣръ хроническаго воспаленія матки. А. В. Ч.—ва пріѣхала въ Москву лѣчиться съ жалобами: боли во всемъ животѣ и особенно сильныя внизу живота; при хожденіи боли становятся нестерпимыми, доводятъ больную иногда до слезъ; боли подъ ложечкой и головныя боли; все это явилось $3\frac{1}{2}$ года тому назадъ послѣ вторыхъ родовъ; въ теченіе 5-ти послѣднихъ мѣсяцевъ стали появляться кровотеченія, не сильныя, но продолжительныя; во время регулъ возникаетъ значительное кровотеченіе.

Больной 26 лѣтъ. Она родила троихъ, перваго ребенка родила 5 лѣтъ тому назадъ, роды были не трудныя, послѣ родовъ не хворала, кормила. Второго родила 3 года тому назадъ; послѣ этихъ родовъ былъ жаръ до 40° , знобы, дѣлали выполаскиваніе матки, пролежала 2 недѣли. Вслѣдствіе этого заболѣванія ребенка не кормила. Когда встала послѣ болѣзни, то начала чувствовать боль внизу живота, ту же самую, по ея словамъ, которая мучаетъ ее теперь (это указываетъ на причинную связь между настоящею ея болѣзью и послѣродовымъ заболѣваніемъ). Черезъ $3\frac{1}{2}$ мѣсяца послѣ этихъ родовъ, еще больная, т. е. съ болями внизу живота, слабая, опять забеременѣла. Въ теченіе этой третьей беременности чувствовала себя очень плохо. На третьемъ мѣсяцѣ беременности явилось сильное кровотеченіе сгустками, въ теченіе всего четвертаго мѣсяца кровоточила понемногу; во время этихъ кровотеченій не лежала. Боли въ животѣ, пріобрѣтенныя послѣ вторыхъ родовъ, во время этой беременности съ каждымъ днемъ все усиливались, такъ, что въ послѣдній мѣсяць боли доходили до дурноты. Мочиспусканіе было со жженіемъ

и учащено. Первую и вторую беременности она переносила такъ легко, что даже иногда, забывъ о своей беременности, бѣгала, прыгала, и все это проходило безнаказанно. Третьи роды прошли скоро. Въ послѣродовомъ періодѣ было сильное кровотеченіе. Послѣ этихъ родовъ въ теченіе 5-ти дней было повышеніе т° (38—38,5°), встала черезъ 2 недѣли. Черезъ 4 недѣли послѣ родовъ опять появились жаръ, знобы и сильнѣйшая боль внизу живота; доктора, повидимому, находили воспаленіе тазовой брюшины; пролежала 3 недѣли. Послѣ всего этого, помимо боли внизу живота, стала постоянно болѣть то тѣмъ то другимъ; развилось сильное малокровіе, появились невралгическія боли въ груди, появился кашель подозрительнаго характера по отношенію туберкулеза легкихъ; вообще, какъ выражается сама больная, она стала носителницей разныхъ болѣзней. Между тѣмъ какъ до вторыхъ родовъ она отличалась цвѣтущимъ здоровьемъ: такъ, напримѣръ, во время регулъ ей случалось ѣздить верхомъ по 45 верстѣ, и все проходило безъ послѣдствій.

Первыя регулы пришли 13 лѣтъ, установились сразу, ходили по 3 дня черезъ 4 недѣли безъ боли; послѣ замужества регулы ходили такъ же. Послѣ вторыхъ родовъ регулы ходятъ черезъ 4 недѣли по 3 дня, боль внизу живота усиливается, особенно во время хожденія.

Кровотеченій, кромѣ указанныхъ, не было.

Боли внизу живота постоянныя; временами, когда больше лежитъ, боли становятся глуше, часто же очень обостряются. Боли отражаются въ ноги, особенно въ лѣвую, болить часто поясница. Бѣлей нѣтъ и не было. Мочейспусканіе совершается правильно. Часто страдаетъ запорами. Часто бессонница.

Больная до крайней степени истощена, худа, блѣдна; она ходитъ, какъ тѣнь, пошатываясь отъ слабости. Рѣзко выражены малокровіе и нервная слабость. Со стороны органовъ грудной и брюшной полостей ясно обозначенныхъ заболѣваній не опредѣляется.

При наружно-внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи черезъ исхудалыя, истонченныя брюшныя стѣнки съ одной стороны и таковыя же влагалитичныя своды съ другой стороны весьма ясно и легко прощупывается матка увеличенная, довольно плотная и очень чувствительная. Особенное увеличеніе (какъ бы особая припухлость) замѣчается въ шейкѣ матки. Дно матки смотритъ не кпереди, а немного кзади (но до настоящаго наклоненія матки назадъ дѣло не доходитъ). Между дномъ матки и стѣнкой задняго Дугласова пространства прощупывается нѣсколько тяжей, натягивающихся при попыткѣ отодвинуть дно матки болѣе кпереди; это брюшныя сращенія, которыми матка оказывается приращена своимъ дномъ кзади, не на большомъ, правда, пространствѣ.

