

# ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГІЯ.

ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

А. Н. Соловьева.

Приватъ-доцента акушерства и женскихъ больнѣй при Московскомъ Университетѣ, консультанта по гинекологіи при Павловской больницѣ, дѣйствительнаго члена хирургическаго, физико-медицинскаго и Московскаго медицинскаго Общества въ Москвѣ и члена гинекологическаго Общества въ Бостонѣ.

ОТДѢЛЪ ПЕРВЫЙ.

Съ 122 рисунками въ текстѣ.

**МОСКВА.**

Товарищество «Печатня С. П. Яковлева». Петровка, Салтыковскій пер., № 9.

**1885.**

# ОГЛАВЛЕНІЕ.

Предисловіе . . . . . VII

## ОТДѢЛЪ ПЕРВЫЙ.

### ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

	<i>Стр.</i>
Обшія замѣчанія относительно изслѣдованія половыхъ органовъ женщины . . . . .	1
Глава первая.	
А) Столы и кресла для изслѣдованія . . . . .	2
В) Освѣтительные аппараты . . . . .	9
Глава вторая.	
А) Изслѣдованіе живота . . . . .	11
В) Изслѣдованіе черезъ влагалище . . . . .	12
С) Изслѣдованіе черезъ прямую кишку . . . . .	17
Глава третья.	
Изслѣдованіе зеркаломъ . . . . .	19
Глава четвертая.	
Низведеніе матки . . . . .	37
Глава пятая.	
Зондированіе матки (hystero-metria) . . . . .	40
Глава шестая.	
Внутриматочныя зеркала . . . . .	46
Глава седьмая.	
Расширеніе канала маточной шейки:	
а) безкровное расширеніе . . . . .	47
б) кровавое расширеніе . . . . .	60
Глава восьмая.	
Катетеризація и изслѣдованіе мочевого пузыря . . . . .	65
Способы введенія катетера . . . . .	66
Промываніе пузыря . . . . .	68
Изслѣдованіе мочевого пузыря пальцемъ . . . . .	69
Манометрія и эндоскопія . . . . .	71

## ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

	Стр.
<b>Глава первая.</b>	
Спринцеваніе во влагалище . . . . .	72
<b>Глава вторая.</b>	
Тампонація рукава . . . . .	84
<b>Глава третья.</b>	
Примѣненіе лекарственныхъ веществъ въ видѣ суппозиторіевъ или шариковъ.	89
<b>Глава четвертая.</b>	
Прижиганіе влагалищной химическими веществами . . . . .	90
<b>Глава пятая.</b>	
Сильно прижигающія средства:	
a) Caustica Liquida . . . . .	93
b) Caustica Solida . . . . .	94
<b>Глава шестая.</b>	
Прижиганіе каменнымъ желѣзомъ . . . . .	96
<b>Глава седьмая.</b>	
Мѣстныя кровозвлеченія . . . . .	103
<b>Глава восьмая.</b>	
О введеніи лекарственныхъ веществъ въ полость матки:	
a) Вырскиванія въ полость матки . . . . .	106
b) Введеніе лекарственныхъ веществъ въ твердомъ видѣ . . . . .	120
c) Введеніе въ тѣстообразномъ видѣ . . . . .	123
<b>Глава девятая.</b>	
Выдѣлскиваніе полости матки . . . . .	125
Постоянныя ирригаціи . . . . .	128
<b>Глава десятая.</b>	
Выскабливаніе матки abrasio . . . . .	129
<b>Глава одиннадцатая.</b>	
Паренхиматозныя вырскиванія въ ткань матки . . . . .	134
<b>Глава двѣнадцатая.</b>	
Примѣненіе электричества . . . . .	135
<b>Глава тринадцатая.</b>	
Пессаріи:	
a) при выпаденіяхъ матки . . . . .	139
b) при перегибахъ и наклоненіяхъ . . . . .	142
c) внутриматочныя пессаріи . . . . .	148

## ПРЕДИСЛОВІЕ.

Въ иностранной литературѣ существуетъ нѣсколько учебниковъ по оперативной гинекологіи. Такъ въ нѣмецкой литературѣ справедливо пользуется большимъ распространеніемъ руководство Hegar'a и Kaltenbach'a, переведенное и на русскій языкъ; во французской — въ 1878 году появился подобный же учебникъ Leblond подъ заглавіемъ: *Traité élémentaire de Chirurgie gynaeckologique*; наконецъ въ англійской литературѣ имѣется руководство къ малымъ гинекологическимъ операціямъ — Munde.

Предлагаемымъ руководствомъ, въ частности его первымъ отдѣломъ, мы выполняемъ уже нѣсколько лѣтъ тому назадъ зародившуюся мысль издать такое руководство оперативной гинекологіи, которое могло бы служить врачу-практику въ видѣ справочной книги относительно способовъ леченія болѣзней женскихъ половыхъ органовъ.

Раздѣленію руководства на два отдѣла послужили съ одной стороны невозможность приготовить въ короткій срокъ рисунки къ большимъ операціямъ, составляющимъ предметъ втораго отдѣла и съ другой стороны извѣстная законченность перваго отдѣла, составляющаго само по себѣ отдѣльное цѣлое.

Въ этомъ первомъ отдѣлѣ найдетъ указанія врачъ, ве занимающійся гинекологіей вообще и операціями на женскихъ половыхъ органахъ въ частности, но который, въ

силу необходимости, долженъ подавать помощь больнымъ до обращенія ихъ къ специалисту.

Чтобъ избѣжать повтореній, намъ пришлось въ одномъ мѣстѣ измѣнить планъ и изложить способъ кроваваго расширения въ первой части перваго отдѣла, которому мѣсто должно быть во второмъ.

Выходъ втораго выпуска не замедлитъ появленіемъ, такъ какъ рукопись почти готова и дѣло остановилось за рисунками.

Выпуская въ свѣтъ предлагаемое руководство какъ первую попытку такого рода изданій въ отечественной литературѣ, мы сознаемъ, что вѣроятно найдутся промахи и недостатки и потому съ благодарностью примемъ всякое указаніе, сдѣланное съ цѣлью пополненія или освѣщенія того или другаго вопроса.

Рисунки къ руководству любезно предоставлены А. И. Гамбургеромъ (имѣющимъ магазинъ и фабрику хирургическихъ инструментовъ подъ фирмою «О. Швабе»), почему и считаю для себя пріятнымъ долгомъ принести ему здѣсь мою искреннюю благодарность.

Москва,  
5-го октября 1885 г.

# ОТДѢЛЪ I.

## ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

### Общія замѣчанія относительно изслѣдованія женскихъ половыхъ органовъ (*exploratio genitalium*).

Изслѣдованіемъ половыхъ органовъ женщины врачъ получаетъ данныя относительно различныхъ формъ ихъ заболѣванія.

Этому мѣстному изслѣдованію необходимо предпосылать общее для того, чтобъ уже прежде составить себѣ понятіе о присутствіи или отсутствіи заболѣванія другихъ органовъ. Получивши эти данныя изъ разспросовъ больной и общаго, по обыкновеннымъ правиламъ, изслѣдованія, врачъ приступаетъ къ мѣстному изслѣдованію.

Показанія къ мѣстному изслѣдованію получаютъ врачемъ или изъ разспросовъ больной, указывающей прямо на мѣсто заболѣванія или же въ тѣхъ случаяхъ, когда таковыхъ указаний нѣтъ и при общемъ изслѣдованіи не получилось никакихъ данныхъ, могущихъ служить къ выясненію тѣхъ болѣзненныхъ симптомовъ, которые служатъ предметомъ жалобъ со стороны больной.

Когда больная приходитъ за совѣтомъ къ врачу, то лучше всего поступать такъ:

Для того, чтобъ осмотрѣть грудь, врачъ предлагаетъ больной растегнуть лифъ платья, снять корсетъ, если таковой имѣется и производитъ выстукиваніе и выслушиваніе груд-

ныхъ органовъ, предварительно осмотрѣвши слизистыя оболочки глазъ, рта и шейныя желѣзы. При этомъ должно обращать вниманіе на состояніе грудныхъ желѣзъ, какъ органовъ, дѣятельность которыхъ находится въ тѣсной физиологической связи съ дѣятельностью половой сферы. Когда этотъ осмотръ оконченъ, то больная развизываетъ тесьмы отъ платья, юбокъ, кальсонъ и ложится на кровать, диванъ или особо приспособленный для изслѣдованія столъ или кресло. Юбки опускаются книзу, сорочка поднимается кверху и врачъ приступаетъ къ изслѣдованію обнаженнаго живота. Послѣ осмотра его покрововъ, выстукиванія, выслушиванія и пальпации врачъ уже приступаетъ къ изслѣдованію половыхъ органовъ. Этимъ порядкомъ изслѣдованія больная мало по малу свыкается съ врачомъ и когда онъ приступаетъ къ послѣдному изслѣдованію, то она дѣлается болѣе или менѣе покойною.

Никогда при этомъ послѣднемъ изслѣдованіи врачъ не долженъ придавать ему особаго значенія и всегда приступать къ нему какъ къ обыкновенному осмотру; при этомъ онъ долженъ щадить чувство стыдливости женщины.

## ГЛАВА ПЕРВАЯ.

Какъ уже выше сказано, для эксплораціи половой сферы больная ложится на диванъ, кровать или специально устроенный для изслѣдованія столъ или кресло. Положеніе больной при этомъ должно быть такимъ, чтобъ половые органы ея были обращены къ свѣту.

Если изслѣдованіе производится на диванѣ или кровати, то подъ крестецъ больной подкладывается, для большаго удобства, жесткая подушка; ложится больная на послѣднюю такимъ образомъ, чтобъ крестецъ нѣсколько выдавался впереди края подушки.

### А) Столы и кресла для изслѣдованія.

Самымъ простымъ типомъ стола для изслѣдованія будетъ служить продолговатый столъ, на подобіе ломбернаго. Доска

его распиливается поперечно на двѣ неодинаковой длины половины, которыя соединяются между собою петлями: одна меньшая половина неподвижна, а вторая большая может подниматься кверху и фиксироваться посредствомъ какихъ-либо зубчатыхъ приспособленийъ на любой высотѣ поднятія. Столъ покрывается матрацомъ. При изслѣдованіи больная садится на край неподвижной половины стола и опирается спиною на нѣсколько приподнятую большую его половину. Для того, чтобъ удерживать ноги, подъ матрацъ можно вдвинуть концы двухъ дощечекъ съ расходящимися наружными концами, а чтобъ лечь на столъ, больная становится на приставленный къ нему стулъ или скамейку.

Этотъ простой типъ стола можетъ быть различнымъ образомъ видоизмѣняемъ.



Рис. 1.

Такъ напримѣръ рисунокъ 1-й представляетъ столъ для изслѣдованія Veigel'я. Доска стола (рис. 2) раздѣлена на три части, изъ которыхъ средняя можетъ быть приподнимаема при обыкновенномъ изслѣдованіи и опускаема при операціяхъ: впереди стола приставляется лѣстница для вхожденія больной.



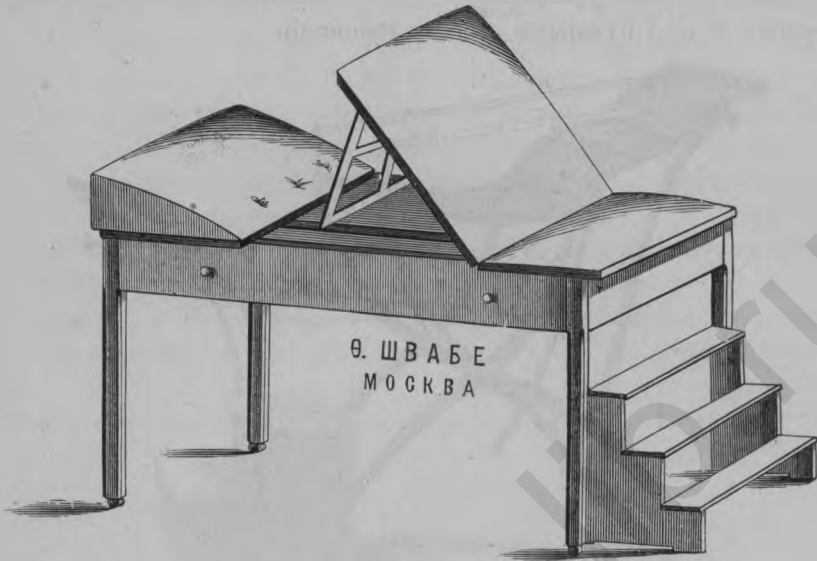


Рис. 2.

Къ этому же типу столовъ относится столъ Gaillard'a (рис. 3),

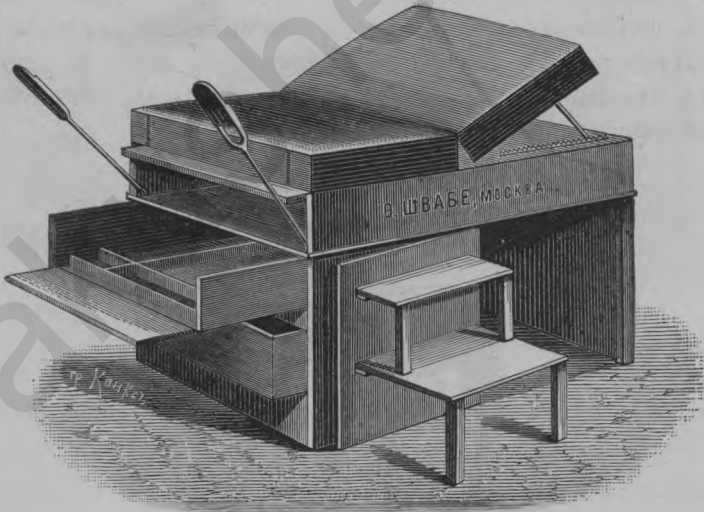


Рис. 3.

который снабженъ лѣстницею для вхожденія и различными

ящиками для инструментовъ и другихъ принадлежностей (ваты, губокъ и пр.) нужныхъ при изслѣдованіи.

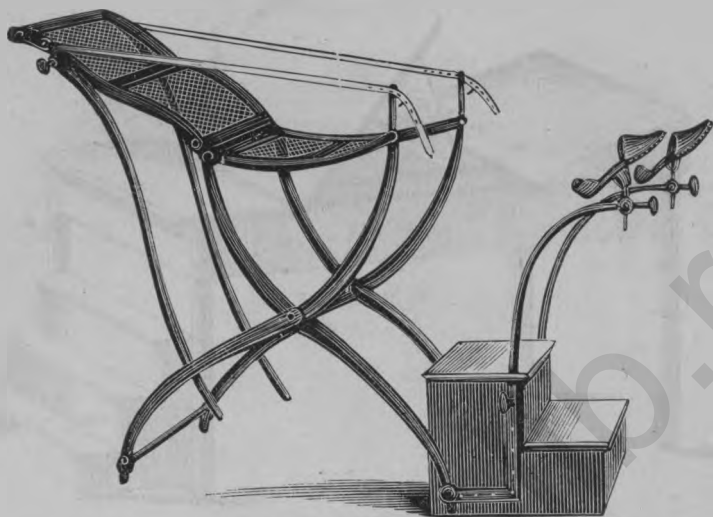


Рис. 4.

Что касается до кресла для изслѣдованія, то сюда относится деревянное кресло Майера (рис. 4), могущее складываться, снабженное лѣстницею и помѣщеніемъ для ногъ. При посредствѣ ремней, служащихъ вмѣстѣ съ тѣмъ и ручками кресла, спинка его можетъ быть фиксирована на той или другой высотѣ ея поднятія.



Рис. 5.

Кресло Sims'a представлено въ обыкновенномъ его видѣ на рис. 5; при раскрытїи же, какъ видно на рис. 6, оно можетъ служить столомъ и для операций.

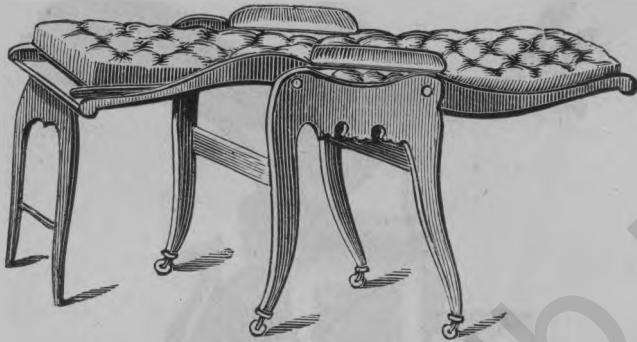


Рис. 6.

На рисункѣ 7-мъ изображено обыкновенное вольтеровское



Рис. 7.

кресло, которое при поворотѣ спинки назадъ (рис. 8) и вы-

двиганіи помѣщенія для ногъ, какъ это показываетъ рисунокъ,

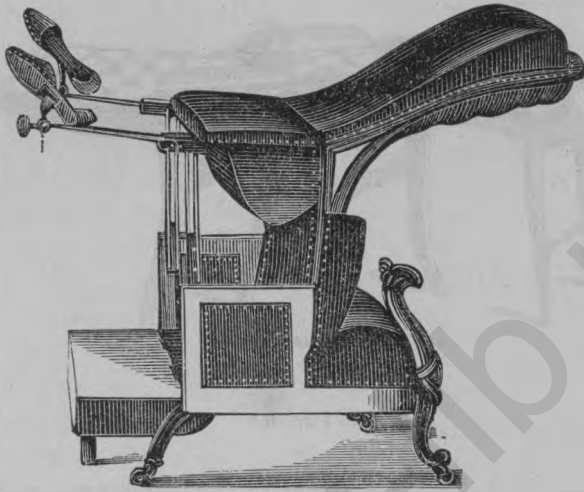


Рис. 8.

превращается въ столъ для изслѣдованія. Спереди внизу можно видѣть выдвижной ящикъ для необходимыхъ при эксплораціи инструментовъ и другихъ принадлежностей.

Типъ этихъ кресель можетъ быть приспособленъ и для операций, какъ это видно изъ предлагаемаго рисунка 9-го, кресла Швабе, въ раскинутомъ его состояніи, представленномъ на рис. 10.



Рис. 9 и 10.

По мѣрѣ того, какъ антисептической методъ завоевывалъ себѣ все большія и большія права гражданства, рядомъ съ этимъ началось изобрѣтеніе операционныхъ столовъ, приспособленныхъ

къ тому, чтобъ можно было проводить принципъ листеризаціи во всей его чистотѣ. Въ этомъ отношеніи какъ на приспособленіе къ этому принципу можно указать на металлическій столъ Швабе, устроенный по мысли Заяицкаго (рис. 9). Хотя столъ этотъ предназначенъ для операціи, но онъ можетъ быть примѣняемъ и при обыкновенномъ изслѣдованіи, для чего

рамка, устроенная въ срединѣ стола, можетъ быть приподнимаема и фиксируема на известной высотѣ ея поднятія. Сбоку, около задняго конца стола, придѣлана кружка для ирригаціонной жидкости; отъ кружки спускается металлическая трубка, продолженіе которой идетъ вдоль стола сбоку и наконецъ соединяется своимъ концомъ съ наконечникомъ, посредствомъ мягкой гуттаперчевой трубки. Впереди стола имѣется фарфоровый тазъ для воспріятія орошающей жидкости, которая затѣмъ стекаетъ по трубкѣ въ подставленное подъ столомъ ведро.