Итакъ, на ряду съ очень ясно выраженными признаками хроническаго метрита, какъ-то: увеличеніе матки, уплотненіе увеличенной матки и болѣзненность ея, мы должны отмѣтить наличность и хроническаго перитонита, какъ послѣдствіе остраго перитонита, бывшаго черезъ нѣсколько недѣль послѣ третьихъ родовъ.

При выборѣ методовъ лѣченія хроническаго метрита было рѣшено отдать предпочтеніе попыткѣ примѣнить массажъ матки съ ихтіоломъ. Всякій другой способъ, который потребовалъ бы хоть какого-нибудь рас-

хода силъ, какъ-то: ванны или операціи, или даже скарификаціи и т. под., былъ непримѣнимъ въ виду крайняго истощенія силъ больной.

Послѣ того, какъ систематическое измѣреніе температуры показало, что повышенія нѣтъ и что присутствія гноя, по крайней мѣрѣ, свѣжаго опасаться нечего, сдѣланы были осторожныя попытки массажа (съ ихтиоломъ) шейки матки. Послѣ трехъ сеансовъ не только произошло какое-нибудь обостреніе или повышеніе температуры, а, наоборотъ, произошелъ рѣшительный поворотъ къ лучшему: боли въ животѣ стали много лучше, больная стала свободно ходить; затѣмъ отошли въ сторону отраженныя явленія; исчезли боли; на видъ больная стала бодрѣе. Дальнѣйшій массажъ, съ ихтиоломъ всей матки и окружающихъ матку частей, не исключая мѣстъ сращенія брюшины, производился 3—2 раза въ недѣлю. Черезъ мѣсяць боли въ животѣ исчезли; тошноты, головныя боли, боли подъ ложечкой исчезли, угрожающая жизни слабость больной прошла, больная гуляетъ 2 раза въ день, стала полнѣть, свѣжѣть.

До леченія хроническаго метрита приемы желѣза нисколько не помогали, малокровію, теперь же назначеніе молочно-кислаго желѣза по 3 грана 2 раза въ день съ молокомъ дало прекрасные результаты. Укрѣпленіе силъ больной пошло быстрыми шагами, и она черезъ 2 мѣсяца стала чувствовать себя вполне здоровой.

Черезъ 4 года больная явилась опять и заявила, что чувствовала себя очень хорошо. Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ у нея умеръ отецъ, это повліяло на нее такъ сильно, что у нея появилось нервное расстройство. При изслѣдованіи матка не увеличена, положеніе и подвижность ея нормальны, матка при ощупываніи болѣзненна. Больной данъ совѣтъ обратиться къ врачу по нервнымъ болѣзнямъ.

Приведенная исторія болѣзни весьма поучительна во многихъ отношеніяхъ. Во-первыхъ, она показываетъ съ несомнѣнностью, что воспаленіе матки произошло отъ инфекции, происшедшей во время родовъ. Во-вторыхъ, изъ этой исторіи видно, что беременность въ воспаленной маткѣ можетъ развиваться до времени срочныхъ родовъ, но что беременность при этомъ протекаетъ съ болями въ животѣ; причину кровотеченія во время беременности нужно видѣть также въ воспалительномъ пораженіи стѣнокъ матки. Въ-третьихъ, приведенная исторія болѣзни показываетъ, какъ безуспѣшны способы лѣченія малокровія при наличности воспаления матки и какіе блестящіе результаты даютъ приемы простыхъ препаратовъ желѣза послѣ того, какъ воспаление матки уступило лѣченію. Въ-четвертыхъ, изъ исторіи болѣзни видно, какъ благоприятно дѣйствуетъ вообще на нервную систему успѣшное лѣченіе воспаления въ маткѣ и въ ея окружности.

Воспаленіе влагалища. Kolpitis, vaginitis. Кольпитъ, вагинитъ.

Строеніе стѣнокъ влагалища. Стѣнки влагалища состоятъ снаружи изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ съ примѣсью соединительной ткани и эластическихъ волоконъ. Внутри влагалище выстлано оболочкой, которая не вполнѣ правильно называется слизистой, такъ какъ въ ней нѣтъ слизистыхъ железъ. Эта оболочка покрыта внутри многослойнымъ эпителиемъ, который называется еще мостовиднымъ, такъ какъ расположеніе клѣтокъ этого эпителия напоминаетъ выстилку булыжникомъ мостовыхъ. Но сравненіе это не вполнѣ удачно; разница состоитъ въ томъ, что камни булыжника располагаются на песчаной подстилкѣ въ одинъ слой, а клѣтки многослойнаго эпителия—во много слоевъ. Эпителиальный покровъ покоится на соединительнотканной подстилкѣ. Поверхность этой подстилки, если снять многослойный эпителий, оказывается неровной влѣдствіе большого количества сосочкообразныхъ возвышеній. Эти возвышенія въ нормальномъ состояніи лучше сравнить съ кочками, которыя бываютъ на поверхности болотистаго мѣста. Если представить себѣ, что мы на такое кочковатое мѣсто насыплемъ камней булыжника во много слоевъ, такъ, чтобы всѣ кочки были засыпаны выше верхушекъ, то получится расположеніе вещей, напоминающее отношеніе многослойнаго эпителия влагалища къ соединительнотканной подстилкѣ.