Здѣсь перечислены главные типы столовъ



Рис. 11.

и кресель для изслѣдованія, частныхъ же видоизмѣненій можетъ быть и дѣйствительно существуетъ очень много.

Вообще столъ и кресло для изслѣдованія должны удовлетворять слѣдующимъ условіямъ:

1. Чтобъ онъ былъ соотвѣтственной высоты, т. е. чтобъ при изслѣдованіи или операціи врачъ могъ дѣйствовать не утомляя себя, для чего столъ или кресло могутъ быть устроены такъ, чтобъ ихъ можно было приподнимать и опускать и затѣмъ фиксировать на извѣстной высотѣ.

2. Онъ долженъ быть сдѣланъ изъ прочнаго матерьяла и не качаться.

3. Ширина его не должна превышать 60 см.

4. Онъ долженъ быть покрытъ какою-либо матеріей, которую можно обмывать; въ противномъ случаѣ положенный на него матрацъ должно покрывать клеенкою.

5. Онъ долженъ быть снабженъ ящикомъ, въ которомъ помѣщаются необходимыя при изслѣдованіи инструменты и другія принадлежности, какъ-то: вата, губки, готовые тампоны и проч.

### В) Освѣтительные аппараты.

Какъ уже выше сказано, женщина при изслѣдованіи ложится половыми частями къ свѣту, т. е. къ огню, если же изслѣдованіе производится вечеромъ, то примѣняютъ искусственное освѣщеніе.

Самымъ простымъ освѣтительнымъ аппаратомъ будетъ служить зажженный стеариновый огарокъ, на который надѣвается рефлекторъ (рис. 12). Однако неприкрытый ничѣмъ огонь можетъ при нѣкоторой неловкости повести къ большой опасности, особенно если при изслѣдованіи употребляются какія либо легко воспламеняющіяся вещества, какъ напр. вата.

Съ цѣлью предупредить опасность, придуманы различные освѣтительные аппа-

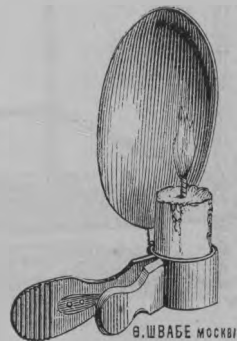


Рис. 12.

раты, изъ которыхъ къ числу наиболѣе удобныхъ принадле-  
житъ лампа Collin (рис. 13). Нижняя часть представляетъ изъ  
себя резервуаръ, въ которомъ помѣщается губка, смоченная  
горючею жидкостью, напр. керосиномъ и т. д. Посредствомъ  
винта внутри идущей отъ резерву-  
ара кверху трубки движется вверхъ  
или внизъ фитиль, пропитанный тою  
же жидкостью. Одинъ конецъ фити-  
ля опущенъ въ резервуаръ, а дру-  
гой входитъ въ цилиндръ постав-  
ленный въ поперечномъ къ трубкѣ  
направленіи. Одинъ конецъ этого  
цилиндра глухой и на внутренней  
поверхности снабженъ рефлекто-  
ромъ, а къ другому открытому при-  
винчивается двояковыпуклое стекло,  
сконцентрировывающее въ извѣст-  
номъ фокусѣ лучи свѣта.—Для того,  
чтобъ освѣщеніе было болѣе нор-  
мальнымъ, одна половина этого дво-  
яковыпуклаго стекла синяго цвѣта.

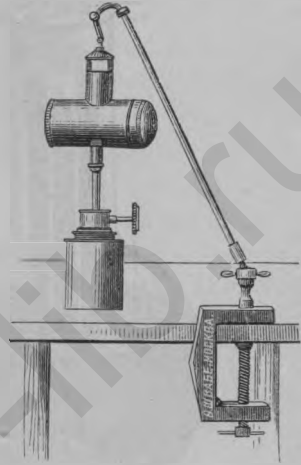


Рис. 13.

На рисункѣ лампа представлена прикрѣпленною къ столу.

Электрическій освѣтительный аппаратъ (рис. 14) Швабе  
состоитъ изъ гуттаперчеваго цилиндра съ рукояткою, кото-  
рая снабжена пуговкою изъ слоновой кости, служащею для  
замыканія тока. На концѣ трубки находится лампа Эдиссона,  
укрѣпленная къ проводникамъ, проходящимъ внутри трубки.  
Проводники эти переходятъ въ обыкновенные шнуры, упо-  
требляемые для примѣненія электрическаго тока и соединя-  
ются съ элементами Grenet'a. Лампа Эдиссона въ случаѣ  
порчи легко замѣняется новою.

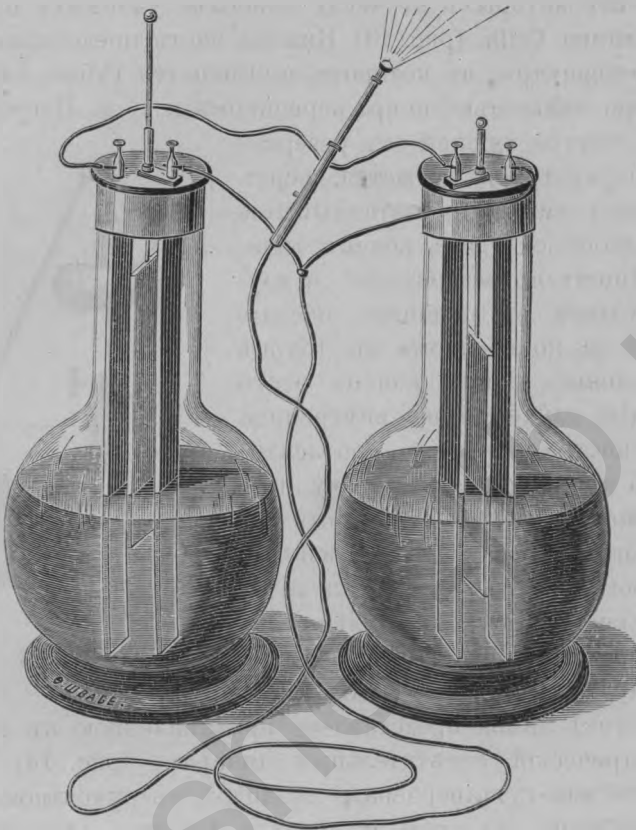


Рис. 14.

## ГЛАВА ВТОРАЯ.

### А) Изслѣдованіе живота.

Послѣ описанія различныхъ приспособленій приступимъ къ описанію самаго гинекологическаго изслѣдованія, начиная съ изслѣдованія живота.

Когда больная легла на спину, брюшные покровы обнажены, то врачъ приступаетъ къ осмотру, постукиванію, ощупыванію и выслушиванію живота.



Осмотромъ онъ убѣждается въ присутствіи и отсутствіи рубцовъ на животѣ, какъ результата беременности, окраскѣ этихъ рубцовъ въ тотъ или другой цвѣтъ, степени ослабленія или напряженности брюшныхъ стѣнокъ, степени вздутія или впалости ихъ. Постукиваніемъ и ощупываніемъ покрововъ живота онъ убѣждается въ присутствіи или отсутствіи заболѣваній брюшныхъ органовъ, опухолей, мѣсто-нахожденія, подвижности и болѣзненности ихъ; присутствіи или отсутствіи водянки, метеоризма, болѣзненности въ томъ или другомъ мѣстѣ брюшной полости. При ощупываніи живота врачъ производитъ болѣе или менѣе сильное давленіе на нижнюю часть живота, по возможности глубже въ полость таза и отмѣчаетъ полученныя здѣсь данныя. Въ случаѣ присутствія опухоли врачъ опредѣляетъ ея происхожденіе и если она исходитъ изъ тазовой полости, то производитъ выслушивание ея относительно сердцебіеній плода, маточныхъ шумовъ, передачи чрезъ ея стѣнки пульсаціи аорты.

### **В) Изслѣдованіе пальцемъ чрезъ влагалище (*exploratio per vaginam*).**

Изслѣдованіе пальцемъ (*toucher*) можетъ быть производимо въ различныхъ положеніяхъ больной, а именно въ положеніи на спинѣ, на боку, въ колынолоктевомъ (*à la vache*), въ колыногрудномъ и стоячемъ положеніяхъ.

Весьма желательно, чтобъ передъ изслѣдованіемъ прямая кишка и мочевоі пузырь были пусты.

Самое удобное и наичаще примѣняемое при обыкновенномъ изслѣдованіи есть положеніе больной на спинѣ.

Больная ложится *на спину* съ крестцомъ, покояющимся на краѣ подушки или стола. Ослабленіе напряженія брюшныхъ стѣнокъ достигается сгибаніемъ колѣнъ и приподнятіемъ тазовища изслѣдуемой женщины. Врачъ становится съ лѣвой стороны больной, если изслѣдуетъ пальцемъ лѣвой руки и наоборотъ. Если же онъ становится впереди половыхъ органовъ, то изслѣдованіе можетъ быть производимо безразлично тою или другою рукою. Лучше если врачъ пріучитъ себя из-

слѣдовать одинаково обѣими руками. Кожа пальца лѣвой руки обыкновенно чувствительнѣе и потому изслѣдованіе ею представляетъ нѣкоторыя преимущества, если дѣло идетъ о при-мѣненіи болѣе тонкаго осязанія.

Если изслѣдованіе производится помощію только пальцевъ, введенныхъ во влагалище, то оно носитъ названіе *простаго изслѣдованія* или *дигитальнаго*; если же оно производится помощію обѣихъ рукъ, то оно носитъ названіе *соединеннаго*.

Передъ изслѣдованіемъ врачъ долженъ вымыть руки и при-томъ если онѣ холодны, то согрѣть ихъ въ теплой водѣ.

Прежде введенія палецъ смазывается какимъ либо масломъ, вазелиномъ или концентрированнымъ глицериномъ. Въ настоя-щее время для этого обыкновенно употребляются дезинфе-цированные 2—3% карболоизованные смѣси сказанныхъ ве-ществъ. Въ крайнемъ случаѣ можно для этого употребить мыло, т. е. обмакнувши палецъ въ воду, провести имъ нѣ-сколько разъ по куску мыла, что дѣлаетъ поверхность его скользкою.

Смазанный такимъ образомъ указательный палецъ (а въ случаѣ надобности указательный и средній) вводится во вла-галище или послѣ предварительнаго осмотра наружныхъ половыхъ частей или безъ обнаженія ихъ.

Въ послѣднемъ случаѣ подъ простынею или подъ юбками платья врачъ проходитъ рукою между бедрами больной, ста-новить указательный палецъ лучевою его стороною на про-межность, причемъ опознательною точкою будетъ служить уг-лубленіе между ягодицами; затѣмъ тою же стороною указа-тельнаго пальца скользнуть кверху или впередъ по промеж-ности ко входу въ рукавъ; достигши послѣдняго, палецъ вводится въ его отверстіе и слегка упираясь теперь локтевою стороною указательнаго пальца въ заднюю стѣнку рукава, проводится все выше и выше, пока не достигнетъ влагаллищ-ной части матки.

По мѣрѣ того, какъ палецъ подвигается кверху отъ входа, средній, безымянный и мизинецъ складываются въ кулакъ и упираются въ промежность или же сказанные три пальца кла-дуться ладонною своею поверхностью подъ крестецъ; этотъ послѣдній способъ выгоднѣе въ томъ отношеніи, что указа-

тельный палец может быть введенъ нѣсколько глубже, чѣмъ при первомъ способѣ. Большой палецъ при этомъ кладется своею локтевою стороною на паховую складку той или другой стороны, смотря потому, которою рукою производится изслѣдованіе: если оно производится лѣвою рукою, то на лѣвую паховую складку и наоборотъ.

По пути къ влагалищной части врачъ убѣждается посредствомъ осязанія въ тѣхъ или другіхъ свойствахъ слизистой оболочки входа и стѣнокъ влагалища, окружающихъ его тканей, боковыхъ стѣнокъ таза, а также въ состояніи стѣнокъ мочевого пузыря и прямой кишки.

Безъ специальныхъ показаній, врачъ никогда не долженъ касаться клитора и строго придерживатьея вышеуказаннаго мѣста для большого пальца въ паховой области.

Когда указательный палецъ достигъ влагалищной части, то изслѣдующій врачъ получаетъ данныя относительно свойствъ ея тканей, плотности, величины, гладкости ея поверхности, формы наружнаго отверстія, присутствія или отсутствія полипозныхъ разраженій, подвижности ея и т. д. и затѣмъ переходитъ къ сводамъ, обводя ихъ пальцемъ вокругъ влагалищной части.

Послѣ этого или одновременно съ ощупываніемъ сводовъ, врачъ прибѣгаетъ къ помощи другой руки, т. е. къ *соединенному изслѣдованію* (рис. 15). Помощію этого послѣдняго онъ получаетъ данныя относительно положенія, величины, формы, подвижности матки: опредѣляетъ присутствіе или отсутствіе опухолей, какъ въ самой маткѣ, такъ въ окружности и придаткахъ ея.

При этомъ лучше всего поступать такъ, чтобъ въ каждомъ изслѣдуемомъ отдѣлѣ стараться сводить пальцы изслѣдующихъ рукъ и затѣмъ производить ими движенія въ противоположномъ другъ къ другу или одностороннемъ направленіяхъ. Такъ, для того, чтобъ получить свѣдѣнія относительно степени подвижности матки, палецъ, введенный въ рукавъ, упирается во влагалищную часть, а пальцами другой руки отыскиваютъ дно матки; попеременнымъ движеніемъ захваченной такимъ образомъ матки кверху и книзу можно получить понятіе о степени ея подвижности сверху внизъ и обратно, а

отодвиганіемъ дна и влагалищной части въ стороны о степени ея боковой подвижности. Далѣе, при изслѣдованіи напримѣръ передняго свода, стараются сблизить концы пальцевъ обѣихъ рукъ между собою; если положеніе матки нормально, то, при не наполненномъ мочевомъ пузырьѣ, обыкновенно дно и тѣло ея попадаютъ между пальцами, какъ это видно на рисунокѣ 15; если же пальцы обѣихъ рукъ сходятся здѣсь между собою и концы ихъ раздѣляютъ только ткани свода рукава и брюшныхъ стѣнокъ съ случайно попадающими петлями кишки, легко при этомъ сдавливающихъ, то врачъ производитъ тѣмъ же путемъ изслѣдованіе задняго свода, причемъ

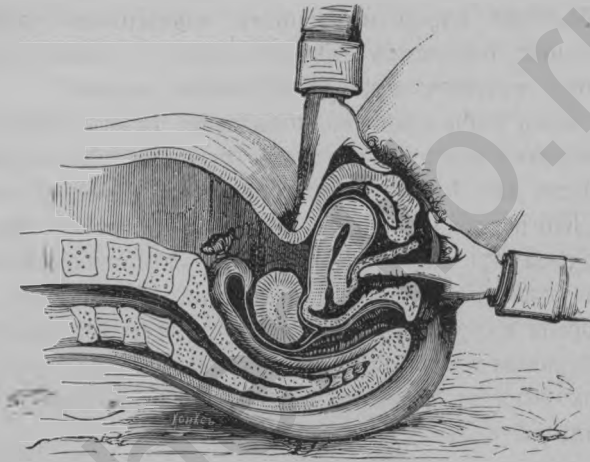


Рис. 15.

конецъ указательнаго пальца упираетъ въ задній сводъ, а пальцами другой глубоко надавливаетъ на брюшныя стѣнки по направленію къ заднему своду и если тѣло матки перегнуто или наклонено назадъ, то дно ея прощупывается между пальцами. Въ этотъ же самый моментъ врачъ убѣждается не фиксирована ли матка здѣсь приращеніями, для чего старается вывести ее изъ ненормальнаго положенія, приподнимая пальцемъ дно ея кверху, а другою рукою стараясь захватить дно съ задней его поверхности.

Также поступаютъ и при изслѣдованіи боковыхъ сводовъ, перенося пальцы въ ту или другую сторону и получая такимъ образомъ данныя относительно состоянія широкихъ связокъ, яичниковъ, фаллопиевыхъ трубъ.

При сужденіи о величинѣ матки и встрѣчающихся опухолей нужно всегда имѣть въ виду толщину брюшныхъ стѣнокъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, напримѣръ при сильной чувствительности или гиперстезіи половыхъ частей, при судорожныхъ сокращеніяхъ брюшныхъ мышцъ и т. д. можно прибѣгнуть для производства этого изслѣдованія къ хлороформированію больной.

Изъ всего вышензложеннаго слѣдуетъ, что простымъ изслѣдованіемъ можно получить данныя только относительно состоянія влагалища, окружающихъ его частей, влагалищной части матки и внутреннихъ стѣнокъ таза. При изслѣдованіи же тѣла и дна матки и окружающихъ ее частей всегда требуется соединенное изслѣдованіе.

Изслѣдованіе дѣвицъ и женщинъ при цѣлости дѣвственной плевы въ большинствѣ случаевъ возможно, такъ какъ отверстіе *hymenis* только въ рѣдкихъ случаяхъ настолько мало и не растяжимо, что не пропускаетъ пальца. Проведеніе пальца при этомъ должно быть медленнымъ и осторожнымъ, дабы не произвести разрыва *hymenis* и если таковая опасность представляется, то лучше приступить къ изслѣдованію *per rectum*, о чемъ рѣчь будетъ ниже.

При изслѣдованіи больной въ боковомъ положеніи (рис. 16),

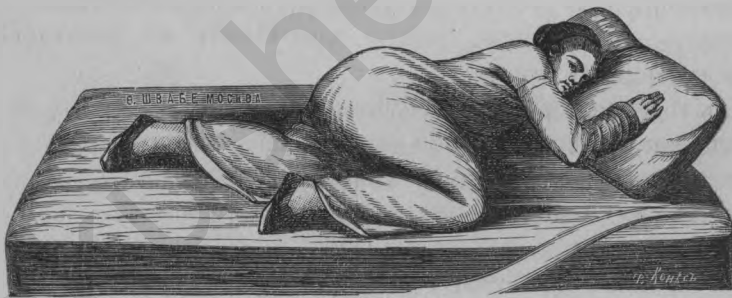


Рис. 16.

врачъ становится позади больной и производитъ его какъ и при положеніи ея на спинѣ. Соединенное изслѣдованіе при этомъ хотя и возможно, но положительно неудобно.

При изслѣдованіи въ стоячемъ положеніи больныя становятся съ нѣсколькими раздвинутыми бедрами спиною къ стѣнѣ, столу и т. д. и удерживаются за что нибудь руками. Врачъ становится на одно колѣно и производитъ дигитальное изслѣдованіе.

Наконецъ что касается *кольноволоктевого* и *кольновогруднаго* положеній больной, то онѣ примѣняются крайне рѣдко при обыкновенномъ изслѣдованіи, какъ напримѣръ для опредѣленія подвижности опухолей при перемѣнахъ положенія больной. Чаще всего изслѣдованіе въ этомъ положеніи производится при осмотрѣ и лѣченіи пузырновлагалищныхъ фистулъ. Соединенное изслѣдованіе здѣсь производится такимъ образомъ, что врачъ становится позади больной, вводитъ одинъ палецъ во влагалище, а пальцы другой руки, проводимой между нѣсколько раздвинутыми бедрами больной, кладетъ ладонными поверхностями на низъ живота женщины.

### **С) Изслѣдованіе черезъ прямую кишку (*exploratio per rectum*).**

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ напримѣръ при суженіи и заращеніи рукава, при неподатливости или маломъ отверстіи въ дѣвственной плевѣ или при какихъ либо другихъ обстоятельствахъ, когда изслѣдованіе *per vaginam* не даетъ совершенно ясныхъ указаній относительно найденныхъ явленій, напримѣръ при различнаго рода опухоляхъ, исходящихъ изъ полости малаго таза, можно прибѣгнуть къ изслѣдованію черезъ прямую кишку.

Изслѣдованіе *per rectum* производится, по тѣмъ же правиламъ, какъ и изслѣдованіе *per vaginam*, только указательный палецъ изслѣдующей руки вводится не въ рукавъ, а въ прямую кишку. Влагалищная часть матки при этомъ прощупывается черезъ соединенный стѣнки прямой кишки и влагалища. При нормальномъ состояніи послѣднихъ и нѣкоторомъ навикѣ *officium externum* прощупывается легко. Соединенное изслѣдованіе при этомъ даетъ почти тѣже результаты, какъ таковое же изслѣдованіе черезъ влагалище.

Въ общемъ должно однако замѣтить, что способъ этотъ неприятенъ для больной и часто очень болѣзненъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ изслѣдованію *per rectum* по способу Simon'a, который состоитъ во введеніи въ прямую кишку половины или всей руки. Это изслѣдованіе производится всегда при глубокомъ наркозѣ больной.

Прямая кишка предварительно очищается большим клистиромъ изъ воды. При положеніи больной на спину, съ высокоподнятыми бедрами, операторъ вводитъ хорошо смазанные масломъ или жиромъ сначала два, потомъ четыре пальца черезъ sphincter ani въ прямую кишку. Если необходимо введеніе всей руки, то проводится и большой палецъ. При благоприятныхъ условіяхъ можно провести руку до пястного сочлененія.

Растяженіе отверстія задняго прохода можетъ быть произведено безкровно до 25 см. въ его окружности. Если же при этомъ является опасность разрыва тканей отъ напряженія краевъ отверстія ani, то лучше сдѣлать надрѣзы ихъ пугочатымъ бистуреемъ въ бока или одинъ болѣе глубокій разрѣзъ по garhe, причемъ разрѣзывается сжимающая мышца (sphincter ani externum). Обыкновенно эти разрѣзы впоследствии быстро заживаютъ, хотя на болѣе глубокій разрѣзъ по garhe всегда слѣдуетъ наложить одинъ или два шва, смотря по его величинѣ. При введеніи руки въ прямую кишку врачъ всегда долженъ помнить о присутствіи Ligamenti semilun. Douglasii, которая образуетъ съ lig. rectouterinum полукругъ, ниже уровня котораго лежитъ мѣшокъ брюшины глубиною въ 4—5 см. При изслѣдованіи верхней трети прямой кишки нужно быть вообще крайне осторожнымъ, дабы не порвать лежащихъ тамъ сосудовъ и не повредить тканей, тѣмъ болѣе, что брюшина здѣсь легко отдѣляется отъ подлежащей клетчатки.

Къ изслѣдованію per rectum половиною или всею рукою должно прибѣгать только въ исключительныхъ случаяхъ и во всякомъ случаѣ предупреждать больную, что втеченіе нѣсколькихъ дней она не будетъ, можетъ быть, въ состояніи удерживать кала.

Въ моей практикѣ этотъ способъ никогда не далъ болѣе того для выясненія болѣзни, что можетъ дать обыкновенное изслѣдованіе per vaginam.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при изслѣдованіи задней стѣнки рукава можно примѣнить изслѣдованіе указательными пальцами обѣихъ рукъ, при чемъ *одинъ палецъ вводится въ прямую кишку, а другой въ рукавъ*. Это изслѣдованіе иногда можетъ принести большую пользу для уясненія на примѣрѣ вопроса о мѣстѣ найденной, позади влагалищной стѣнки, опухоли.

## ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

### Исслѣдованіе зеркаломъ.

Зеркало, *speculum, dioptra*, представляетъ изъ себя инструментъ, предназначенный для изслѣдованія помощію зрѣнія внутренней поверхности рукава, влагалищной части матки, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и канала маточной шейки вблизи *orificii externi uteri*. Кромѣ того зеркало примѣняется и съ оперативными цѣлями на этихъ частяхъ.

Принципъ, лежащій въ основаніи устройства зеркала, состоитъ въ раздвиганіи имъ стѣнокъ влагалища и въ достиженіи однимъ концомъ инструмента сводовъ рукава, причемъ влагалищная часть попадаетъ въ отверстіе этого конца; въ то же время изслѣдующій врачъ черезъ отверстіе другого наружнаго конца инструмента осматриваетъ и опредѣляетъ свойства, обнажающихся, при введеніи зеркала, стѣнокъ рукава и влагалищной части.

Честь введенія зеркала въ гинекологическую практику принадлежитъ французскому врачу *Recamier* (1818). Инструментъ впервые предложенный имъ состоитъ изъ металлической, слегка *конусовидной трубки*, длиною около 15 см.; маточный конецъ зеркала, предназначенный для введенія во влагалище, равняется 4 см., а противоположный, наружный, служащій для осмотра, 5 см. Обѣ поверхности трубокъ хорошо отполированы. Большая ширина отверстія наружнаго конца придана для болѣе сильнаго освѣщенія осматриваемыхъ частей.

*Способъ введенія.* При введеніи наружныя стѣнки зеркала хорошо смазываются масломъ, жиромъ или глицериномъ; врачъ становится сбоку или впереди лежащей на спинѣ больной; указательнымъ и среднимъ пальцами одной руки раздвигаетъ большія и малыя губы; пальцами другой руки беретъ зеркало и вводитъ болѣе узкимъ маточнымъ концомъ во входъ влагалища. При проведеніи черезъ входъ конца инструмента часто встрѣчается препятствіе со стороны сжимающихъ входъ мышцъ. Обыкновенно это препятствіе легко побѣждается легкими



ротаторными движеніями зеркала; только въ крайности приходится прибѣгать здѣсь къ болѣе или менѣе значительному насилию: вообще нужно стараться по возможности менѣе причинять этимъ боли изслѣдуемой женщинѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ препятствіе это можетъ быть побѣждено приподнятіемъ наружнаго конца инструмента кверху и постепенно усиливающимся отдавливаніемъ промежности книзу и кзади краемъ маточнаго конца инструмента. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вагинизма при безусловномъ показаніи ко введенію зеркала приходится прибѣгнуть къ наркотизаціи больной хлороформомъ.

Когда маточный конецъ зеркала прошелъ черезъ входъ, то дальнѣйшее его проведеніе обыкновенно не встрѣчаетъ препятствія; при этомъ онъ проводится далѣе, слѣдуя направленію оси влагалища т. е. сначала наружный конецъ его поднимается кверху, а затѣмъ по мѣрѣ придвиганія его впередъ опускается постепенно книзу.

При нѣкоторомъ навыкѣ влагалищная часть обыкновенно сразу попадаетъ въ отверстіе маточнаго конца зеркала. Въ другихъ же, правда, рѣдкихъ случаяхъ приходится не разъ выдвигать инструментъ нѣсколько назадъ, подвигать его впередъ, производя въ тоже время маятникообразныя движенія кверху, книзу и въ бока прежде чѣмъ достигнуть цѣли т. е. установки влагалищной части въ отверстіе зеркала.

Зеркало Resamier въ послѣдствіи получило одно весьма важное приспособленіе, сдѣлавшее введеніе его менѣе болѣзненнымъ. Какъ видно на рисункѣ 17 оно снабжено мандриномъ, закругленный конецъ котораго выдается изъ маточнаго конца зеркала. Инструментъ вводится въ закрытомъ его состояніи, причемъ зеркало захватывается рукою такимъ образомъ, чтобъ конусообразное окончаніе мандрина не выдвигалось назадъ, для чего его удерживаютъ

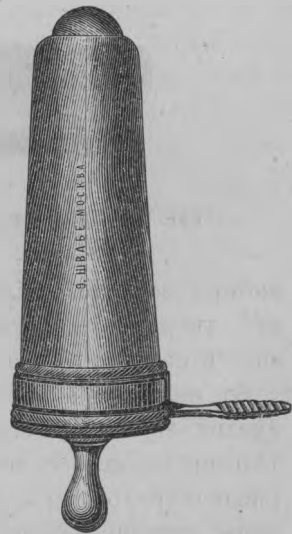


Рис. 17. Зеркало Resamier.

большимъ пальцемъ съ наружнаго конца. Когда зеркало введено во влагалище, то мандринъ извлекается и дальнѣйшія дѣйствія при отыскиваніи влагалищной части матки производятся такимъ же образомъ какъ и съ предъидущимъ зеркаломъ. Неудобство его состоитъ въ томъ, что во время проведенія зеркала кверху нельзя осматривать слизистую оболочку влагалища, что конечно можно сдѣлать при его обратномъ выведеніи.

Затѣмъ зеркало стало претерпѣвать дальнѣйшія измѣненія какъ относительно формы, такъ и матерьяла его приготовленія, смотря по различію преслѣдуемыхъ при этомъ цѣлей.

Такъ, съ цѣлями лѣченія, прижиганія влагалищной части матки калѣнымъ желѣзомъ стали дѣлать зеркала изъ дерева, слоновой кости, твердаго каучука, какъ плохихъ проводниковъ тепла. Затѣмъ матерьяломъ для приготовленія зеркаль стало служить стекло и одно время были въ большомъ употребленіи зеркала изъ молочнаго стекла.

Что касается формы, то вмѣсто конусообразной имъ стали придавать *цилиндрическую форму*. На рисункѣ 18 изображень

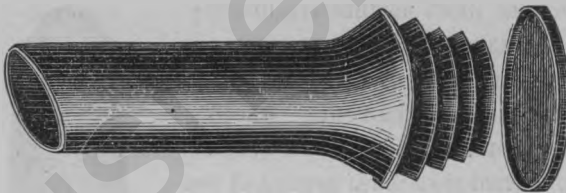


Рис. 18. Наборъ цилиндрическихъ зеркаль изъ твердаго каучука.

наборъ зеркаль различной величины, цилиндрической формы изъ твердаго каучука. Крышка служитъ для удержанія зеркаль и надвѣвается на широкій конецъ самаго толстаго зеркала.

Въ настоящее время громаднымъ распространениемъ пользуется зеркало Fergusson'a.

Оно представляетъ изъ себя, различной толщины и величины, стеклянную, цилиндрической формы, трубку (рис.19), сначала нартученную, а за-



Рис. 19. Зеркало Fergusson'a.

тѣмъ покрытую слоемъ каучука на своей наружной поверхности. Внутренняя поверхность зеркала вслѣдствіе этого представляется очень блестящею, отчего, при введеніи его, изслѣдуемая часть прекрасно освѣщается (хотя вслѣдствіе того же освѣщенія цвѣтъ тканей представляется нѣсколько измѣненнымъ). Относительно формы преимущества зеркала состоятъ еще въ томъ, что маточный конецъ его скошенъ, что соотвѣтствуетъ различной длинѣ передней и задней стѣнокъ рукава. Далѣе длинная сторона зеркала, по введеніи, лежитъ на поверхности задней стѣнки влагалища и когда маточный конецъ инструмента будетъ доведенъ до *portio vaginalis*, то послѣдняя, будучи, въ нормальномъ состояніи, обращена нѣсколько назадъ, гораздо легче попадаетъ въ отверстіе зеркала, чѣмъ при инструментѣ съ прямымъ срѣзомъ. Этотъ же косой срѣзъ конца зеркала служитъ причиною менѣе болѣзненнаго введенія его и потому, что даетъ возможность проводить инструментъ черезъ входъ во влагалище не сразу всюю его окружностью, а постепенно, что облегчаетъ и вышеуказанный маневръ отдавливанія промежности.

За простыми конусообразными и цилиндрическими не замедлили появиться *створчатыя* зеркала.

Смотря по количеству створокъ, образующихъ стѣнку зеркала, послѣднія раздѣляются на двухъ-трехъ-четырехъ и многостворчатая.

Всѣ извѣстныя до сихъ поръ формы створчатыхъ зеркалъ, можно раздѣлить на *цилиндрическія*, при раздвиганіи створокъ которыхъ окружность зеркала (а слѣдовательно и каналъ его) увеличивается равномерно во всѣхъ точкахъ своей поверхности, *расходящіяся* только своими маточными концами, при чемъ отверстіе наружнаго конца инструмента остается постояннымъ и наконецъ *смѣшанныя*, когда посредствомъ особыхъ приспособленій створки зеркала, по желанію, могутъ расходиться только маточными концами или вмѣстѣ съ наружнымъ концомъ.

Что касается цилиндрическихъ створчатыхъ зеркалъ, то онѣ не имѣютъ особыхъ преимуществъ при обыкновенномъ

ислѣдованіи сравнительно съ цилиндрическими и могутъ быть съ пользою примѣняемы съ цѣлями терапевтическими, какъ напримѣръ при расширеніи входа влагалища или стѣнокъ самаго рукава. На рисункѣ 20 представлено трехстворчатое цилиндрическое зеркало, а сверху изображены и различные просвѣты его въ замкнутомъ состояніи и при раздвиганіи его створокъ посредствомъ винтового приспособленія на рукояткахъ.

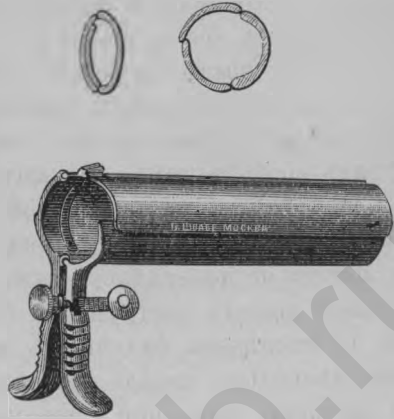


Рис. 20. Трехстворчатое зеркало.

Рисунокъ 21 изображаетъ зеркало Ricord'a, состоящее изъ двухъ створокъ; въ замкнутомъ состояніи оно имѣетъ форму слегка сплюснутаго конуса. На своемъ наружномъ концѣ каждая створка снабжена слегка расходящимися между собою двумя рукоятками зеркала, при сведеніи которыхъ маточные концы послѣдняго расходятся въ поперечномъ или боковомъ направленіи.

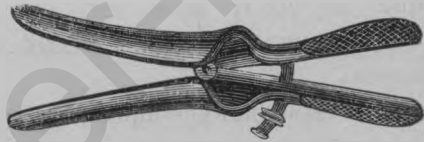


Рис. 21. Зеркало Ricord'a.

Инструментъ этотъ былъ видоизмѣненъ Fournier'емъ, сдѣлавшимъ окошки въ стѣнкахъ створокъ и закруглившимъ маточные концы створокъ, которые, въ закрытомъ состояніи, образуютъ закругленный конусъ (см. рис. 22).

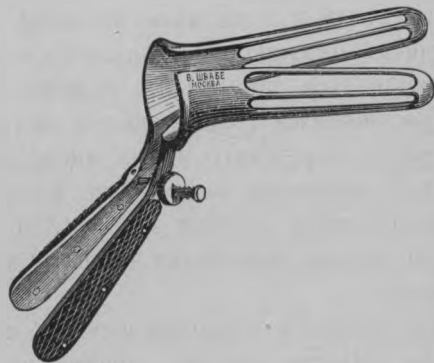


Рис. 22. Зеркало Fournier'a.

Къ этому же типу зеркаль принадлежит зеркало Kusco (рис. 23), которое, по распространенности своей въ настоящее время сравнительно съ другими створчатыми зеркалами, занимает такое же мѣсто, какъ зеркало Ferguson'a относительно другихъ цилиндрическихъ простыхъ зеркаль.

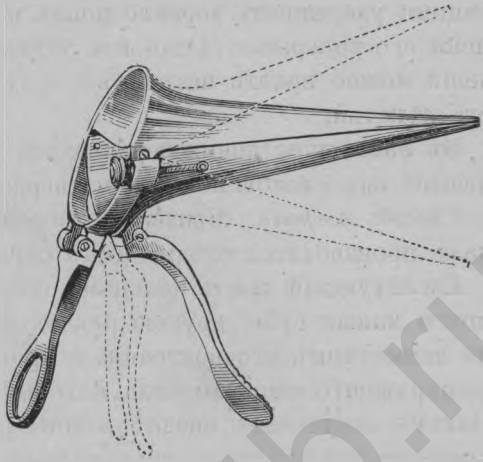


Рис. 23. Зеркало Kusco.

Зеркало Kusco состоитъ изъ двухъ створокъ, начинающихся съ наружнаго конца въ видѣ полуокруговъ и затѣмъ по мѣрѣ удаленія отъ послѣдняго постепенно уплощающихся, представляя изъ себя совершенное подобіе утиному клюву. Длина каждой створки равняется приблизительно 10 см., діаметръ наружнаго отверстія около 3 см. Отъ каждой створки или ложки зеркала опускаются книзу рукоятки. Створки соединены между собою въ области наружнаго конца зеркала. Въ замкнутомъ состояніи инструмента разстояніе между концами рукоятокъ, а въ открытомъ— между маточными концами створокъ равняется 6 см.

Впослѣдствіи времени зеркало Kusco снабжено различными фиксаціонными аппаратами, позволя-



Рис. 24.

ющими удерживать зеркало послѣ введенія на желаемой степени его раскрытія. Одно изъ такихъ винтовыхъ приспособленій можно видѣть на рис. 24, представляющимъ зеркало въ его дѣйстви.

Въ настоящее время зеркала эти кромѣ металла изготовляются изъ слоновой кости и твердаго каучука.

*Способъ введенія.* Введеніе створчатыхъ расходящихся зеркаль производится слѣдующимъ образомъ:

Ислѣдующій врачъ пальцами одной руки раздвигаетъ большія и малыя губы; другою рукою захватываетъ инструментъ въ замкнутомъ его состояніи и проводитъ его во влагалище до наружнаго конца зеркала, который лежитъ теперь во входѣ. Затѣмъ постепенно сводитъ концы рукоятокъ до полнаго ихъ хожденія и въ тоже время постоянно слѣдитъ глазомъ затѣмъ, чтобы влагалищная часть матки попала между расходящимися концами зеркала. Этимъ расхожденіемъ концовъ створокъ сводъ рукава растягивается и *portio vaginalis* дѣлается доступною осмотру.

Изъ створчатыхъ расходящихся зеркаль, зеркало Kusco имѣетъ то преимущество, что, растягивая сводъ въ передне-заднемъ направленіи, приподнимаетъ *portionem vaginalem* къ лонному соединенію и дѣлаетъ такимъ образомъ влагалищную часть болѣе доступною для осмотра, а также для послѣдующихъ манипуляцій, какъ на примѣръ введенію зонда.

Къ числу двухстворчатыхъ зеркаль относится зеркало Нейгебауэра изъ Варшавы. Удобства и преимущества его сравнительно съ другими зеркалами до такой степени велики, что приходится удивляться почему оно до сихъ поръ не вошло во всеобщее употребленіе, когда приходится прибѣгать къ примѣненію створчатыхъ зеркаль, тѣмъ болѣе, что по времени его изобрѣтенія оно гораздо старше зеркала Kusco.