Описанныя подъ эпителиальныя соединительнотканныя возвышенія содержатъ въ себѣ кровеносные сосуды. При заболѣваніяхъ эти возвышенія увеличиваются, вытягиваютъ надъ собой многослойный эпителий; получаютъ сосочкообразныя возвышенія на слизистой оболочкѣ влагалища. При очень

сильномъ разрастаніи этихъ соединительнотканныхъ возвышеній получаются разрастанія—кондиломы, о которыхъ будетъ сказано ниже.

Въ верхнихъ частяхъ влагалища, въ сводахъ его, слизистая оболочка расположена ровно и гладко. Въ нижнихъ же частяхъ слизистая оболочка собрана въ складки, которыя расположены поперечно; эти складки болѣе или менѣе рѣзко ощущаются при изслѣдованіи пальцемъ. Въ молодомъ возрастѣ эти складки выражены сильнѣе, въ болѣе зрѣломъ возрастѣ у много разъ рожавшихъ эти складки сглаживаются, ихъ меньше и каждая изъ нихъ выражена слабѣе.

При нормальномъ состояніи полость влагалища, въ которую легко входитъ воздухъ, въ которую попадаютъ разные предметы изъ внѣшняго міра, обильно населена микроорганизмами. Изъ разнаго рода микроорганизмовъ во влагалищѣ особенно охотно размножается одна палочкообразная бактерія, которая по числу своихъ особей и является преобладающей во влагалищѣ, стѣсняя, повидимому, ростъ и развитіе микроорганизмовъ другого рода. Соображеніе это подтверждается опытами такого рода: введемъ во влагалище сильно дѣйствующихъ стрептококковъ; если мы сдѣлаемъ это осторожно, не поцарапаемъ слизистую оболочку, не нарушимъ цѣлости многослойнаго эпителия, то воспаленія влагалища не послѣдуетъ; наоборотъ, стрептококки скоро станутъ менѣе жизннны, менѣе способны возбуждать воспаленіе, а черезъ день, два и совсѣмъ исчезнутъ, уступивъ мѣсто обычному бактеріальному населенію влагалища. Въ этомъ заключается способность влагалища къ самозащитѣ противъ инфекціи. Конечно, въ самозащитѣ противъ инфекціи участвуютъ и другія силы, о которыхъ мы еще не имѣемъ достаточныхъ свѣдѣній. Всѣ подобныя средства защиты дѣйствительны, разумѣется, до извѣстной только степени. Если при проникновеніи во влагалище инфекціонныхъ началъ возникаютъ такія условія, при которыхъ средства самозащиты оказываются недостаточными, то происходитъ воспаленіе влагалища.

Причины воспаленія влагалища. Инфекціонныя начала, причиняющія воспаленія влагалища, могутъ быть внесены въ него при сношеніи (преимущественно гонококкъ), при

онанизмъ, при изслѣдованіи, при оперативныхъ вмѣшательствахъ, при введеніи во влагалище колець, тампоновъ и пр.

Также вызываетъ воспаленіе влагалища присутствіе въ немъ разнаго рода инородныхъ тѣлъ, попадающихъ туда при самыхъ разнообразныхъ обстоятельствахъ; такъ, находили во влагалищѣ игольники, карандаши, катушки, морковь, редиску, перечницу и даже стаканы. Всѣ эти предметы попадали во влагалище, повидимому, при онанированіи. Иногда инородныя тѣла вводятся насильно или съ цѣлью мести или истязанія; при такихъ условіяхъ вводились во влагалище еловыя шишки, куски пакли, яичная скорлупа и даже въ одномъ случаѣ былъ введенъ бильярдный шаръ.

Всякое инородное тѣло, даже не инфицированное, можетъ вызвать при своемъ пребываніи во влагалищѣ воспаленіе. Пористыя, мягкія тѣла, какъ-то: ватные тампоны, марля, губки, которыя впитываютъ въ себя отдѣляемое, быстро загниваютъ во влагалищѣ: черезъ сутки, двое они начинаютъ издавать сильное зловоніе, изъ влагалища начинается выдѣляться грязная жидкость съ ѣдкимъ противнымъ запахомъ; при дальнѣйшемъ пребываніи этихъ тѣлъ, подъ вліяніемъ раздражающаго вліянія гніющихъ массъ, возникаетъ воспаленіе влагалища, такъ какъ при этихъ условіяхъ инфекция не заставляетъ себя долго ждать. Предметы съ гладкою поверхностью, легкіе и чистые, какъ, напримѣръ, целлюлоидныя или алюминіевыя кольца, могутъ долго оставаться во влагалищѣ безъ всякаго вреда; но съ теченіемъ времени на поверхности ихъ происходитъ отложеніе кристалловъ солей, они становятся шероховатыми; подъ вліяніемъ тренія ихъ шероховатой поверхности происходитъ слущеніе многослойнаго эпителия, ссадины и затѣмъ воспаленіе влагалища. Съ гуттаперчевыми кольцами отложеніе солей происходитъ скорѣе.