Обыкновенный наборъ этихъ зеркаль состоитъ изъ четырехъ металлическихъ, совершенно отдѣльныхъ другъ отъ друга, различныхъ по величинѣ, створокъ (рис. 25). Каждая створка состоитъ изъ полутрубчатой пластинки (влагалищная ложка) и прямой рукоятки. Толщина пластинокъ равняется  $\frac{1}{2}$ —3 мм. Каждая изъ четырехъ ложекъ представляетъ изъ себя полуцилиндрической, кольцеобразно согнутый (32 см.

въ діаметрѣ) сегментъ; вогнутость полутрубки обращена наружу, а края ея уплощены къ обоимъ концамъ.

Въ профилѣ ложка представляется въ видѣ полулуннаго серпа, вогнутая закраина котораго представляетъ часть упомянутаго кольца, а выпуклая слѣдуетъ приблизительно параболлическому изгибу.

Что касается размѣровъ ложекъ, то самая большая представляется: длиною — 10 см., шириною —  $3\frac{1}{2}$  см. и высотой въ срединѣ ея—3 см.

Слѣдующая ложка настолько меньше первой, что если ее помѣстить въ предыдущую, то эту послѣднюю она совершенно закрывается, за исключеніемъ передняго своего конца. Между второю, третьею и четвертою ложками сохраняются тѣже пропорціалныя отношенія.

Рукоятки длиною въ 10 см. и шириною 12—15 мм. прикрѣплены къ ложкамъ подъ угломъ въ  $100^{\circ}$ .

Никогда всѣ четыре ложки не вводятся одновременно; онѣ представляютъ изъ себя три, различной величины, зеркала изъ которыхъ каждое состоитъ изъ двухъ створокъ. Смотря по величинѣ входа влагалища и длинѣ рукава производить соединенія: первой ложки со второю или второй съ третьею или же наконецъ третьей съ четвертою (рис. 26).

Этотъ наборъ совершенно достаточенъ для ежедневнаго употребленія, а для исключительныхъ случаевъ можно прибавить пятую ложку.

Что касается до введенія зеркала, то при положеніи большой

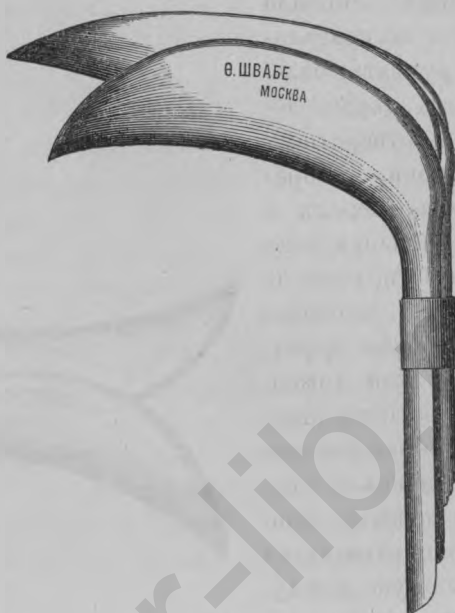


Рис.25.

Наборъ зеркалъ Нейгебауэра.

на спинѣ, сначала вводится во влагалище до рукоятки большая изъ двухъ ложекъ съ отверстіемъ полутрубки, обращеннымъ впередъ и вверхъ (задняя ложка); затѣмъ, тоже до рукоятки, вводится вторая болѣе короткая и узкая ложка, съ отверстіемъ полутрубки обращеннымъ назадъ и внизъ (передняя ложка), причемъ она вдвигается въ большую ложку, уже находящуюся въ рукавѣ. По мѣрѣ проведенія второй ложки подъ лонною дугою, рукоятку постепенно опускаютъ книзу, а такъ какъ стѣнки ложки соприкасаются другъ съ другомъ, то вторая ложка удерживается первою.



Рис. 26.

Соединеніе двухъ ложекъ, образующихъ зеркало.

Когда обѣ ложки введены до рукоятокъ и инструментъ оказался такимъ образомъ введеннымъ, то влагалищная часть теперь обыкновенно доступна не только осмотру (рис. 27), но и ощупыванію ея пальцемъ. При сведеніи рукоятокъ, наклоненіемъ концовъ ихъ впередъ, сводъ влагалища растягивается и дѣлается доступнымъ для осмотра, а влагалищная часть при этомъ еще глубже вступаетъ въ отверстіе зеркала.

При изслѣдованіи этимъ зеркаломъ тазъ больной долженъ быть всегда нѣсколько приподнятъ, подложенною подъ крестецъ подушкою или же, если изслѣдованіе производится на столѣ, больная лежитъ крестцомъ на край стола: это не-



обходимо потому, что иначе является препятствие для движенья рукоятками при установкѣ зеркала.

При введеніи задней ложки необходимо слѣдить затѣмъ, чтобъ маточный конецъ его былъ непременно заведенъ за заднюю губу влагалищной части, такъ какъ иначе онъ можетъ упереться въ переднюю стѣнку *portionis vaginalis* и отодвинуть ее назадъ и кверху.

При сравниваніи своихъ зеркалъ (изобрѣтеніе ихъ относится къ 1844 году) съ другими зеркалами Нейгебауэръ указываетъ на слѣдующія его преимущества:

1) Зеркало соотвѣтственной величины и вводимое осторожно не производитъ изслѣдуемой женщинѣ никакихъ болей.

2) Имъ можно осмотрѣть не только влагалищную часть, но одновременно и стѣнки рудкава на такомъ пространствѣ на какомъ ихъ нельзя осмотрѣть ни при какомъ другомъ зеркалѣ.

3) Имъ можно осмотрѣть всю округность влагалищной части.

4) Зеркало это не удаляетъ матки, какъ предшествующія ему зеркала, отъ изслѣдователя, напротивъ, укорачивая влагалище, оно приближаетъ маточное рыльце къ нему и допускаетъ ощупываніе влагалищной части пальцемъ.

Такъ какъ я сначала своей практики обыкновенно пользуюсь зеркаломъ Нейгебауэра, то, не отвергая всѣхъ его преимуществъ, могу только возразить на 1-й пунктъ, что при введеніи задней ложки больныя нерѣдко жалуются на боль, производимую краями ложки. Неудобство это впрочемъ искупается всѣми другими его преимуществами.

Въ Англии и Америкѣ очень распространено изслѣдованіе односторчатымъ зеркаломъ Sims'a. Зеркало это (рис. 28) состоитъ изъ нѣскольکو изогнутаго металлическаго стержня длиною около 15 см.; на обоихъ концахъ расширяется въ

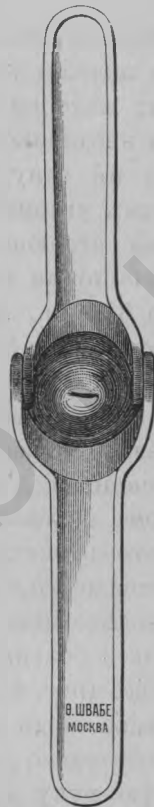


Рис. 27.

Обнаженная влагалищная часть послѣ введенія зеркала.

два желобка съ закругленными на подобіе утиного клюва концами; желобки или створки зеркала неодинаковой величины согнуты въ одну сторону подъ прямымъ угломъ относительно стержня играющаго роль рукоятки; одна ложка длиною приблизительно  $8\frac{1}{2}$  см., шириною  $2\frac{1}{2}$  см., а другая на  $\frac{1}{2}$  см. длиннѣе и на  $\frac{1}{4}$  см. шире.

*Способъ введенія:* Введеніе зеркала производится въ положеніи женщины à la vache или въ лѣвомъ боковомъ положеніи. Самъ авторъ описываетъ способъ введенія зеркала, при обыкновенномъ изслѣдованіи, приблизительно такъ: больная ложится на лѣвый бокъ (рис. 16), причемъ сгибаетъ бедра подъ прямымъ угломъ относительно таза; правое бедро нѣсколько выше лѣваго. Лѣвую руку закидываетъ назадъ за спину, грудь наклоняетъ впередъ, а позвоночный столбъ совершенно выпрямляетъ; голова покоится на лѣвой теменной кости и не должна быть слишкомъ наклоненною къ груди. Правое плечо не должно быть слишкомъ сильно поднятымъ къверху. Въ дѣйствительности положеніе больной должно, по возможности, уподобляться колыно-локтевому положенію, что именно и служитъ основаніемъ къ тому, чтобъ больная повертывалась впередъ, и такимъ образомъ получилось бы наклоненное впередъ боковое положеніе.

Сидѣлка или ассистентъ становится позади больной и приподнимаетъ правую ягодицу лѣвою рукою кверху; между тѣмъ изслѣдующій врачъ вводитъ зеркало, приподнимаетъ имъ промежность и передаетъ инструментъ въ правую руку помощника, который и удерживаетъ его въ извѣстномъ положеніи. Зеркало вводится всегда по пальцу для того, чтобъ конецъ



Рис. 28. Зеркало Sims'a.

инструмента не уперся во влагалищную часть и палец выводится только тогда, когда конец зеркала прошелъ позади влагалищной части.

Если больная дышетъ свободно, то рукавъ сейчасъ же растягивается вступающимъ въ него атмосфернымъ воздухомъ и глазу открывается вся передняя стѣнка вагины, влагалищная часть матки и задній сводъ рукава.

Если же больная дышетъ безпоякойно, влагалище узко или существуетъ anteversio, то для осмотра влагалищной части необходимо захватить переднюю губу матки посредствомъ тонкаго крючка (рис. 29), которымъ только слегка задѣютъ за слизистую оболочку и затѣмъ притягиваютъ имъ влагалищную часть книзу.

Другой способъ при этихъ условіяхъ состоитъ въ томъ, что при осмотрѣ влагалищной части, послѣ введенія зеркала, передній сводъ отдавливается впередъ посредствомъ инструмента носящаго названіе depressoris uteri (рис. 30).

Съ помощью depressor'a можно производить осмотръ зеркаломъ Sims'a и въ спинномъ положеніи, какъ это обыкновенно дѣлаетъ G. Braun въ своей клиникѣ.

Въ этомъ же положеніи больной можно производить изслѣдованіе двумя зеркалами Sims'a, при чемъ роль depressor'a будетъ играть одна изъ ложекъ инструмента.

Неудобство зеркала Sims'a состоитъ въ необходимости имѣть помощника, вслѣдствіе чего для фиксированія инструмента, особенно при операціяхъ, дѣлались различныя приспособленія. Рисунокъ 31 представляетъ приспособленіе G. Thomas'a; рис. 32 представляетъ фиксирующее зеркало стальною



Рис. 29.



Рис. 30.

Depressor  
uteri.

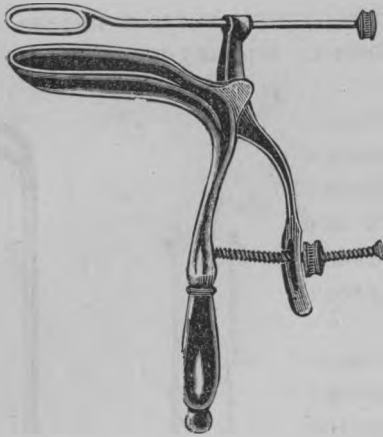


Рис. 31.  
Зеркало Thomas'a.

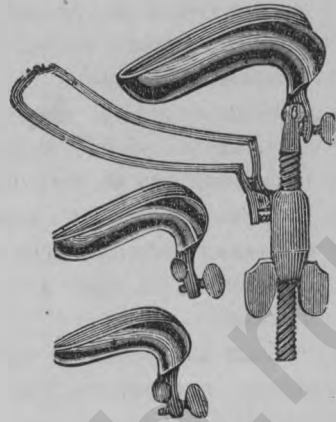


Рис. 32.  
Зеркало Sp. Wells'a.

пружиною на крестцѣ Sp. Wells'a; на рисункѣ 33 представлено тоже зеркало послѣ его введенія.

Не смотря на остроуміе представленныхъ сейчасъ приспособленій все таки и здѣсь трехстворчатое зеркало Нейгебауэра для операціи пузырновлагалищныхъ фистулъ и для осмотра передней стѣнки рукава имѣетъ громадныя преимущества.

Какъ видно на рисункѣ 34 зеркало это состоитъ изъ трехъ вѣтвей, изъ которыхъ средняя неподвижна, а двѣ боковыя подвижны въ боковыхъ направленіяхъ; къ средней вѣтви прикрѣплена рукоятка, около основанія которой начинаются обѣ боковыя вѣтви, удерживающіяся здѣсь винтами.

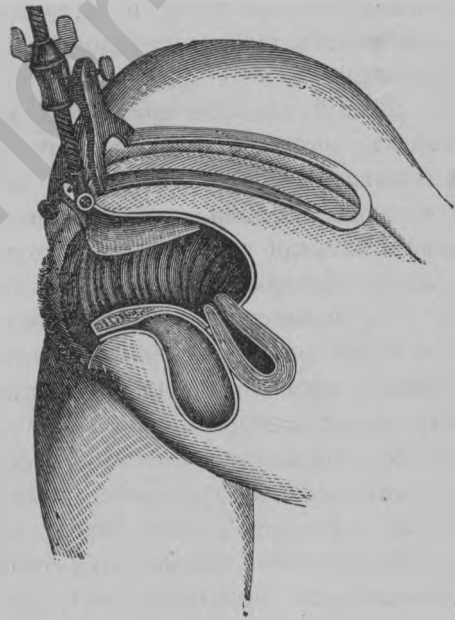


Рис. 33.

Каждая изъ трехъ вѣтвей оканчивается зубцами или расширителями, предназначенными для введенія во влагалище и растяженія его входа. Длина всего зеркала около 50 см., вслѣдствіе чего оно сначала нѣсколько поражаетъ своею массивностью. Принадлежность зеркала составляютъ три различной величины пластинки или ложки (рис. 34), изъ которыхъ, смотря по надобности, одна надѣвается на средній зубецъ (рис. 35).

*Введеніе* зеркала производится такъ:

Больная принимаетъ колѣнногрудное положеніе т. е. становится на колѣна, а грудью и одною щекою прикладывается къ столу. Руками упирается только время отъ времени для отдыха. Обыкновенно Нейгебауэръ производитъ изслѣдованіе на невысокомъ и узкомъ столѣ, сидя впереди половыхъ органовъ на соответственной высоты табуретѣ. В частной практикѣ изслѣдованіе производится на какомъ нибудь столѣ, покрытомъ обыкновеннымъ матрацомъ, который въ свою очередь покрывается клеенкою. Больная становится колѣнами на край стола съ раздвинутыми бедрами; голени висятъ на воздухѣ или же подошвенными сторонами пальцевъ упираются въ двѣ узкія соответственной толщины досочки, которыя укрѣпляются посредствомъ подведенія одного конца ихъ подъ матрацъ. Для того, чтобъ досочки эти не мѣшали оператору наружные концы ихъ устанавли-



Рис. 34.

Трехстворчатое зеркало Нейгебауэра.

ливаются въ расходящемся направленіи и слѣдовательно въ сходящемся направленіи подматрацомъ, вслѣдствіе чего концы ихъ удерживаются помимо тяжести самого матраца еще тяжестью тѣла больной.

Когда больная приняла сказанное положеніе, при чемъ она должна насколько возможно сильно выгнуть спину, операторъ вводитъ по промежности одну изъ выбранныхъ ложекъ во влагалище. Затѣмъ онъ беретъ зеркало съ совершенно соприкасающимися между собою зубцами и вводитъ его въ почти вертикальномъ положеніи во влагалище, стараясь надѣть средній зубецъ на введенную уже ложку зеркала. Когда это сдѣлано, то рукоятка зеркала опускается на спину, вслѣдствіе чего задняя стѣнка влагалища и промежность приподнимаются кверху. Когда средній изгибъ зеркала уперся въ крестецъ,



Рис. 35.

Зеркало Нейгебауэра съ надѣтой ложкою.

то рукоятка инструмента передается помощнику или просто привязывается къ груди больной полотенцемъ или тесьмами проведенными вокругъ плечъ и такимъ образомъ фиксируется. Затѣмъ приступаютъ къ растяженію зубцами входа влагалища, раздвигая на соответствующее другъ отъ

друга разстояніе боковыя вѣтви зеркала и укрѣпля ихъ поворотами винтовъ къ поперечной перекладинѣ, по которой онѣ скользятъ. Вслѣдствіе вхожденія наружнаго воздуха во влагалище, стѣнки его растягиваются и глазу представляются не только вся передняя стѣнка рукава съ влагалищною частью, но боковая и задняя стѣнки вагины (см. рис. 36).

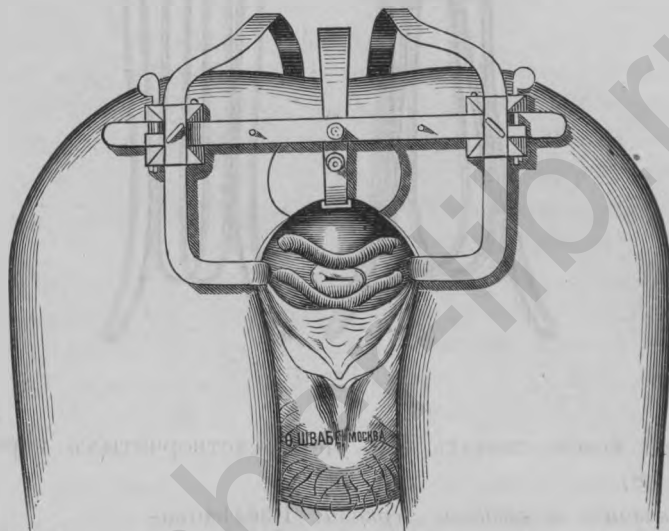


Рис. 36.

Преимущества этого зеркала сравнительно со всеми другими громадны, особенно если оно примѣняется при операциіи пузырно-влагалищныхъ свищей. Съ этимъ зеркаломъ, если инструменты и вода для орошенія подъ рукою, можно производить операцию даже безъ помощниковъ.

Въ заключеніе слѣдуетъ указать еще на проволочныя зеркала (см. рис. 37), предназначенныя главнымъ образомъ для осмотра стѣнокъ влагалища.

Наконецъ что касается смѣшанной формы створчатыхъ зеркалъ, то, какъ выше сказано, посредствомъ ихъ можно растягивать и наружный конецъ зеркала. По своей сложности съ одной стороны, а главное по возможности замѣнить ихъ, въ

случаѣ надобности, другими зеркалами, онѣ не вошли во всеобщее употребленіе.

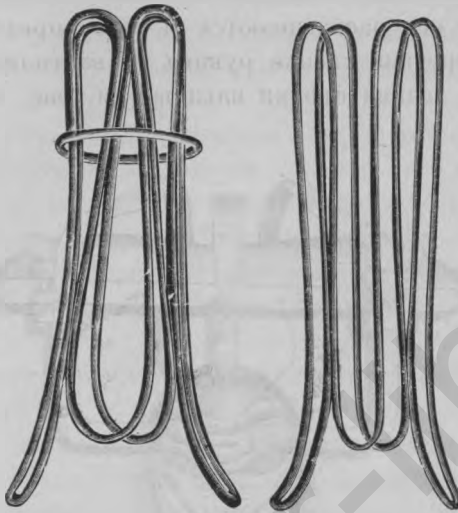


Рис. 37.

Тоже можно сказать и о четырехстворчатыхъ зеркалахъ (рис. 38).