Воспаленіе влагалища происходитъ при обильныхъ злокачественныхъ истеченіяхъ изъ матки, какъ при ракахъ матки, разлагающихся фибромахъ и пр. При введеніи во влагалище сильно прижигающихъ веществъ, вредящихъ цѣлости эпителия, какъ-то: сильнаго раствора ляписа, хлористаго цинка, кислотъ, слѣдуетъ воспаленіе. Также происходитъ воспаленіе влагалища при спринцеваніи крѣпкими растворами карболовой кислоты, сулемы и пр. Если для сприн-

цеванія употребляются и не очень крѣпкіе растворы, но спринцуются этими растворами часто, долго, настойчиво, то вызывается хроническое воспаленіе влагалища.

Измѣненія слизистой оболочки влагалища при воспаленіи ея.

Если дѣло идетъ объ обыкновенномъ катарральномъ воспаленіи влагалища, то при разсматриваніи зеркаломъ слизистая оболочка представляется покраснѣвшей, набухшей, покрытой отдѣляемымъ жидкимъ, гноевиднымъ или творожистымъ. Если это отдѣляемое счистить ватой (на корнцангѣ), то выступаютъ подробности картины воспаленія, при чемъ оказывается, что краснота и припухлость бываютъ или разлитыми по всей поверхности слизистой, или же только участками большей или меньшей величины; иногда на общемъ фонѣ нѣкотораго покраснѣнія выступаютъ особо красныя точки; это—припухшіе воспаленные сосочки; если такихъ кусочковъ много, то воспаленно мѣсто имѣетъ зернистый видъ, что отмѣчается не только глазомъ, но и пальцемъ при ощупываніи.

Иногда, кромѣ красноты и припухлости, происходятъ налеты въ видѣ сѣроватыхъ пленокъ. Иногда эти пленки легко снимаются, послѣ чего остаются лишь покраснѣвшія мѣста (крупозное воспаленіе влагалища); иногда же оказывается, что сѣрые налеты плотно сидятъ и сняты быть не могутъ; по ихъ отпаденіи образуются глубокія язвенныя поверхности; послѣдствіемъ такого, какъ его называютъ, дифтеритическаго воспаленія влагалища остаются рубцы на стѣнкѣ влагалища, могущіе вызвать суженіе влагалища.

Острое воспаленіе влагалища, если затягивается надолго, то переходитъ въ хроническое. При этомъ стѣнки влагалища оказываются припухшими, слизистая имѣетъ темно-красный цвѣтъ, иногда съ сѣроватымъ оттѣнкомъ, на слизистой оболочкѣ видно отдѣляемое, часто въ видѣ свертковъ творожистыхъ массъ; наощупь хронически воспаленная стѣнка влагалища представляется оплотнѣвшей, огрубѣвшей, и если воспаленіе коснулось большого количества сосочковъ, которые при хроническомъ воспаленіи также оплотнѣваютъ, то слизистая представляется наощупь жестко-шероховатой. Если въ основаніи хроническаго воспаленія влагалища заложена гонококковая инфекция, то нерѣдко образуются на сли-

зистой оболочкѣ остроконечныя кондиломы; это—разрастанія въ видѣ цвѣтной капусты, величиной отъ зерна до наперстка и болѣе, бѣловатаго цвѣта, во множествѣ разсыпанныя по слизистой оболочкѣ.

Нужно отмѣтить еще особый видъ старческаго кольпита, бывающаго послѣ наступленія климактерическаго періода. Онъ появляется въ видѣ склеекъ стѣнокъ влагалища между собой; эти склейки легко разрушаются при изслѣдованіи пальцемъ. Иногда такой кольпитъ не даетъ никакихъ симптомовъ; если же онъ сопровождается образованіемъ ссадинъ, которыя при этомъ бываютъ обычно въ сводахъ около атрофированной влагалищной части, то происходятъ тягостныя упорныя бѣли.

Симптомы воспаленія влагалища заключаются главнымъ образомъ въ истеченіяхъ, которыя на языкѣ больныхъ называются просто бѣлями. Бѣли—слизисто-гнойныя, чистогнойныя, при существованіи разлагающихся инородныхъ тѣлъ—жидкія, вонючія; при сильномъ воспаленіи къ бѣлямъ примѣшивается нѣкоторое количество крови. Истеченія изъ влагалища могутъ вызвать чувство жженія, зуда въ наружныхъ половыхъ органахъ. Также можетъ возникнуть болѣзненность мочеиспусканія, особенно при трипперномъ воспаленіи, когда нерѣдко поражается и мочеиспускательный каналъ. При остромъ катаррѣ влагалища могутъ быть болѣзненны введеніе наконечника при спринцеваніи, пальца при изслѣдованіи; можетъ быть невозможно сношеніе вслѣдствіе болѣзненности.

При воспаленіяхъ, вызванныхъ дифтеритической, стрептококковой инфекціями, происходитъ повышеніе температуры.

Распознаваніе кольпитовъ опредѣляется находженіемъ вышеописанныхъ измѣненій на стѣнкѣ влагалища при ея осмотрѣ.

Лѣченіе. При лѣченіи нужно прежде всего удалить вызывающую причину. Если есть инородныя тѣла, то удалить ихъ; если есть мочеваыя фистулы, то ихъ зашить; если есть распадающіеся ракъ матки или фиброма, то удалить ихъ; если воспаленіе произошло вслѣдствіе инфекціи гонококками при сношеніи съ мужчиной, больнымъ трипперомъ, то прекратить сношенія до выздоровленія какъ больной женщины, такъ и больного мужчины.

Послѣ удаленія разлагающагося инороднаго тѣла нужно примѣнять нѣкоторое время спринцеваніе растворами или сулемы, или карболовой кислоты, или лизоля, или марганцевокислаго кали.

При остромъ трипперномъ воспаленіи въ первое время лучше всего воздержаться отъ всякаго мѣстнаго лѣченія; ибо при спринцеваніи, при введеніи тампоновъ, зеркаль, зондовъ и пр. инфекция или распространяется на матку, или заходитъ глубоко въ стѣнки влагалища, или же можетъ попасть черезъ лимфатическіе и кровеносные сосуды въ общій токъ крови. Лѣченіе должно состоять въ покойномъ положеніи, лучше лежащемъ, въ воздержаніи отъ спиртныхъ напитковъ, отъ сношеній, въ соблюденіи легкой діеты, лучше всего молочной. Очень полезными оказываются приемы санталоваго масла (по 10—15 капель 2 раза въ день). Изъ мѣстныхъ способовъ наиболѣе бережливымъ является впусканіе во влагалище 5—10% раствора ляписа или 10% раствора протаргола; очень удобно дѣлать эти впусканія посредствомъ шприца Брауна, наконечникъ котораго вводится во влагалище прямо безъ зеркала. Изъ спринцеваній лучше всего дѣйствуютъ при гонококковомъ воспаленіи растворъ сулемы 1 на 1000.

При хроническомъ воспаленіи лѣченіе нужно начинать съ самой тщательной промывки влагалища водой съ мыломъ марлей, намотанной на палецъ; мыть нужно, какъ передъ операцией. При мытьѣ удаляются скопленія слизи, отдѣляемаго, эпителиальные свертки и пр.; послѣ этого всякое лѣкарство, наносимое на слизистую оболочку влагалища, дѣйствуетъ вѣрнѣе, лучше. Такъ, если послѣ предварительной промывки протереть стѣнки влагалища 2%—5% растворомъ ляписа, то въ большинствѣ случаевъ происходитъ перемена къ лучшему, т. е. катарральныя явленія начинаютъ быстро уменьшаться. Нужно замѣтить, что иногда послѣ промывки и смазыванія ляписомъ происходитъ въ первые дни какъ бы ухудшеніе: бѣли усиливаются, но затѣмъ черезъ 3—4 дня наступаетъ улучшеніе. Спринцеваніе съ сулемой послѣ промывки дѣйствуетъ также успѣшнѣе, чѣмъ безъ промывки.

При вагинитѣ старухъ, если есть бѣли, то смазываніе стѣнокъ влагалища ватой на корнцангѣ, смоченной 5% растворомъ ляписа, дѣйствуетъ въ большинствѣ случаевъ пре-

красно. Если есть краснота въ наружномъ отверстіи матки или около него, то можно впускать въ шейку растворъ ляписа посредствомъ шприца Брауна, введя его наконечникъ въ самое начало шейнаго канала. Вообще при вагинитахъ назначаютъ еще вяжущія спринцеванія. Назначаютъ также тампоны съ танниномъ и глицериномъ, ихтіоломъ и глицериномъ (1 ч. на 4 ч.).

Воспаленіе наружныхъ половыхъ органовъ. Вульвитъ. Vulvitis.

Нечистое содержаніе наружныхъ половыхъ органовъ, особенно во время менструацій, истеченія изъ внутреннихъ органовъ, мочевыя и каловыя фистулы, ушибы, порѣзы, онализмъ, акты изнасилованія, неловкія бурныя сношенія—все это можетъ вызвать въ легкихъ случаяхъ простое покраснѣніе наружныхъ половыхъ органовъ (эритему); въ болѣе серьезныхъ случаяхъ, особенно, когда присоединяется кака-нибудь инфекція, всѣ эти моменты вызываютъ настоящее воспаленіе наружныхъ половыхъ органовъ. Изъ инфекціи самая частая, конечно, трипперная, которая даетъ на ряду съ прочими явленіями воспаленія во влагалищѣ и на шейкѣ матки также и явленія воспаленія наружныхъ половыхъ частей.

Уже при первомъ взглядѣ вся вульва при остромъ воспаленіи представляется покраснѣвшей; при раздвиганіи большихъ губъ внутренняя ихъ сторона, малыя губы и слизистая оболочка входа влагалища представляются покраснѣвшими, припухшими, сильно увлажненными серозно-гнойнымъ или гнойнымъ, или кровянисто-гнойнымъ отдѣляемымъ; при трипперномъ воспаленіи, если пораженъ и мочеиспускательный каналъ, то изъ его отверстія выдѣляется гной отъ легкаго надавливанія пальцемъ на мочеиспускательный каналъ со стороны влагалища. При прониканіи воспаленія въ мѣстныя сальныя железы картина воспаленія осложняется присутствіемъ чирьевъ. При прониканіи воспаленія еще глубже, т.е. въ подкожную клетчатку, мо-

жетъ образоваться воспаленіе клѣтчатки большихъ губъ и нарывы.