*Показанія ко введенію зеркала.* Изслѣдованіе зеркаломъ показуется во всѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ предположеніе о существованіи изъязвленія на влагалищной части. Хотя опытный врачъ можетъ опредѣлить присутствіе изъязвленія и даже ссадины пальцемъ, этимъ, справедливо называемымъ, третьимъ глазомъ гинеколога, однако для полноты изслѣдованія, съ цѣлью опредѣленія формы язвъ, введеніе зеркала почти всегда необходимо. Весьма часто больная съ хроническими страданіями въ половой сферѣ, побывавшая уже у многихъ врачей и слѣдовательно, познакомившаяся съ методомъ полнаго изслѣдованія, остается недовольною невниманіемъ врача, произвед-



Рис. 38. Четырехстворчатое зеркало.



шаго, по ея мнѣнію, изслѣдованіе поверхностно только потому, что онъ не осмотрѣлъ ее зеркаломъ.

Зеркало необходимо во всѣхъ случаяхъ патологическихъ измѣненій влагалищной части и стѣнокъ рукава для того, чтобъ дополнить данныя, полученные при изслѣдованіи пальцемъ.

Что касается до формы зеркала избираемаго для каждаго даннаго случая, то вообще можно сказать, что для обыкновенныхъ случаевъ совершенно достаточно цилиндрическаго зеркала; тамъ же, гдѣ влагалищная часть увеличена и не можетъ помѣститься въ отверстіе зеркала или шейка матки отклонена сильно назадъ, слѣдуетъ употреблять створчатыя зеркала.

О показаніяхъ къ зеркалу съ цѣлями лѣченія будетъ рѣчь ниже.

*Противупоказаніямъ* къ изслѣдованію зеркаломъ будутъ всѣ острые воспалительные процессы въ клѣтчаткѣ, окружающей матку, а также случаи околоматочныхъ кровотеченій (*haematocele periuterina*).

Раковыя новообразованія служатъ противупоказаніемъ ко введенію зеркала съ діагностическою цѣлью, когда новообразованіе находится въ періодѣ распадѣнія. Опредѣленіе рака влагалищной части матки въ этомъ періодѣ настолько легко достигается изслѣдованіемъ посредствомъ пальца, что нѣтъ никакой надобности въ изслѣдованіи зеркаломъ, которое почти всегда ведетъ за собою кровотеченіе вслѣдствіе пораненія язвенной поверхности; кровотеченіе это, въ различной степени, неминуемо, несмотря на самое осторожное введеніе инструмента. Если же врачъ рѣшается ввести зеркало при существующемъ раковомъ изъязвленіи влагалищной части матки, то послѣ этого всегда долженъ примѣнить тотъ или другой приемъ для остановки кровотеченія, напримѣръ тампонацію.

Прежде противупоказаніемъ къ изслѣдованію зеркаломъ принималась беременность, изъ опасенія вызвать маточныя сокращенія съ слѣдующимъ абортomъ. Опытъ, однако, показалъ, что таковое изслѣдованіе можно производить безнаказанно за исключеніемъ случаевъ, гдѣ больная имѣетъ наклонность къ аборту.

Не служить противуказаніемъ также и менструація. Напротивъ, тогда введеніе зеркала приноситъ большую пользу, представляя изслѣдователю данныя относительно качества и количества крови, выдѣляющейся въ известную единицу времени. Кромѣ того наблюдались случаи, гдѣ напримѣръ, полипъ матки могъ быть опредѣленъ только во время менструаціи, вслѣдствіе его выпячиванія въ это время изъ наружнаго отверстія.

Что касается вопроса: не служить-ли противуказаніемъ введеніе зеркала у дѣвицъ, то нѣтъ сомнѣнія, что его должно избѣгать. Однако, въ случаѣ необходимости, осторожное введеніе тонкаго цилиндрическаго зеркала можно производить во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ отверстіе *hymenis* пропускаетъ палець. Справедливость однако требуетъ сказать, что въ большинствѣ случаевъ это изслѣдованіе не даетъ намъ больше того, что достигнуто введеніемъ пальца. Если же дѣло идетъ о послѣдующемъ за діагностикою лѣченіи, то само собою разумѣется, что, по важности случая, можетъ потребоваться и искусственное нарушеніе цѣлости *hymenis*.

Противуказаніемъ ко введенію зеркала будетъ служить гиперстезія рукава и его входа, а также страданіе известное подъ именемъ „вагинизма“.

При острыхъ воспалительныхъ процессахъ слизистой оболочки рукава, несмотря на болѣзненность, зеркало не противуказуется, потому что введеніе его часто при этомъ необходимо какъ предварительный моментъ для введенія тѣхъ или другихъ лѣкарственныхъ веществъ или лѣчебныхъ приѣмовъ.

## ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

### Изведеніе матки.

Изведеніе матки есть оперативный приѣмъ, которымъ матка смѣщается книзу посредствомъ инструментовъ.

Инструменты, употребляемые съ этою цѣлью, представляютъ изъ себя щипцы, съ острыми различной величины крючками. Самымъ простымъ инструментомъ для этого будутъ служить

пулевые американскіе щипцы (рис. 39), или видоизмѣненіе ихъ Негар'омъ (рис. 40), состоящее въ удлинненіи крючковъ.



Рис. 39.



Рис. 40.

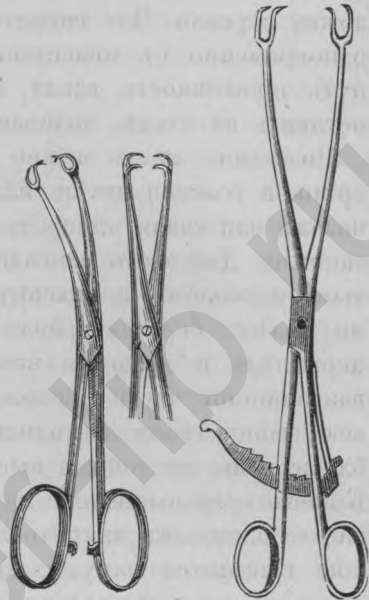


Рис. 41.

Кромѣ того съ этою цѣлью употребляются щипцы Мюзю прямые или изогнутые по краю (рис. 41). Очень удобны также мюзеевскіе щипцы видоизмѣненные Шредеромъ; видоизмѣненіе состоитъ въ томъ, что длинныя щипцы снабжены двумя небольшими крючками на каждой сторонѣ съ разстояніемъ между ними въ 2 мм.

*Изведеніе* производится слѣдующимъ образомъ:

Большая лежитъ на спинѣ; влагалищная часть обнажается двухстворчатимъ зеркаломъ Нейгебауэра (или какимъ либо другимъ) и обмывается дезинфицирующею жидкостью. Смотря по преслѣдуемымъ цѣлямъ, влагалищную часть захватываютъ или за одну губу, втыкая одинъ крючекъ щипцовъ около *orificii externi*, а другой ближе къ своду; или сразу за обѣ губы, втыкая крючки одного конца щипцовъ въ ткань *portionis vaginalis* около передняго свода, а крючки другаго конца около задняго свода. Конечно можно захватить обѣ губы порознь

двумя щипцами. Разъ влагалищная часть захвачена, щипцы сомкнуты, операторъ постепенно низводитъ влагалищную часть ко входу въ рукавъ, предварительно удаливъ переднюю ложку зеркала. Что касается задней ложки, то она выводится одновременно съ низведеніемъ; въ случаѣ надобности оттянуть промежность къзади, конецъ этой задней ложки можно оставить во входѣ, надавливая ею на промежность.

Низведеніе матки можно предпринять также посредствомъ грѣпкой толстой нитки, или лигатуры, проведенной спереди назадъ или сзади напередъ черезъ всю толщю ткани *portionis vaginalis*. Для этого влагалищная часть обнажается створчатымъ зеркаломъ и фиксируется крючкомъ Sims'a или щипцами; затѣмъ берется кривая игла съ толстою ниткою въ иглодержатель и дѣлается вколъ ея въ переднюю поверхность влагалищной части нѣсколько ниже свода, проводится черезъ всю толщю ткани влагалищной части матки и выводится приблизительно на той же высотѣ ниже задняго свода рукава. Конецъ иглы вышедшей на поверхности задней губы захватывается длиннымъ пинцетомъ или корнцангомъ и игла съ ниткою выводится наружу; игла теперь снимается съ нитки и концы послѣдней связываются. За образованную такимъ образомъ петлю матка стягивается книзу.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно провести двѣ три такихъ петли. Этотъ способъ низведенія представляетъ то преимущество, что нитки занимаютъ менѣе мѣста, чѣмъ щипцы, особенно если послѣднихъ приходится употребить нѣсколько.

Въ другихъ случаяхъ, гдѣ ткань влагалищной части ломка и при малѣйшей попыткѣ стянуть матку щипцы рвутъ ткань, можно по предложенію Russe производить низведеніе посредствомъ инструментовъ, вводимымъ и фиксируемымъ въ полости матки, ткань которой еще не подверглась этимъ измѣненіямъ.

Осуществленіе этой мысли принадлежитъ Brenneske, который предложилъ съ этой цѣлью инструментъ, названный имъ *Uterusklammer*, оказавшій ему большія услуги въ практикѣ. Какъ этотъ инструментъ, равно какъ инструментъ Швабе, устроенный имъ по мысли Заянцаго, примѣняются пока только при низведеніи матки съ цѣлью полной экстирпаціи

органа, вслѣдствіе чего я считаю болѣе умѣстнымъ отложить ихъ описаніе до изложенія этой операціи.

*Показаніями* къ низведенію матки будутъ служить всѣ случаи, гдѣ требуется приблизить матку ко входу для болѣе удобнаго на ней оперированія или изслѣдованія ея полости. Во всякомъ случаѣ операція, производимая медленно и осторожно никогда не ведетъ за собою дурныхъ послѣдствій и заслуживаетъ большаго примѣненія, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ. Опасность разрыва связокъ и сосудовъ далеко не такъ велики, какъ это полагають нѣкоторые врачи. Растяжимость связокъ обыкновенно настолько велика, что низведение влагалищной части до входа въ рукавъ рѣдко требуетъ большихъ насилій.

Послѣ низведенія матки, если оно дѣлалось не съ цѣлью удаленія органа, необходимо всегда поставить ее на мѣсто и придать ей нормальное положеніе *дномъ впередъ*.

*Противуказаніемъ* къ низведенію будутъ служить всѣ острые воспалительные процессы въ половыхъ органахъ, а также хроническіе въ окружающихъ матку тканяхъ: кромѣ того всѣ остатки воспалительныхъ процессовъ, повешіе за собою сморщиваніе связокъ, такъ какъ при этомъ является опасность разрыва послѣднихъ. Далѣе *противуказаніемъ* къ низведенію будутъ служить также большія новообразованія въ маткѣ или ея придаткахъ.

Что касается до способа низведенія, то губы захватываются порознь въ томъ случаѣ, если имѣютъ въ виду оперировать въ полости *uteri*. Влагалищная часть захватывается сразу за обѣ губы, если нѣтъ надобности проходить въ полость матки черезъ каналъ шейки.

## ГЛАВА ПЯТАЯ.

### **Зондированіе матки (hysterometria).**

Зондированіе, катетеризація матки, гистерометрія, принадлежитъ къ числу весьма важныхъ діагностическихъ средствъ при заболѣваніяхъ матки и соедѣнныхъ съ нею органовъ.

Введеніемъ зонда въ гинекологическую практику мы обязаны Simpson'y. Во Франціи примѣненіе его началось со времени Huguier, въ Германіи распространенію его способствовалъ Kiwisch.

Зондъ Simpson'a представляетъ изъ себя металлическій, цилиндрической формы, стержень, длиною вмѣстѣ съ рукояткою около 27 см. и толщиною около 3 мм., оканчивающійся небольшимъ круглымъ утолщеніемъ. Въ разстояніи 6 см. отъ этого закругленнаго конца зондъ нѣсколько согнутъ по длинѣ; при началѣ изгиба на выпуклой сторонѣ находится небольшое возвышеніе, обозначающее длину нормальной матки отъ этого возвышенія до конца зонда. На той же сторонѣ въ разстояніи 4 см. отъ конца зонда находится углубленіе, предназначенное для опредѣленія длины канала матки и полости тѣла матки въ отдѣльности. На остальной части зонда до рукоятки обозначены дѣленія въ видѣ углубленій на разстояніи 1 см. другъ отъ друга. Рукоятка инструмента имѣетъ двѣ различныя на ощупь поверхности: гладкую и шероховатую, для того чтобъ при введеніи зонда изслѣдующій врачъ могъ всегда знать направленіе конца зонда.

Вослѣдствіи зондъ Simpson'a претерпѣлъ различныя измѣненія. Такъ нѣкоторые измѣнили кривизну (Kiwisch рис. 42, Martin рис. 43, Sims рис. 44); другіе придѣляли механизмы для измѣренія полости матки (Kugelmann рис. 45, Huguier, Valleix); наконецъ третьи стали употреблять, какъ матерьялъ для инструмента гибкія вещества, какъ то: гибкій металлъ (Sims), китовый усъ (Thomas), каучукъ и т. д.

Рукоятки инструментовъ (см.

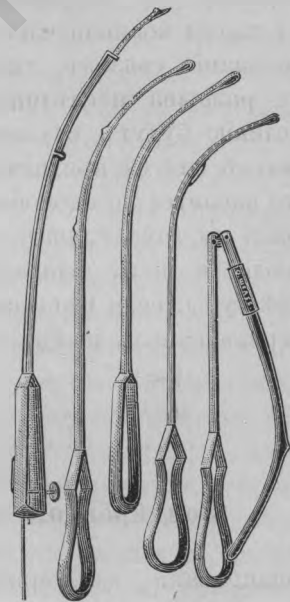


Рис. 45, 44, 42, 43, 46.

рис.) передѣланы Швабе; онѣ состоятъ изъ металла, удобны для чистки и дезинфекціи.

Введеніе зонда, конецъ котораго предварительно смазанъ какимъ либо дезинфицированнымъ масломъ, жиромъ, вазелиномъ или чистымъ глицериномъ, въ полость матки можно производить по пальцу или черезъ зеркало.

*Введеніе инструмента по пальцу* при положеніи больной на спинѣ производится вслѣдъ за дигитальнымъ изслѣдованіемъ для того, чтобы не выводить пальца изъ рукава. Конецъ указательнаго пальца упирается въ заднюю губу около наружнаго отверстія шейки. Другою рукою операторъ беретъ зондъ за рукоятку такимъ образомъ, чтобъ выпуклою стороною онъ былъ обращенъ назадъ и проводить его по лучевой сторонѣ пальца, упираясь въ неѣ концомъ инструмента, который скользитъ по поверхности пальца кверху и такимъ образомъ достигаетъ наружнаго отверстія *uteri*. Дойдя до послѣдняго операторъ проникаетъ концомъ инструмента въ каналъ шейки и рядомъ постепенныхъ и осторожныхъ движеній впередъ достигаетъ внутренняго отверстія, гдѣ дальнѣйшее проведеніе инструмента встрѣчаетъ обыкновенно препятствіе. Препятствіе это зависитъ съ одной стороны отъ незначительнаго перегиба здѣсь матки впередъ, съ другой—отъ сравнительно бѣльшей узкости здѣсь отверстія канала и наконецъ съ третьей—отъ сокращенія круговыхъ мышцъ. Никогда не должно форсировать здѣсь съ проведеніемъ зонда, потому что при нормальныхъ условіяхъ, въ большинствѣ случаевъ, достаточно опустить рукоятку инструмента книзу для того, чтобъ конецъ зонда проскользнулъ черезъ препятствіе и вошелъ въ полость матки. При спазматическомъ сокращеніи слѣдуетъ обождать нѣсколько секундъ, потому что спазмъ, происходящій отъ раздраженія концомъ инструмента, скоро прекращается и зондъ легко проскальзываетъ черезъ препятствіе. Когда же внутреннее отверстіе канала матки настолько узко, что зондъ не проходитъ безъ значительныхъ насилій, то лучше оставить зондированіе, дабы не произвести травматическаго поврежденія и приступить къ предварительному расширенію (см. ниже).

Когда зондъ прошелъ чрезъ внутреннее отверстіе, то ин-

струментъ проводится дальше пока не встрѣтитъ препятствія въ днѣ матки. Дошедши до послѣдняго конецъ пальца, лежащаго во влагалищѣ, устанавливается на зондѣ на уровнѣ orificiі externі и затѣмъ инструментъ извлекается вмѣстѣ съ пальцемъ, который не долженъ оставлять отмѣченнаго мѣста, опредѣляющаго длину полости матки, о которой теперь судятъ, основываясь на разстояніи отъ конца зонда до отмѣченнаго пальцемъ мѣста на зондѣ.

Рисунокъ 47 представляетъ зондъ, введенный въ полость матки при ея нормальномъ положеніи.

При извѣстной рыхлости органа нужно всегда помнить, что зондомъ можно произвести прободеніе стѣнокъ матки и войти инструментомъ въ полость живота. Въ одномъ случаѣ выпаденія атрофированной матки у старухъ, мнѣ приходилось вводить зондъ въ полость матки для того, чтобы поднять её къ лонному соединенію и рѣшить вопросъ о возможности ея пришитія къ брюшнымъ

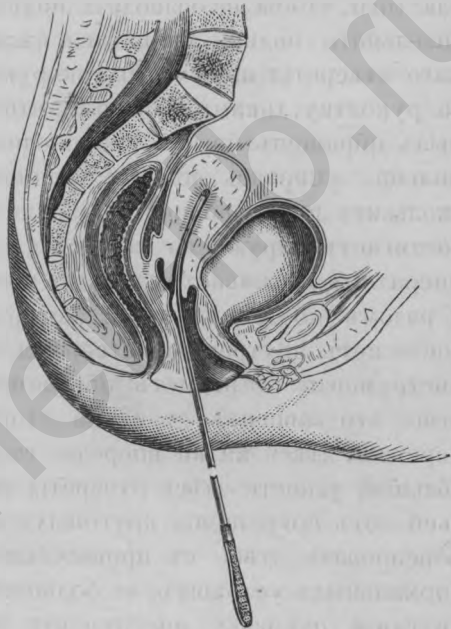


Рис. 47.

стѣнкамъ и каждый разъ при незначительномъ насиліи, я прощупывалъ черезъ тонкіе покровы живота надъ лоннымъ соединеніемъ вмѣсто матки--конецъ зонда. Это было у женщины, пришедшей за совѣтомъ въ Шереметьевскую больницу и въ сказанномъ фактѣ могли убѣдиться и другіе присутствовавшіе врачи. Во всѣхъ извѣстныхъ до сихъ поръ случаяхъ такое прободеніе рѣдко вело за собою дурныя послѣдствія.

При нормальномъ положеніи матки зондъ проводится чрезъ внутреннее отверстіе концомъ, обращеннымъ впередъ, слѣдуя направленію маточнаго канала. Если же существуетъ



перегибъ матки назадъ, то, дошедши до внутренняго отверстія концомъ зонда, его слѣдуетъ повернуть спинкою впередъ и при проведеніи чрезъ *orificium internum* поднять рукоятку кверху, вслѣдствіе чего конецъ инструмента обращается назадъ и книзу. Если существуетъ наклоненіе матки назадъ, при чемъ наружное отверстіе канала матки обращено впередъ или даже вверху, то зондъ съ самаго начала вводится съ спинкою обращенною впередъ.