При трипперномъ воспаленіи наружныхъ половыхъ органовъ воспаленіе проникаетъ въ Бартолиневы железы, поражаетъ или выводные ихъ протоки, или же самую железу.

При воспаленіи Бартолиневой железы послѣдняя быстро и сильно опухаетъ до величины куриного яйца, покровы больной губы напрягаются, самая губа настолько опухаетъ, что закрываетъ собою входъ влагалище и смѣщаетъ половую расщелину съ середины въ сторону, противоположную заболѣвшей железн; больная испытываетъ сильныя острыя боли, не можетъ двигать ногой одноименной стороны.

Нужно отмѣтить, что бываютъ случаи воспаленія наружныхъ половыхъ органовъ у дѣвочекъ очень ранняго возраста. Бактеріологическія изслѣдованія весьма часто устанавливаютъ — увы! — гонококковый характеръ воспаленія. Инфекція наносится, повидимому, руками ухаживающаго персонала или переносится отъ прачекъ на бѣльѣ.

При воспаленіи наружныхъ половыхъ частей больныя чувствуютъ мѣстное жженіе, иногда зудъ, имъ больно ходить; при пораженіи мочеиспускательнаго канала — частый позывъ на мочу, мочеиспусканіе сопровождается сильнымъ чувствомъ жженія, боли.

Воспаленіе наружныхъ половыхъ органовъ можетъ скоро проходить безъ всякихъ слѣдовъ, но можетъ затянуться и перейти въ хроническую форму. Тогда острыя явленія стихаютъ, боли, жженіе, неловкость при ходьбѣ исчезаютъ, опуханіе уменьшается, общая краснота проходитъ, остаются только мѣстами красныя пятна; послѣ триппернаго воспаленія очень часто остаются надолго точечная краснота на мѣстѣ отверстія протоковъ Бартолиневыхъ железъ, т. е. на границѣ двухъ третей верхнихъ и одной трети нижней внутренней стороны большихъ губъ. Кромѣ того, при трипперномъ затянувшемся воспаленіи могутъ произойти сосочковыя разрастанія въ видѣ цвѣтной капусты разной величины, отъ булавочной головки до размѣровъ куриного яйца (остроконечныя кондиломы).

Распознаваніе воспаленія наружныхъ половыхъ органовъ устанавливается легко при ихъ осмотрѣ. Можетъ случиться, что придется отличать описанныя формы воспаленія отъ

сифилитического поражения наружных половых органов и отъ мягкаго шанкра. Но объ отличительномъ распознаваніи въ этомъ отношеніи мы распространяться не будемъ.

Лѣченіе вульвита состоитъ прежде всего въ наведеніи особой чистоты. Тщательное промываніе водой съ мыломъ должно предшествовать всякому лѣченію. При воспаленіи инфекціоннаго характера послѣ промыванія водой съ мыломъ нужно обмывать дезинфецирующими растворами, лучше всего растворомъ сулемы 1 на 1000. Далѣе, примѣняютъ обмыванія вяжущими растворами (растворами танина, квасцовъ, уксуснокислаго свинца) или же примочками съ этими растворами; особенно хорошо иногда помогаютъ такія примочки, охлажденныя льдомъ. Если воспаленіе случилось у полныхъ особъ, у которыхъ въ жаркое время года наружныя половыя части подопрѣваютъ, то нужно совѣтовать закладывать между большими губами полоски ваты. На особо покраснѣвшія мѣста можно наносить посредствомъ комочка ваты 5% растворъ ляписа. Иногда примѣняютъ цинковую мазь, бѣлую ртутную мазь. Одновременно съ этимъ при остромъ воспаленіи нужно укладывать больныхъ и совѣтовать легкую діету.

Если есть острые кондиломы, то можно избавить отъ нихъ большую присыпкой, состоящей изъ 1 части резорцина и 2 частей кристаллической борной кислоты.

При бартолинитѣ, если нѣтъ зыбленія,—горячія припарки; при первомъ же намекѣ на зыбленіе—разрѣзъ для vypусканія гноя. При трипперномъ воспаленіи полезно употребленіе внутрь санталоваго масла по 10 кап. 2—3 раза въ день.

Зудъ наружныхъ половыхъ частей.

Pruritus.

Чувство зуда, болѣе или менѣе тягостное, является въ большинствѣ случаевъ, какъ симптомъ при воспаленіи на наружныхъ половыхъ частяхъ. Въ этомъ, помимо всего прочаго, достаточно убѣждаютъ тѣ успѣхи, которые часто дости-

гактєя противовоспалительнымъ лѣченіемъ въ тѣхъ случаяхъ, когда больныя являются съ жалобами на зудъ на наружныхъ половыхъ органахъ. Достаточно хорошенько промыть наружные половые органы водой съ мыломъ и затѣмъ протереть 5% растворомъ ляписа зудящія мѣста или примѣнить примочку изъ 3% раствора карболовой кислоты, какъ зудъ стихаетъ, а при повтореніи такого лѣченія проходить.