При наклоненіяхъ матки впередъ и назадъ съ шейкою обращенною кверху въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится опустить предварительно шейку отверстіемъ книзу. Для этого конецъ указательнаго и средняго пальцевъ заводятъ за заднюю губу при *anteversio* и за переднюю при *retroversio* и спускаютъ её ими книзу, стараясь въ то же время попасть концомъ зонда въ наружное отверстіе.

При зондированіи матки проведеніе инструмента встрѣчаетъ препятствіе также въ тѣхъ случаяхъ, когда полость *uteri* занята новообразованіемъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда трубы расширены и матка очень подвижна, зондъ можетъ проникнуть въ полость фаллопиевой трубы.

Что касается до введенія зонда *при помощи зеркала*, то это дѣлается въ тѣхъ случаяхъ, когда отысканіе *orificii externi* пальцемъ представляется затруднительнымъ. Понятно, что и здѣсь направленіе конца зонда должно совпадать съ направленіемъ канала матки, при чемъ перегибъ или наклоненіе органа дномъ въ ту или другую сторону опредѣляется предварительно дигитальнымъ изслѣдованіемъ. Что касается зеркала, съ помощью котораго производится введеніе зонда, то я употребляю при этомъ двухстворчатое зеркало Нейгебауэра. Цилиндрическія зеркала въ этихъ случаяхъ неудобны, потому что затрудняютъ маневрированіе инструментомъ въ узкомъ пространствѣ.

*Показанія* къ зондированію матки:

1) Для опредѣленія проходимости канала матки. Если существуетъ затрудненіе или препятствіе для прохожденія зонда, то вмѣстѣ съ тѣмъ опредѣляется и мѣсто, гдѣ таковыя представляются.

2) Для опредѣленія длины полости матки въ томъ случаѣ, когда соединенное изслѣдованіе не даетъ въ этомъ отношеніи положительныхъ данныхъ. Если это послѣднее показало, что органъ увеличенъ, а при введеніи зонда опредѣлено, что длина полости матки нормальна или даже короче, то увеличеніе падаетъ на утолщеніе стѣнокъ. Если же соединенное изслѣдованіе показало, что матка нормальна по величинѣ и въ то же время зондъ показываетъ удлинненіе полости, то это можетъ быть объяснено утонченіемъ маточныхъ стѣнокъ. Зондированіемъ опредѣляются также взаимныя отношенія длины канала матки и полости матки, что вычисляется вычитаніемъ изъ всей полученной при гистерометріи длины канала шейки или длины полости матки: въ первомъ случаѣ остатокъ будетъ показывать длину маточной полости, во второмъ—длину канала шейки.

3) Зондомъ опредѣляется также расширеніе полости матки; это достигается легко, потому что при существованіи таково расширенія конецъ зонда свободно движется въ полости матки, не производя въ то же время движенія самого органа.

4) Зондированіемъ получаютъ данныя относительно того, существуетъ ли связь между маткою и найденною около нея опухолью или же послѣдняя изолирована отъ нея.

5) Зондированіе примѣняется съ цѣлью исправленія положенія матки (см. ниже).

6) Введеніе зонда примѣняется при дисменорреѣ и бесплодіи, зависящихъ отъ перегиба матки. Операнія эта производится повторно чрезъ 2—3 дня.

7) Зондированіе примѣняется съ цѣлью прекращенія беременности, если къ тому существуютъ показанія. Прекращеніе беременности здѣсь объясняется поврежденіемъ яйца или отдѣленіемъ оболочекъ плода отъ стѣнокъ матки.

Зондированіе матки противупоказуется:

1) При предположеніи беременности. Неопытные врачи весьма нерѣдко вводятся въ заблужденіе паціентками, отрицающими возможность быть беременными. Въ этомъ отношеніи нужно быть крайне осторожнымъ въ своихъ заключеніяхъ и руководствоваться данными, получаемыми объективнымъ изслѣдованіемъ. Такъ, если больная жалуется на остановку

регуль, при чемъ матка увеличена въ объемъ и увеличеніе это не можетъ быть объяснено какими либо патологическими измѣненіями органа, то, хотя бы больная и отрицала возможность беременности, врачъ долженъ воздержаться отъ зондирования и выждать пока не выяснится спустя нѣкоторое время, что больная дѣйствительно не беременна. При вѣматочной беременности зондированіе однако показуется для подтвержденія діагностики.

2) При существованіи острыхъ воспалительныхъ явленій въ маткѣ или ея придаткахъ.

3) Во время менструаціи зондъ противопоказуется, если только для зондирования не существуетъ какихъ либо настоятельныхъ показаній.

4) При метроррагіяхъ, зависящихъ отъ новообразованія въ полости или стѣнѣ матки. Осторожное введеніе его въ этихъ случаяхъ возможно только въ случаяхъ сомнительной діагностики, данныя для которой не могли быть получены соединеннымъ изслѣдованіемъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда женщина ослаблена кровотеченіемъ зондированіе лучше производить непосредственно передъ имѣющимъ въ виду тѣмъ или другимъ оперативнымъ приемомъ, какъ наприм. расширеніемъ, прижиганіемъ и т. д.

5) При гиперестезіи половыхъ органовъ, часто находящейся въ связи съ усиленіемъ общей чувствительности. Зондированіе при этомъ вызываетъ рядъ рефлекторныхъ нервныхъ припадковъ.

Вообще относительно зондирования матки можно сказать, что чѣмъ болѣе опытнымъ дѣлается врачъ, тѣмъ онъ все рѣже и рѣже прибѣгаетъ къ зонду, когда дѣло касается діагностики заболѣваній половой сферы.

## ГЛАВА ШЕСТАЯ.

### **Внутриматочныя зеркала.**

Съ цѣлью осмотра внутренней поверхности матки были предложены различные инструменты.

Тагъ на рисункѣ 48 изображено внутриматочное зеркало

Mathieu, состоящее изъ двухъ одинаковой длины створокъ, расходящихся въ поперечномъ направленіи. Зеркало прикрѣпляется къ концу длиннаго стержня съ рукояткою, на концѣ которой посредствомъ винтоваго приспособленія находится сила, служащая для разхожденія створокъ зеркала.

Кромѣ зеркала Mathieu мы имѣемъ для этой же цѣли внутриматочныя зеркала, предложенныя Jobert'омъ de-Lamballe, Elliot'омъ (рис. 49) и т. д.

Зеркала эти вводятся въ полость матки послѣ предварительнаго обнаженія *portionis vaginalis* створчатымъ зеркаломъ.

Въ сущности они не оправдали возлагаемыхъ на нихъ надеждъ, такъ какъ при введеніи ихъ они не даютъ никакихъ точекъ опоры для діагностики, вслѣдствіе небольшой ихъ величины съ одной стороны и невозможности хорошо освѣтить изслѣдуемая части съ другой. На этомъ основаніи зеркала эти оставлены и примѣняются иногда въ видѣ дилататоровъ канала шейки.

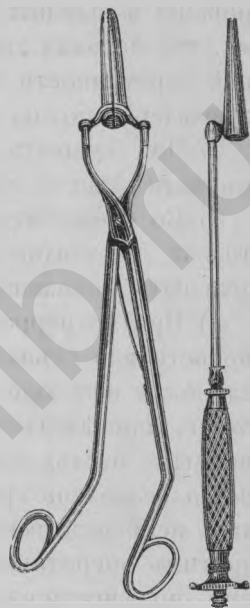


Рис. 49. Рис. 48.

## ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

### Расширеніе канала маточной шейки (*dilatatio colli*).

Расширеніе канала маточной шейки, предпринимаемое съ различными цѣлями, можетъ быть произведено безкровнымъ и кровавымъ путемъ.

а) *Безкровное расширеніе* съ своей стороны можетъ быть быстрымъ и медленнымъ и производится или посредствомъ инструментовъ или посредствомъ набухающихъ веществъ.

Быстрое расширеніе производится металлическими инструментами или такъ называемыми дилататорами или расширителями. Какъ уже выше сказано, роль расширителей могутъ

играть всё внутриматочныя зеркала. Что же касается до специально назначенныхъ для этого инструментовъ, то здѣсь я представлю только нѣкоторыя изъ нихъ.

Дилататоръ Lameland-Dechenais состоитъ изъ двухъ створокъ, расходящихся на подобіе зеркала Kusco (рис. 50).

Расширитель Rajot состоитъ изъ двухъ расходящихся вѣтвей, изогнутыхъ соотвѣтственно изгибу маточной полости (рис. 51).



Рис. 50

Дилататоръ Lameland-Dechenais.



Рис. 51.

Дилататоръ Rajot.

Дилататоръ Ellinger'a снабженъ пластинкою съ дѣлениями въ миллиметрахъ около рукоятки, позволяющей въ каждый данный моментъ знать степень расширенія канала шейки (рис. 52).

Всѣ эти дилататоры вводятся черезъ посредство зеркала или по пальцу; кромѣ того можно вводить ихъ послѣ предварительнаго изведенія матки.

При расширеніи канала дилататоръ вводится въ каналъ матки такимъ образомъ, чтобъ конецъ его зашелъ за внутреннее отверстіе, послѣ чего начинаютъ медленное расширеніе посредствомъ тѣхъ или другихъ приспособленій, которыя видны на рисункахъ.

Къ быстрымъ способамъ расширенія принадлежитъ *расширеніе по способу Негар'а*. Онъ состоитъ въ томъ, что черезъ каналъ матки проводится рядъ различной толщины гуттаперчевыхъ стержней. Длина каждаго расширителя (см. рис. 54) равняется приблизительно 12 см., изъ которыхъ около 3-хъ см. падаетъ на рукоятку, и около 9 на самый дилататоръ. Этотъ послѣдній представляетъ изъ себя нѣсколько изогнутый по длинѣ, гладко отполированный и съ закругленнымъ концомъ стержень. Толщина самага тонкаго инструмента равняется приблизительно толщинѣ толстой вязальной спицы и достигаетъ въ самомъ толстомъ стержнѣ  $3\frac{1}{2}$  см. въ діаметрѣ. Всѣхъ номеровъ этихъ стержней, различной толщины, двадцать шесть.

Расширеніе по способу Негар'а производится подъ хлороформомъ, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда больная не особенно чувствительна къ болямъ или когда расширеніе можетъ быть ограничено, по своимъ цѣлямъ, введеніемъ только нѣсколькихъ номеровъ или же когда по какимъ либо обстоятельствамъ хлороформированіе невозможно, то можно производить расширеніе и безъ наркотизаціи больной.

*Способъ расширенія.* Больная лежитъ на спинѣ. Вводится



Рис. 53.

двухстворчатое зеркало Нейгебауэра (или другое). Когда зеркало введено и влагалищная часть обнажена, то послѣдняя захватывается щипцами для извлечения и опускается нѣсколько книзу; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это возможно, я обыкновенно извожу влагалищную часть во входъ рукава. Извлекши теперь зеркало и фиксируя одною рукою матку щипцами, воткнутыми въ одну или обѣ губы порозия, врачъ беретъ другою рукою зондъ, и, опредѣливши имъ приблизительно ширину канала шейки, выбираетъ соотвѣтственной толщины нумеръ, хорошо смазаннаго дезинфицированнымъ масломъ или вазелиномъ дилататора, вводитъ его въ каналъ шейки за внутреннее отверстіе и держитъ его здѣсь нѣсколько секундъ. Опознательнымъ моментомъ, что конецъ инструмента прошелъ черезъ внутреннее отверстіе, будетъ служить ощущеніе быстрого проскальзыванія его черезъ препятствіе, получаемого операторомъ послѣ задержки инструмента въ области *orificiі internі*. Затѣмъ по порядку, одинъ за другимъ №№ дилататоровъ вводятся и выводятся до тѣхъ поръ, пока наконечъ не будетъ достигнута желаемая степень расширенія. Чѣмъ больше № расширителя, тѣмъ дольше нужно удерживать его на мѣстѣ передъ введеніемъ слѣдующаго.



Рис. 54.

Иногда при этомъ расширеніи получается разрывъ ткани маточной шейки, что случается или вслѣдствіе неподатливости измѣненной ткани или у женщинъ нерожавшихъ или рожавшихъ, но недопошенныхъ дѣтей. Если расширеніе должно быть очень велико, то лучше произвести предварительно боковые разрывы наружнаго отверстія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мнѣ приходилось прибѣгать и къ предварительному разрыву въ области внутренняго отверстія для того, чтобы провести тотъ или другой нумеръ расширителя.

Кромѣ расширителей Hegar'a мы имѣемъ еще дилататоры, предложенные впослѣдствіи Moritz'емъ (рис. 55); какъ видно изъ прилагаемаго рисунка, они состоятъ изъ металлическаго стержня съ шарообразнымъ различной величины окончаніемъ. Затѣмъ имѣются еще подобные же дилататоры Fritsch'a съ тою

разницею, что расширители имѣють форму различной толщины цилиндровъ.

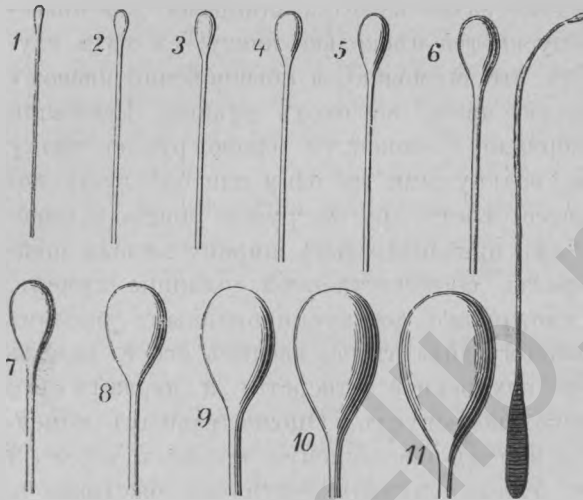


Рис. 55.

Описанные сейчасъ способы принадлежать къ способамъ быстрого расширенія канала матки.

*Медленный* способъ расширенія состоитъ въ постепенномъ растягиваніи канала шейки посредствомъ такихъ тѣлъ, которыя, всасывая въ себя влагу изъ окружающихъ тканей, разбухаютъ и увеличиваются такимъ образомъ въ объемѣ или же такихъ, которыя, будучи сжаты искусственно и высушены, получаютъ способность снова расширяться до первоначальнаго объема при соприкосновеніи съ жидкостями. Къ первымъ относятся: корень *Laminariae digitatae*, введенный въ гинекологическую практику Sloan'омъ; корень *Gentianae rubrae*, рекомендованный Winkel'емъ и наконечъ съ недавняго времени стержни растенія изъ семейства *Nissae aquaticae*—*Tupelo*, который введенъ въ практику Sussdorff'омъ. Ко вторымъ относится прессованная губка—*spongia compressa*, обязанная своимъ распространеніемъ въ гинекологической практикѣ Simpson'у.

Имѣющіяся въ продажѣ корни *Laminariae digitatae* представляютъ изъ себя различной толщины цилиндрическія палочки длиною 6—8 см. Одинъ конецъ палочки закругленъ, а къ



другому привязана шелковая нитка. Поверхность довольно хорошо отполирована. Некоторые изъ приготовленныхъ палочекъ снабжены сквознымъ продольнымъ каналомъ, предназначеннымъ для стока жидкости; эти полыя ламинарии при соприкосновеніи съ жидкостью расширяются быстрее чѣмъ цѣлыя. Для обеззараженія палочекъ ламинарии передъ введеніемъ ихъ въ каналъ шейки, онѣ кладутся на 3—4 минуты въ пробирную трубку съ кипящимъ 5% растворомъ карболовой кислоты; при этомъ кипяченіи ламинарии не успѣваютъ сильно набухнуть и вмѣстѣ съ тѣмъ получаютъ свойство гнуться, такъ что при введеніи имъ можно придать изгибъ канала полости матки.

Fritsch рекомендуетъ кипяченіе ламинарии въ спиртномъ растворѣ салициловой кислоты и затѣмъ опускать его въ другую пробирную склянку съ расплавленнымъ воскомъ и съ примѣсью той же кислоты. Передъ употребленіемъ стержни опускаются въ кипящій растворъ салициловой или карболовой кислоты.

О корнѣ *Gentianae tuberae* можно сказать, что онъ не получилъ общаго распространенія потому, что сравнительно съ предъидущимъ и особенно съ Turelo, онъ теряетъ свое значеніе по сравнительно малой способности своей къ разбуханію.

Палочки Turelo, имѣющіяся въ продажѣ, по опредѣленію профессора Горожанкина, принадлежатъ къ виду *Nyssae tomentosae*, растущаго въ Виргиніи и Кентукки около воды или въ водахъ, причѣмъ стволы растенія достигаютъ большихъ размѣровъ. На родинѣ встрѣчаются деревья, достигающія 10 сажень въ высоту и 1 саж. въ поперечникѣ ствола.

Благодаря любезности проф. В. А. Тихомірова, я, съ рукописи печатающагося имъ руководства къ Фармакогнозій, имѣю возможность представить слѣдующее описаніе свойствъ Turelo: однимъ изъ характернѣйшихъ физическихъ свойствъ Turelo должно считать значительное отсутствіе упругости клѣточныхъ стѣнокъ ея либриформа: бужи сильно разбухшіе въ водѣ не возвращаются къ ихъ первоначальному объему и лишаются твердости, оставаясь навсегда мягкими и губчатыми. Разъясненіемъ этого интереснаго факта мы обязаны Moeller'у: дѣло въ томъ, что для приготовленія бужей, дерево, изъ котораго они выдѣлываются, подвергаются пред-

варительно давлению посредством прессы, причемъ сухое дерево, какъ показали Moeller, можетъ быть доведено такимъ давлениемъ до  $\frac{1}{4}$  своего первоначальнаго объема; отсутствіе клѣточного строенія подѣ микроскопомъ ткани сухихъ бужей и рѣзкое измѣненіе всей картины при доступѣ къ ней воды объясняются прессованіемъ дерева передъ приготовленіемъ изъ него бужей. И такъ механизмъ набуханія бужей ламинарии и Turelo представляетъ между собою рѣзкое различіе: у первой мы имѣемъ дѣйствительное разбуханіе клѣточныхъ стѣнокъ и межкѣточного вещества ткани, у послѣдняго же одно распрямленіе сдавленныхъ клѣтокъ древесины, но не разбуханіе клѣточныхъ стѣнокъ.

Въ 1880 году я произвелъ параллельный опытъ относительно сравнительной способности къ набуханію всѣхъ выше названныхъ трехъ корней. Опытъ состоялъ въ томъ, что я взялъ три куска этихъ растений совершенно одинаговой длины (65 мм.) и толщины (5 мм.), привязалъ къ концамъ ихъ цинковыя пластинки и опустилъ ихъ всѣ въ одинъ стаканъ. Наблюденіе надъ ними показало слѣдующее:

		Lam.	Rad. gent.	Turelo.
Диаметръ черезъ	25 м.	5 мм.	$5\frac{2}{3}$ мм.	7 мм.
" "	50 "	$5\frac{2}{3}$ "	$6\frac{2}{3}$ "	$9\frac{1}{3}$ "
" "	1 ч. 50 "	6 "	$7\frac{1}{2}$ "	10 "
" "	2 " 30 "	$6\frac{1}{3}$ "	8 "	12 "
" "	4 " 40 "	$7\frac{1}{3}$ "	9 "	13 "
" "	8 " 30 "	$8\frac{2}{3}$ "	9 "	13 "
" "	20 " 30 "	13 "	9 "	13 "
Длина корней по окончаніи опыта черезъ	20 " 30 "	75 "	70 "	63 "

Послѣ извлеченія корней изъ воды жестче всѣхъ оказался кусокъ Turelo. Что же касается rad. Gentianae, то онъ представлялся до такой степени мягкимъ, что мялся между пальцами на подобіе тѣста.

Если сравнить свойства при набуханіи всѣми тремя корнями, то rad. Gentianae должно признать негоднымъ въ гинекологической практикѣ.

Сравнительно съ ламинаріями, Turelo имѣеть преимущество по своей скорѣйшей способности къ набуханію, потому что уже по прошествіи четырехъ часовъ своего соприкосновенія съ водою онъ достигъ полнаго разбуханія, между тѣмъ, какъ такой же длины и толщины кусокъ ламинаріи достигъ того же объема только спустя 15—20 часовъ.

Прилагаемые рис. 56 и 57 представляютъ ламинаріи и Turelo въ сухомъ и разбухшемъ состояніи.



Рис. 56.  
Ламинарія.



Рис. 57.  
Turelo.

До сего времени не было способа обеззараженія turelo. Въ настоящее время Otto von Neff предлагаетъ новый способъ дезинфекціи набухающихъ стержней, особенно turelo.

Имѣя въ виду, что микроорганизмы не легко могутъ проникнуть въ средину turelo, нужно все-таки допустить, что они легко проникають въ поверхностные его слои. Задача

автора состояла въ томъ, чтобъ найти такую жидкость, которая могла бы проникнуть и въ глубокіе слои ткаши и онъ остановился на эфиръ, какъ жидкости, которую всегда можно легко достать, а главное, имѣющей способность растворять почти все употребляемыя въ настоящее время дезинфекціонныя вещества, какъ-то: іодоформа (1:6), сублиматъ (1:4), карболовую, салициловую кислоты, Thymol и т. д.

Приготовленіе іодоформенныхъ палочекъ turelo производится такъ: куски turelo кладутся въ растворъ любой концентраціи іодоформа въ эфиръ. Смотра по толщинѣ куска, turelo разбухаетъ въ немъ по прошествіи 2—6 часовъ, послѣ чего они извлекаются и высушиваются на солищѣ или въ печи. Положенный въ растворъ кусокъ, соответствующій напримѣръ по толщинѣ № 17 скалы Charrier'a, по прошествіи трехъ часовъ разбухалъ до № 27, а по высушиваніи снова сжимался до № 18 той же скалы. Микроскопъ показалъ, что кристаллы іодоформа проникаютъ до середины самыхъ толстыхъ стержней.

Что касается до дезинфекціи turelo въ растворъ сублимата, то Herff клалъ стержни на 12 часовъ въ 1% эфирный растворъ сублимата и затѣмъ высушивалъ ихъ на солищѣ или на воздухѣ. Въ видахъ возможности прижиганія сублиматомъ слизистой оболочки, авторъ для предупрежденія предлагаетъ передъ употребленіемъ приготовленныхъ такимъ образомъ turelo тщательно обмыть корень растворомъ карболовой кислоты и обереть поверхность карболовою ватой.

Прессованная губка (рис. 58), встрѣчающаяся въ продажѣ, готовится фабричнымъ путемъ. Если врачъ не желаетъ подвергать себя случайности получить гнилыя губки, частицы которой могутъ оторваться и остаться въ полости матки, то лучше если онъ будетъ готовить ихъ самъ или поручать это надежному лицу. Здѣсь я представлю описаніе приготовленія губки, какъ это рекомендуется Sims'омъ, хотя способъ его мало отличается отъ способа, предложеннаго Simpson'омъ.

Губка должна имѣть хорошія свойства, но не быть слишкомъ мягкой и эластичною. Она должна быть чистою, но не поблѣднѣвшею, потому что процессъ поблѣднѣнія лишаетъ её совершенно эластичности. Губку называютъ конусообраз-

ными кусками различной толщины, длиною до двухъ дюймовъ. Черезъ продольную ось куска протыкають нагрѣтую прово-

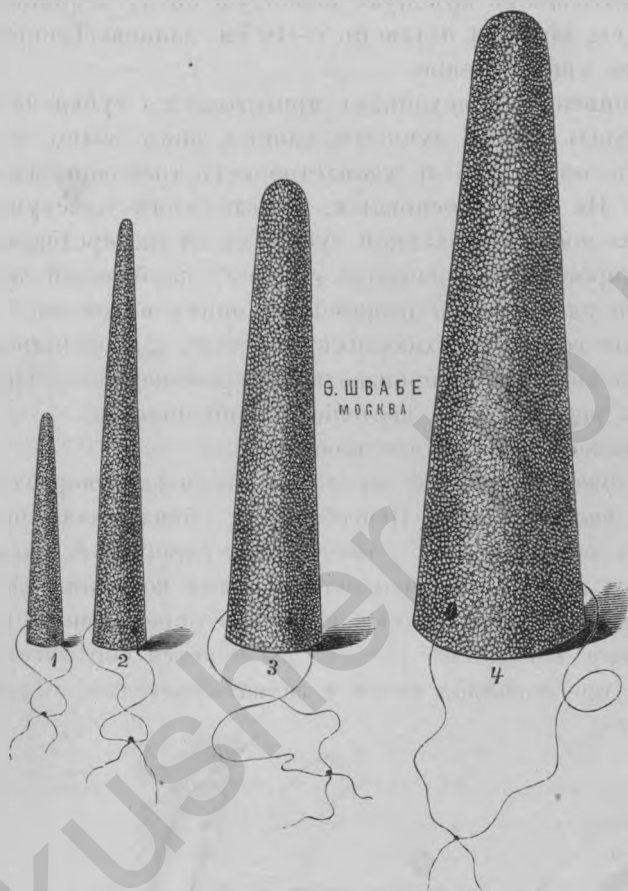


Рис. 58.

локу или шило и затѣмъ опускають въ густую слизь камеди, которою губка пропитывается. Послѣ этого она вынимается и сжимается круговыми ходами нитки такимъ образомъ, чтобъ поверхность ея была совершенно покрыта послѣдними; обматываніе начинаютъ съ тонкаго конца. По окончаніи этой процедуры проволока или шило удаляются и губка высушивается. Когда губка совершенно высохла, то нитку снимають

и сглаживают шлифовальной бумагой все неровности, получаемые от оборотов питки. Через середину толстаго конца губки протыкають крѣпкую шелковую питку и концы ея завязываютъ, образуя петлю въ 7—10 см. длиною. Теперь губка готова къ употребленію.

Хотя описанный механизмъ приготовленія губки не оставляетъ желать ничего лучшаго, однако, какъ видно изъ описанія, способъ этотъ не удовлетворяетъ требованіямъ листеризаціи. На этомъ основаніи, прежде чѣмъ приступить къ приготовленію прессованной губки, её нужно предварительно дезинфицировать въ растворѣ сѣлемы, карболовой кислоты, іодоформа или другихъ дезинфицирующихъ веществъ.

Введеніе всѣхъ набухающихъ веществъ для расширенія канала маточной шейки производится черезъ зеркало. Spiegelberg впрочемъ рекомендуетъ введеніе ихъ по пальцу.

При введеніи губки поступаютъ такъ:

Въ положеніи большой на спинѣ вводится створчатое зеркало (я ввожу зеркало Нейгебауэра), обнаженная влагалищная часть обмывается 2% растворомъ карболовой кислоты и очищается ватой, захваченною длиннымъ корнцангомъ. Смотря по ширинѣ канала, приблизительно опредѣленной предварительнымъ введеніемъ зонда, выбирается соответственной толщины прессованная губка и захватывается за толстый ея

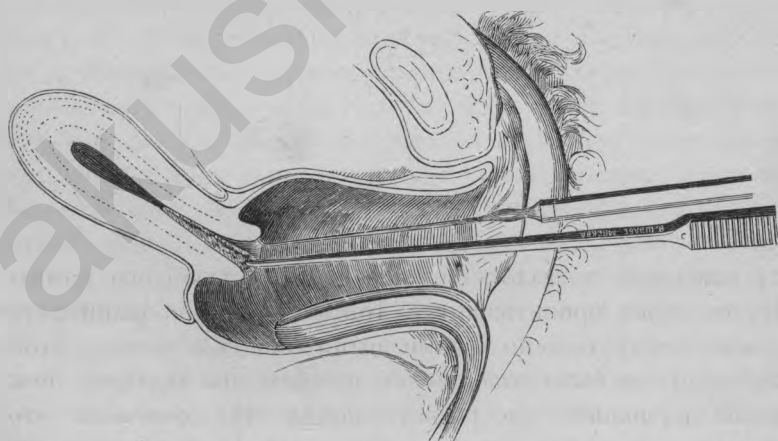


Рис. 59.

конецъ корицангомъ или же втыкается напримѣръ на конецъ инструмента для введенія разбухающихъ веществъ (рис. 59 и 60).

Продольная ось губки устанавливается подъ небольшимъ угломъ къ длинѣ корицанга (рис. 59). Если мы имѣемъ дѣло съ *anteversio* или — *flexio*, то верхушка этого угла обращается при введеніи губки къ крестцу, если же *retroversio* или — *flexio*, то къ лонному соединенію. Теперь влагалищная часть матки захватывается за переднюю губу и фиксируется крючкомъ Sims'a (рис. 59) или щипцами Hegar'a, а хорошо смазанная въ карболизованномъ масле, вазелинѣ или глицеринѣ прессованная губка вводится въ каналъ шейки. Въ некоторыхъ случаяхъ для проведенія губки можно произвести легкое изведеніе матки, что облегчаетъ проведеніе губки въ дѣйствиіе выпрямленія канала при его перегибахъ.



Рис. 60.

Проведеніе губки до внутренняго отверстія не представляетъ обыкновенно особыхъ затрудненій. Здѣсь же въ большинствѣ случаевъ оиъ встрѣчаетъ препятствіе, какъ и при введеніи зонда. Конецъ губки долженъ быть проведенъ за внутреннее отверстие.

Когда губка такимъ образомъ введена, то должно заботиться о томъ, чтобъ наружный конецъ нѣсколько выдавался изъ наружнаго отверстія, съ тою цѣлью, чтобъ при выведеніи ея можно было захватить концами корицанга за самую ткань губки.

Бываютъ случаи, что спазмъ внутренняго отверстія при введеніи губки продолжается долго. Выжиданіе прекращенія спазма очень неудобно, потому что губка быстро набухаетъ и дѣлается шероховатою, что составляетъ еще большее препятствіе для проведенія ея черезъ внутреннее отверстие. Въ подобныхъ случаяхъ нерѣдко приходится перемѣнить нѣсколько губокъ прежде чѣмъ достигъ цѣли.

Въ случаѣ узкости внутренняго отверстія, можно предварительно расширить его металлическимъ дилататоромъ.

Губку удерживаютъ въ своемъ положеніи, во 1-хъ, тѣмъ, что ее нѣсколько времени поддерживаютъ корицангомъ и даютъ такимъ образомъ набухнуть и, во 2-хъ, тѣмъ, что берутъ заранѣе приготовленный тампонъ изъ ваты (см. ниже)

смоченный въ дезинфицированномъ маслѣ или глицеринѣ и прикладываютъ его къ маточному рыльцу, извлекая затѣмъ зеркало.

Чтобъ избѣгать различныхъ случайностей, больная должна лежать въ постелѣ втеченіе всего времени пока у нея лежитъ губка. Последнюю оставляютъ на время отъ 3—6 часовъ; въ крайности можно ее оставлять и на цѣлыя сутки, чего однако должно избѣгать, такъ какъ спустя нѣсколько часовъ губка достигаетъ maximum'a своего разбуханія и слѣдовательно дѣлается лишнимъ и небезопаснымъ раздражителемъ.

Выведеніе губки производится или просто пальцемъ, вводимымъ во влагалище, которымъ надавливаютъ на наружный конецъ губки въ ту или другую сторону и внизъ для того, чтобъ освободить отъ вѣдрившихся въ ея ткань слизистой оболочки (маневръ, которымъ губка часто удаляется очень легко), или же, если этотъ способъ не удался, выдающійся конецъ губки захватывается введеннымъ по пальцу корнцангомъ; этимъ последнимъ прежде влеченія книзу всегда слѣдуетъ сдѣлать полукруговыя въ ту или другую сторону движенія по оси и затѣмъ осторожно извлекать губку изъ канала шейки. Только въ рѣдкихъ случаяхъ приходится прибѣгать здѣсь къ зеркалу.

Извлеченная губка представляетъ нерѣдко свой первоначальный до сжатія объемъ. Поверхность ея часто бываетъ покрыта слизью, иногда съ примѣсью крови.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, прежде чѣмъ достигъ желаемой степени расширенія канала шейки, приходится прибѣгать къ повторному введенію губокъ большаго калибра, причемъ никогда не должно забывать о предварительномъ прополаскиваніи влагалища теплымъ растворомъ какой нибудь дезинфицирующей жидкости.

Введеніе корней ламинаріи и *tupelo* производится также какъ и губки, но оно гораздо легче вслѣдствіе большей гладкости ихъ поверхности. Если существуетъ препятствіе во внутреннемъ отверстіи и толщина вводимаго куска не превышаетъ ширины просвѣта внутри маточнаго металлическаго дилатора, то можно очень легко провести его черезъ отверстіе послѣдняго, удерживая конецъ корня корнцангомъ во время извлеченія дилатора.



Нерѣдко извлеченіе сказанныхъ корней представляетъ затрудненіе, вельдствие образовавшейся перемычки на поверхности корня отъ сжатія его въ области *orificiі internі* и образовавшагося такимъ образомъ расширенія конца корня выше внутренняго отверстія. Для того, чтобъ побѣдить это препятствіе, требуется нѣкоторое насилье при извлеченіи корня, причемъ матка должна быть фиксирована.

Въ другихъ случаяхъ конецъ корня послѣ его введенія изгоняется сокращеніями матки изъ ея полости и при набуханіи расширяетъ только каналъ шейки до внутренняго его отверстія. Само собою разумѣется, что тогда снова приходится повторять операцию.

б) *Крозавое расширение канала маточной шейки* (*Discissio cervicis, Hysterostomatia, Trachelotomia*) есть операциа, состоящая въ расширеніи канала маточной шейки посредствомъ рѣзущихъ инструментовъ.

Способы расширенія различны, смотря по преслѣдуемымъ цѣлямъ. Чаще всего разрѣзъ канала шейки производится съ терапевтическими цѣлями, хотя нѣкоторые врачи, какъ напр. Schroeder, прибѣгаютъ къ нему во всѣхъ случаяхъ, гдѣ является показаніе къ расширенію канала съ цѣлью діагностическою, при чемъ онъ говоритъ, что въ послѣднее время совершенно не прибѣгаетъ для этого къ разбухающимъ средствамъ.

Смотря по направленію производимаго сѣченія шейки, *дисциссія* носитъ названіе *боковаю* или *стрѣловидною сѣченія*. Если разрѣзъ производится только въ области наружнаго отверстія, то операциа носитъ названіе *наружной дисциссіи*; если же оно заходитъ выше внутренняго отверстія канала шейки, то—*внутренней дисциссіи*. Если сѣченіе производится только одной стороны, то операциа называется *односторонней* (*unilateralis*), а если обѣихъ сторонъ, то *двухсторонней* (*bilateralis*) дисциссіей. Наконецъ если производится нѣсколько разрѣзовъ маточнаго рыльца, то операциа носитъ названіе *крестообразной* или *радіарной дисциссіи*.

Наконецъ сѣченіе задней губы предложено Sims'омъ при перегибахъ матки впередъ.

Операциа производится или посредствомъ ножа и ножницъ или при посредствѣ инструмента носящаго названіе *истеротома*.

Наибольшимъ распространениемъ пользуется гистеротомъ Greenhalgh'a, который есть не болѣе какъ видоизмѣненіе инструмента Simpson'a.

Гистеротомъ Simpson'a (рис. 61) представляетъ изъ себя закрытый ножъ. На прилагаемомъ рисункѣ можно видѣть, что онъ выводится изъ своего закрытаго состоянія посредствомъ прижатія согнутой подъ тупымъ угломъ его рукоятки къ рукояткѣ самаго инструмента, конецъ котораго снабженъ желобкомъ для помѣщенія ножа. Поворотами винта регулируется желаемая степень раскрытія ножа.

Инструментъ, предварительно лежавшій нѣкоторое время въ 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворѣ карболовой кислоты, вводится закрытымъ, по пальцу или чрезъ зеркало, въ каналъ маточной шейки.

Теперь рукоятки его сжимаются и обнаженный инструментъ извлекается, разрывая въ то же время одну изъ стѣнокъ канала. Вслѣдъ за этимъ инструментъ повертывается лезвиемъ ножа въ другую сторону, вводится снова тѣмъ же путемъ въ каналъ шейки и при извлеченіи имъ разрѣзается другая боковая стѣнка.

Неудобства повторнаго введенія и выведенія инструмента и вмѣстѣ съ тѣмъ возможность менѣе глубокаго втораго разрѣза побудили Greenhalgh'a видоизмѣнить гистеротомъ, снабдивши его другимъ ножомъ съ противоположной стороны. Прилагаемый рисунокъ 62 показываетъ, что гистеротомы Greenhalgh'a въ сущности представляютъ два одновременно дѣйствующихъ ножа въ инструментѣ Simpson'a. Такимъ образомъ при выведеніи инструмента можно произвести имъ одновременно и равномерно сѣченіе обѣихъ боковыхъ стѣнокъ канала.

Еще большее усовершенствованіе гистеротома представляетъ инструментъ Martin'a (рис. 63), при чемъ онъ снаб-



Рис. 63. 62. 61.

жень еще незначительною кривизною по плоскости, соответствующей перегибу канала матки.

Оба послѣдніе инструмента, предварительно дезинфицированные, вводятся также въ закрытомъ состояніи по пальцу или чрезъ зеркало.

Операція очень проста и можетъ быть производима безъ помощниковъ. Передъ операціей и послѣ нея влагалище спринцуется 2%—3% растворомъ карболовой кислоты.

Большаго навыка и опытности со стороны врача требуетъ операція расширения канала посредствомъ ножа. Съ этою цѣлью употребляется обыкновенный пуговчатый ножъ.

Больная ложится на спину, влагалищная часть обнажается зеркаломъ, обмывается карболовою водою и осушается ватю. Затѣмъ одною рукою хирургъ фиксируетъ матку крючкомъ или щипцами, а другою беретъ ножницы Кюхенмейстера (рис. 64), устанавливаетъ ихъ такимъ образомъ, чтобъ зубчатый конецъ ихъ легъ на наружную боковую сторону *portionis vaginalis*, а другой вводитъ въ каналъ шейки, послѣ чего однимъ ударомъ ножа производить сѣченіе одной стороны маточнаго рыльца. Также поступаетъ онъ и съ другою его стороною, повернувъ предварительно концы ножницъ въ противоположныя стороны. Послѣ этого, ориентировавшись зондомъ въ степени проходимости внутренняго отверстія и направленіи канала шейки, операторъ беретъ ножъ, проводитъ конецъ его за внутреннее отверстие и производитъ сѣченіе его сверху внизъ на известную глубину; затѣмъ повертываетъ ножъ лезвіемъ въ противоположную сторону и такимъ же образомъ дѣлаетъ разрѣзъ другой стороны стѣнки канала. Убѣдившись въ надлежащемъ расширеніи канала, онъ приступаетъ къ остановкѣ кровотока, если таковое появляется или же производитъ дальнѣйшія манипуляціи, если расширение предпринималось съ какими либо диагностическими или лечебными цѣлями.