Затѣмъ зудъ является при раздраженіи наружныхъ половыхъ частей, какъ уже было сказано, ѣдкими истеченіями изъ внутреннихъ половыхъ органовъ при заболѣваніяхъ влагалища и матки. По устраненіи этихъ заболѣваній зудъ проходитъ.

Но если бы всѣ случаи зуда наружныхъ половыхъ органовъ зависѣли только отъ этихъ причинъ, то о немъ и не слѣдовало бы говорить подъ отдѣльнымъ заглавіемъ. Заставляетъ же это сдѣлать существованіе такихъ случаевъ, когда при мучительномъ чувствѣ зуда на наружныхъ половыхъ частяхъ не можетъ быть и рѣчи о воспаленіи и когда никакое притивовоспалительное лѣченіе не помогаетъ.

Такъ, напримѣръ, бываютъ случаи зуда наружныхъ половыхъ органовъ при сахарномъ мочеизнуреніи. Поэтому при жалобахъ на зудъ наружныхъ половыхъ органовъ, когда воспалительныхъ измѣненій не отмѣчается, нужно изслѣдовать мочу на присутствіе сахара. Если таковой окажется, то можно не примѣнять никакого мѣстнаго лѣченія; все вниманіе должно быть обращено на ту діету, которая назначается врачомъ при сахарномъ мочеизнуреніи, потому что только установленная врачомъ діета и лѣченіе основной болѣзни можетъ устранить чувство зуда.

Бываютъ еще случаи зуда наружныхъ половыхъ частей, зависящіе лишь отъ заболѣванія нервной системы. Въ этихъ случаяхъ ощущеніе зуда часто появляется припадками и такими сильными, что больная, гдѣ бы ее ни засталъ припадокъ, не можетъ удержаться отъ того, чтобы не расчесывать половыя части. Иногда эти припадки наступаютъ послѣ какихъ-нибудь душевныхъ волненій, послѣ употребленія спиртныхъ напитковъ, при позывахъ къ сношенію, при ночныхъ поллюціяхъ. Если зудъ—на почвѣ расстройства нервной системы, то лѣченіе направляется въ эту сторону; помимо возможнаго устраненія причинъ, вызывающихъ

общее расстройство нервной системы, помимо діетическаго и климатическаго лѣченія, назначаютъ такимъ больнымъ для временной помощи бромъ, хлораль-гидратъ съ атропиномъ, кромѣ того, назначаютъ лѣченіе холодными примочками, холодными сидячими ваннами. Иногда мѣстно помогаютъ примочки изъ раствора кокаина въ глицеринѣ (1 на 10). Если замѣчаются отдѣльные участки на кожѣ и на слизистой оболочкѣ, которые вызываютъ при дотрогиваніи до нихъ чувство зуда, и если обычное лѣченіе не помогаетъ, то оперативнымъ путемъ удаляются эти участки.

Пороки развитія матки.

Знаніе исторіи развитія половыхъ органовъ женскаго зародыша, хотя бы даже самое поверхностное, даетъ ключъ къ пониманію многочисленныхъ пороковъ и недостатковъ развитія полового аппарата женщины, встрѣчающихся очень часто и имѣющихъ какъ научное, такъ и общественное значеніе.

У зародыша женскаго пола на восьмой недѣлѣ на задней стѣнкѣ брюшной полости по сторонамъ позвоночника помѣщаются продольно два парныхъ органа, имѣющихъ форму нитей. Въ нижней части брюшной полости каждая изъ этихъ нитей направляется къ средней линіи, ложится рядомъ со своей парой позади мочевого пузыря, чтобы впоследствии слиться другъ съ другомъ въ одинъ тяжъ (рис. 29). Эти органы, носящіе названіе Миллеровыхъ нитей, составляютъ основаніе, изъ котораго развиваются Фаллопьевы трубы, матка и влагалище. Изъ неслившихся верхнихъ частей образуются Фаллопьевы трубы, какъ парный органъ, а изъ слившихся — матка и влагалище, органы не парные, одиночные (см. рис. 29).

Образованіе матки и влагалища происходитъ слѣдующимъ образомъ. Такъ какъ Миллеровы нити къ восьми недѣлямъ зародышевой жизни внутри полы, т.-е. образуютъ изъ себя каналцы, то тотъ тяжъ, который образуется изъ слиянія Миллеровыхъ нитей, содержитъ въ себѣ два канала, раздѣ-

ленные между собою перегородкою. При дальнѣйшемъ ростѣ зародыша перегородка начинаетъ мало-по-малу исчезать, такъ что наконецъ, образуется одна полость канала, изъ котораго образуются матка и влагалище. У зародыша женскаго пола на пятомъ мѣсяцѣ матка въ верхнемъ своемъ отдѣлѣ представляется еще расщепленною, состоящею изъ двухъ такъ называемыхъ роговъ матки, которые переходятъ въ Фаллопиевы трубы.

Дальнѣйшій ростъ зародышевой матки и утолщеніе стѣ-



Рис. 29. Внутренніе половые органы женскаго зародыша: 2—зачатокъ яичника; 4—Миллерова нить; 7—зачатокъ матки; 5—зачатокъ влагалища.

нокъ ея сосредоточивается главнымъ образомъ въ шейной части, при чемъ тѣло матки отстаетъ въ развитіи, такъ что у новорожденной дѣвочки шейка матки длиннѣе тѣла, стѣнки ея толще, плотнѣе. Кромѣ того, у новорожденныхъ замѣчается значительный загибъ впередъ тѣла матки, особенно на мѣстѣ перехода тѣла въ шейку. Почти въ такомъ состояніи матка остается все дѣтство до наступленія половой зрѣлости, т.-е. до 13—16 лѣтъ; съ этого времени матка начинаетъ быстро доразвиваться. Теперь уже тѣло матки усиленно растетъ во всѣхъ размѣрахъ, перерастаетъ шейку, загибъ впередъ сглаживается, вся матка какъ бы расправляется;

одновременно съ этимъ доразвивается и слизистая оболочка матки, она становится толще вслѣдствіе обильнаго развитія въ ней железъ. При такомъ развитіи матки начинаются менструаціи.

Всѣ наблюдаемые пороки развитія внутреннихъ половыхъ органовъ находятъ себѣ точное объясненіе въ ихъ исторіи развитія. Такъ, если Миллеровы нити у зародыша не сливаются между собою и не образуется описаннаго тяжа и если эти Миллеровы нити продолжаютъ расти и развивать изъ себя матку и влагалище, то получаются двѣ раздѣльныхъ матки, т.-е. такъ называемая двураздѣльная матка (*uterus didelphys*), которая имѣетъ видъ двухъ однорогихъ матокъ. Влагалище при этомъ или двойное, или его не существуетъ. Между двумя матками обыкновенно помѣщаются кишки.

Кромѣ того, неслившіяся Миллеровы нити могутъ совсѣмъ не развиваться, не расти, тогда получится отсутствіе внутреннихъ половыхъ органовъ.

Описанные пороки развитія встрѣчаются крайне рѣдко, почти только у нежизнеспособныхъ плодовъ, имѣющихъ другіе пороки развитія.

Далѣе, нижніе концы Миллеровыхъ нитей, долженствующіе срастись и слиться между собою, чтобы образовать одну матку и одно влагалище, могутъ срастись не вполне, или если они и срастутся, то перегородка между ними можетъ не исчезнуть; въ первомъ случаѣ получится *двурогая* матка, а во второмъ — *двулостная*.

Двурогая матка (*uterus bicornis*).

Въ этомъ случаѣ дѣло заключается въ томъ, что верхняя часть концовъ Миллеровыхъ нитей, долженствующихъ срастись, не срастается; получается, такимъ образомъ, при окончательномъ образованіи матки типъ порока развитія подъ названіемъ *двурогой матки* (*uterus bicornis*, рис. 30), со всѣми разнообразіями второстепенныхъ формъ этого порока развитія. Такая матка не имѣетъ въ верхней своей части анатомически правильнаго дна, а раздѣлена на два рога; отъ конца каждаго рога отходитъ по Фаллопиевой трубѣ. Эти рога могутъ быть болѣе или менѣе рѣзко выражены и сли-

ваться между собою на большей или меньшей высотѣ. Если они сливаются высоко у дна, то получается слабо выраженная двурогость матки, лишь со вдавленіемъ въ днѣ (uterus arcuatus, рис. 30). При сильно выраженной двурогости рога сливаются около шейки на уровнѣ внутренняго отверстия.

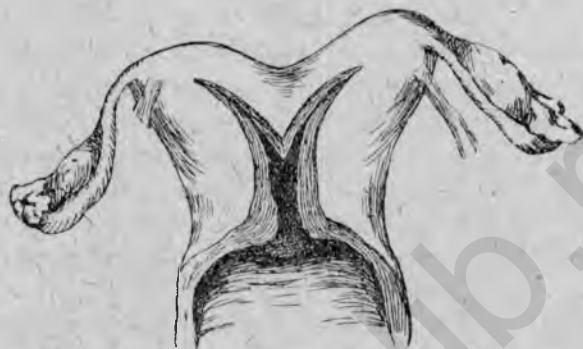


Рис. 30. Двурогая матка.

При этомъ можетъ быть одна шейка съ одиночнымъ каналомъ (*одношейная двурогая матка*, uterus bicornis unicollis), или же шейка матки и ея каналъ могутъ быть болѣе или менѣе раздвоенными; или же можетъ быть два раздѣльныхъ канала шейки и два наружныхъ отверстія (uterus bicornis bicollis, *двурогая двушейная матка*). Рѣдко оба рога развиты одинаково, чаще одинъ рогъ развитъ больше другого.

Менструація, если оба рога развиты одинаково хорошо, происходитъ изъ обоихъ роговъ сразу. Если двурогость сильно выражена и рога развиты не одинаково, то каждый рогъ можетъ жить своей собственной жизнью и менструировать порознь, не одновременно, почему менструаціи появляются черезъ неправильные промежутки и разнаго характера.

Беременность происходитъ обыкновенно въ одномъ изъ роговъ матки, при чемъ также и другой рогъ увеличивается. Роды могутъ происходить вполнѣ правильно. Но часто замѣчаются *косыя* и *поперечныя* положенія плода, особенно при *стѣлообразномъ вдавленіи дна* (uterus arcuatus).