Для разрѣза канала маточной шейки существуетъ еще ножъ

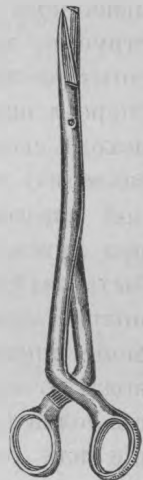


Рис. 64.  
Ножницы  
Кюхенмейстера.

Sims'a (рис. 65), который может быть изгибаемъ и фиксируемъ подъ любымъ угломъ относительно рукоятки. Ножъ этотъ не имѣетъ однако никакихъ особенныхъ преимуществъ сравнительно съ пуговчатымъ.

Съ диагностическими цѣлями Schroeder производить настолько глубоко сѣченіе маточной шейки, чтобъ послѣ него можно было провести палецъ въ полость матки.

При извѣстныхъ антисептическихъ предосторожностяхъ и при полномъ наркозѣ больной производится предварительная перевязка обѣихъ маточныхъ артерій (a. a. uterin). Съ этою цѣлью матка производится ко входу и сильно отводится сначала въ одну сторону; затѣмъ отыскивается ar. uterina, ощущиваніемъ ея пульсаціи; если послѣдняя отсутствуетъ, то берется крѣпкая, не длинная, сильно согнутая игла съ крѣпкою ниткою и протыкается спереди назадъ или сзади напередъ въ мѣрѣ перехода свода въ шейку, при чемъ лигатура должна захватить ту часть ткани вблизи шейки, въ которой анатомически лежитъ артерія. Чѣмъ больше при этомъ захвачено тканей, тѣмъ сильнѣе должно быть затягиваніе нитки. Послѣ этого производится полное сѣченіе шейки ножницами и ножомъ. Сѣченіе производится не сразу, а рядомъ ударовъ ножа до тѣхъ поръ, пока цѣль—проведеніе пальца въ полость матки—не будетъ достигнута. Когда изслѣдованіе или операція, съ цѣлью которой предпринято сѣченіе шейки, окончены, то губы сшиваются. Первый шовъ проникаетъ въ область внутренняго отверстія, при чемъ мѣсто вкола и выкола лежитъ въ сводѣ рукава; остальные швы накладываются легче и все концы нитокъ затягиваются сбоку влагалищной части матки. Обыкновенно кровотеченія послѣ этого не наблюдаются.

Радіарное и крестообразное сѣченіе влагалищной части состоитъ въ нѣсколькихъ или четырехъ крестообразно расположенныхъ разрѣзахъ ножницами *portionis vaginalis* въ области наружнаго отверстія.



Рис. 65.  
Ножъ Sims'a.

При перегибахъ матки впередъ Sims предложилъ дѣлать глубокое сѣченіе задней губы однимъ ударомъ ножницъ.

Если теперь сравнить все способы кроваваго и безкровнаго расширенія канала маточной шейки, то первому должно отдать преимущество, потому что при его примѣненіи мы можемъ провести принципъ листеризаціи во всей его полнотѣ и слѣдовательно предохранить больную отъ септического заболѣванія.

Изъ безкровныхъ способовъ по той же причинѣ мы должны отдать предпочтеніе расширенію по способу Негаръ'a. Сравнительно съ металлическими инструментальными дилататорами, онъ имѣетъ преимущество по своей простотѣ и въ болѣе надежномъ достиженіи цѣли. Этотъ способъ расширенія, смотря по цѣли, съ которою онъ предпринимается, производится или подъ хлороформомъ или безъ него. Подъ хлороформомъ операція производится во всехъ случаяхъ, гдѣ требуется значительное растяженіе канала, напримѣръ для проведенія пальца въ полость матки.

*Показанія къ расширенію полости матки* могутъ быть діагностическія и терапевтическія.

Расширеніе показуется:

1) Во всехъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вышеописанные способы изслѣдованія не дали ясныхъ указаній относительно формы заболѣванія и гдѣ является необходимость проведенія пальца или инструмента въ полость матки. Въ этомъ случаѣ расширеніе канала матки есть обыкновенно предварительная операція для послѣдующихъ діагностическихъ пріемовъ, какъ-то: ощупыванію полости матки пальцемъ, выскабливанію изъ полости матки частицъ слизистой оболочки или опухоли для микроскопическаго изслѣдованія.

2) Какъ предварительный моментъ для послѣдующихъ оперативныхъ или терапевтическихъ пріемовъ, какъ-то: внутриматочныхъ выскриваній, выскабливанія и выпоаскиваній полости матки, удаленія различнаго рода полиповъ, плацентарныхъ кусковъ, задержавшихся въ полости матки, инородныхъ тѣлъ, какъ напримѣръ шпилекъ, вводимыхъ женщинами для произведенія аборта.

3) *При суженіи маточной шейки.* Въ этомъ случаѣ операція предпринимается прямо какъ способъ леченія.

*Противопоказаніями* къ расширенію канала шейки будутъ служить всѣ острые воспалительные процессы въ половыхъ органахъ, а также и остатки ихъ въ видѣ пара-периметрита и оофорита.

Въ заключеніе относительно набухающихъ средствъ можно сказать, что онѣ повидимому отживаютъ свой вѣкъ и могутъ быть примѣняемы въ тѣхъ случаяхъ, когда врачъ желаетъ дѣйствовать тонически на самую ткань матки. Но и это мнѣніе, высказанное Fritsch'емъ, едва ли выдерживаетъ строгую критику, если мы будемъ смотрѣть на вялость мышечной ткани матки, какъ на симптомъ какого либо мѣстнаго страданія (конечно при условіи исключенія общихъ причинъ), съ удаленіемъ котораго тонусъ матки восстанавливается. Удаленіе же этихъ мѣстныхъ заболѣваній, какъ на примѣръ грануляцій, фунгозныхъ разращеній, въ настоящее время ни одинъ современный гинекологъ не будетъ производить раздавливаніемъ, вводя прессованную губку, а употребитъ здѣсь какіе либо другіе болѣе надежные и безопасные способы.

## ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

### **Катетеризація и изслѣдованіе мочеваго пузыря.**

Изслѣдованіе мочеваго пузыря производится посредствомъ инструментовъ или помощію пальца, вводимаго въ его полость.

Самый частый инструментъ, къ которому приходится прибѣгать врачу при изслѣдованіи мочеваго пузыря, есть катетеръ.

Катетеръ представляетъ изъ себя металлическую или эластическую трубку различной толщины съ слѣпымъ, закругленнымъ концомъ съ одной стороны и открытымъ съ другой. Въ разстояніи  $\frac{1}{2}$ —1 см. отъ слѣпаго конца въ стѣнкѣ трубки находится продолговатое отверстіе. Въ разстояніи  $1\frac{1}{2}$ —2 ст. отъ этого же конца металлическіе катетеры представляютъ незначительный изгибъ по длинѣ. (рис. 66) Металлическіе женскіе катетеры обыкновенно равняются по длинѣ 12—15 ст. Эластическіе гораздо длиннѣе, такъ какъ предназначаются и для другихъ цѣлей.

Твердые крѣпкіе катетеры приготавливаются кромѣ металла изъ твердаго каучука.

Введеніе катетера, всегда хорошо смазаннаго какимъ либо дезинфицированнымъ масломъ, вазелиномъ или глицериномъ, производится двоякимъ путемъ: при помощи зрѣнія и оцупью, подъ одѣяломъ.

*Введеніе катетера съ помощію зрѣнія.* Больная лежитъ на спинѣ съ согнутыми колѣнами и нѣсколько разведенными бедрами; между ногъ помѣщается какой нибудь плоскій сосудъ для воспринятія мочи. Оперирующій, стоя сбоку больной, указательнымъ и среднимъ пальцами одной руки разводитъ большія и малыя губы, вслѣдствіе чего отверстіе канала мочевого пузыря обнажается, другою рукою беретъ катетеръ какъ писчее перо и вводитъ его слѣпымъ концомъ въ отверстіе канала. При дальнѣйшемъ введеніи его въ каналъ шейки наружный конецъ постепенно опускается книзу, слѣдуя направленію мочеиспускательнаго канала. Оpoznательнымъ моментомъ, что конецъ катетера съ его отверстіемъ прошелъ внутреннее отверстіе канала будетъ служить истеченіе мочи изъ наружнаго отверстія инструмента.



Рис. 66.

Обыкновенно катетеръ вводится легко. Однако при показаніяхъ къ его употребленію для выпущенія мочи сейчасъ послѣ родовъ или вскорѣ послѣ нихъ найти отверстіе мочевого канала представляется иногда довольно затруднительнымъ, вслѣдствіе многочисленныхъ вблизи его надрывовъ слизистой оболочки и подлежащихъ тканей, а иногда и отекаго ихъ состоянія. Слѣдовать приэтомъ такому совѣту нѣкоторыхъ врачей, чтобъ, для отысканія отверстія, скользить концомъ инструмента по срединной линіи внизъ отъ клитора, не всегда приводитъ къ цѣли, потому что, вслѣдствіе иногда довольно глубокихъ надрывовъ ткани около отверстія мочевого канала, оно смѣщается въ сторону. При этихъ условіяхъ лучше прибѣгнуть къ оцупыванію канала черезъ влагалище, такъ какъ извѣстно, что каналъ этотъ лежитъ въ срединѣ возвышенія или бугорка на передней стѣнкѣ рукава. Очистивши предварительно входъ рукава отъ кровяныхъ сгустковъ, отверстіе обыкновенно находятъ легко.

При второмъ способѣ введенія катетера, *подъ одѣяломъ,*

когда врач руководствуется ощупью, больная лежит на спинѣ въ томъ же положеніи какъ и при предъидущемъ изслѣдованіи. Указательный палецъ одной руки операторъ вводитъ во влагалище, кладетъ его ладонною поверхностью на вышеупомянутый бугорокъ передней стѣнки рукава, впереди котораго лежитъ отверстіе мочеиспускательнаго канала. Другою рукою беретъ катетеръ и заставляетъ конецъ его скользить до того мѣста, гдѣ, судя по ощущенію, получаемому во влагалищѣ пальцемъ, должно находиться отверстіе мочеваго канала. Когда конецъ катетера проникъ въ каналъ, то присутствіе инструмента ощущается чрезъ стѣнку бугорка, лежащимъ на немъ пальцемъ. Дальнѣйшее приведеніе катетера уже не представляетъ затрудненія.

Другой способъ катетеризаціи пузыря подъ одѣяломъ состоитъ въ томъ, что лѣвымъ указательнымъ пальцемъ помѣщаемымъ подъ клиторомъ приподнимаютъ его къ верху. Затѣмъ правою рукою берутъ катетеръ и заставляютъ его скользить къ низу по средней линіи до тѣхъ поръ, пока конецъ инструмента не попадетъ въ отверстіе мочеваго канала.

Изъ обоихъ послѣднихъ способовъ должно всегда предпочитать первый: во 1-хъ потому, что онъ болѣе удобенъ, а во 2-хъ потому, что имъ избѣгается совершенно ненужное раздраженіе клитора.

Введеніе эластическаго катетера не представляетъ никакой разницы. Что же касается до мягкихъ какъ напримѣръ пелатоновскихъ, то ихъ нужно вводить при помощи глаза.

Вообще же можно сказать что къ катетеризаціи ощупью, врачъ можетъ прибѣгать только напрактиковавшіе предварительно въ этомъ приѣмѣ на трупахъ.

Когда катетеръ введенъ и моча вышла чрезъ наружный его конецъ, то при выведеніи инструмента наружный конецъ его закрывается большимъ пальцемъ, а самая трубка захватывается между указательнымъ и среднимъ пальцами, которыми извлекается наружу. По отнятій большаго пальца остатки мочи въ трубкѣ выпускаются надъ сосудомъ. Этотъ способъ выведенія мочи хорошъ тѣмъ, что остающіяся капли мочи задерживаются въ катетерѣ до отнятія большаго пальца и предохраняетъ половыя части, а также бѣлье и повязку около нихъ, отъ загрязненія.



*Показаніемъ* къ катетеризаціи мочеваго пузыря служитъ обыкновенно выведеніе изъ него мочи. Повторное выведеніе мочи въ промежуткахъ времени отъ 3—5 часовъ показуется при атоніи пузыря послѣ родовъ, при операціи пузырно-влагалищныхъ свищей, при чемъ нѣкоторые хирурги рекомендуютъ его оставлять на нѣсколько дней (*à demeure*); далѣе катетеризаціи показуется послѣ операцій въ брюшной полости, когда больная должна лежать почти неподвижно въ теченіе нѣсколькихъ дней какъ напр. послѣ овариотоміи, міотоміи, экстирпаціи матки и т. д. Во всѣхъ послѣднихъ случаяхъ лучше прибѣгать къ мягкому катетеру Нелатона, какъ менѣе раздражающему мочевой каналъ при введеніи и выведеніи инструмента; для того, чтобы избѣгнуть катаррального воспаления катетеръ долженъ постоянно лежать въ закрытомъ плоскомъ сосудѣ въ 2% растворѣ карболовой кислоты.

Кромѣ выведенія мочи катетеръ можетъ быть примѣненъ какъ инструментъ для опредѣленія присутствія инородныхъ тѣлъ въ мочевомъ пузырьѣ. Затѣмъ онъ вводится въ мочевой пузырь для опредѣленія мѣста нахождения пузырныхъ влагалищныхъ фистуль.

Катетеръ вводится также во время операцій на влагалищной части матки для того, чтобы въ каждую данную минуту операторъ могъ ориентироваться о мѣстѣ нахождения дна мочеваго пузыря и такимъ образомъ избѣгнуть пораненія его стѣнокъ.

*Промываніе пузыря.* Черезъ катетеръ можно производить промываніе мочеваго пузыря. Съ этою цѣлью употребляется 1%—2% растворы карболовой кислоты, но еще чаще 2%—4% борной кислоты. Самый процессъ промыванія производятъ такъ:

Въ наружный конецъ катетера введеннаго въ мочевой пузырь, послѣ выпущенія мочи, наливается инъецируемая въ него жидкость посредствомъ спринца для того, чтобы вытѣснить воздухъ. Затѣмъ на этотъ же конецъ надѣвается трубка отъ резервуара (см. ниже рис. 69) съ тою или другою жидкостью или же въ отверстіе его вводится конецъ хирургическаго наконечника. Послѣ этого открываютъ кранъ ирригатора и пузырь наполняется жидкостью. Когда наполненіе достаточно, то конецъ наконечника вынимаютъ или снимаютъ трубку ирригатора и жидкость стекаетъ въ поставленный, между но-

гами больной, сосудъ. Операция вливанія жидкости можетъ быть нѣсколько разъ повторена. Въмѣсто ирригатора можно съ тою же цѣлью употреблять большой сифонъ.

Для того, чтобъ устранить повторное введеніе и выведеніе жидкости для прополаскиванія пузыря рекомендуется катетеръ à double courant (рис. 67). Послѣ его введенія въ мочевою пузырь на верхній конецъ надѣвается трубка ирригатора и по открытіи крана, втекающая въ пузырь жидкость вытекаетъ черезъ нижній конецъ. Если надо задержать жидкость въ мочевоомъ пузырьѣ и нѣсколько растянуть его стѣнки, нижній конецъ трубки закрывается на время пальцемъ.

Температура жидкости, употребляемая при выполаскиваніи, зависитъ отъ показаній, съ которыми послѣднее употребляется.

Показаніями къ выполаскиванію пузыря будутъ служить всѣ случаи, гдѣ имѣется катарральное состояніе его слизистой оболочки, дабы удалить продукты воспаленія. Здѣсь выполаскиваніе производится теплою водою 27—29° R. Выполаскиваніе показуется также при кровотеченіяхъ изъ мочеваго пузыря. Если кровотеченіе зависитъ отъ распаденія злокачественныхъ новообразованій, то введеніе катетера должно быть очень осторожнымъ, дабы не произвести пораненія и еще большаго кровотеченія. Въ этихъ случаяхъ выполаскиваніе дѣлается прохладною или холодною водою.

*Ислѣдованіе мочеваго пузыря пальцемъ.* Кромѣ инструментовъ полость мочеваго пузыря можетъ быть ислѣдуема пальцемъ. Это ислѣдованіе производится обыкновенно послѣ предварительнаго расширенія мочеваго канала.

Женскій мочевоі каналъ обладаетъ значительною степенью растяжимости, что доказываютъ факты возможности черезъ него coitus'a, когда существуетъ какое либо болѣе сильное



Рис. 67.

препятствіе со стороны входа въ рукавъ. Хотя въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ нельзя заранѣе опредѣлить степень растяжимости канала, которая не повела бы за собою разрыва его стѣнокъ съ послѣдующимъ недержаніемъ мочи, однако на основаніи опыта можно сказать, что она колеблется между 6,5—8 см.

Способъ расширенія мочеиспускательнаго канала, предпринимаемаго при глубокомъ наркозѣ больной, данъ Simon'омъ. Онъ состоитъ въ разрѣзѣ наружнаго края его отверстія ножницами. Разрѣзовъ этихъ дѣлается три: два боковыхъ въ  $\frac{1}{4}$  см. глубиною и одинъ задній, захватывающій стѣнку влагалища, въ  $\frac{1}{2}$  см. глубиною. Послѣ этого въ отверстіе канала вводится зеркало Simon'a на подобіе того какъ это описано при введеніи Негар'овскихъ расширителей въ каналъ матки. Зеркала Simon'a въ количествѣ семи различныхъ по толщинѣ номеровъ отъ  $\frac{3}{4}$ —2 см. въ діаметрѣ приготовлены изъ твердаго каучука (см. рис. 68); поверхность зеркалъ гладко отполирована; на переднемъ концѣ онѣ прямо обрѣзаны, каждое зеркало снабжено проводникомъ, закрученный конецъ котораго конусообразно выдается изъ отверстія конца вводимаго въ мочевоу каналъ. Зеркала вводятся въ замкнутомъ состояніи, начиная съ меньшаго калибра и кончая тѣмъ размѣромъ инструмента, ширина котораго послѣ выведенія дастъ возможность провести палецъ въ полость мочеваго пузыря.



Рис. 68.

Если при разрѣзахъ отверстія канала явится кровотеченіе, то оно болѣею частью останавливается перекручиваніемъ сосудовъ, а въ случаѣ надобности и перевязкою ихъ стѣнокъ лигатурами. По окончаніи изслѣдованія края разрѣзовъ, особенно задняго, соединяются швами.

Расширеніе послѣ предварительныхъ разрѣзовъ можетъ быть производимо и другими дилататорами, употребляемыми для расширенія канала маточной шейки.

Кромѣ описаннаго быстраго или кроваваго расширенія цѣль можетъ быть достигнута медленнымъ безкровнымъ путемъ посредствомъ набухающихъ веществъ: прессованной губки, ламинарии и тупело. Введеніе ихъ здѣсь въ каналъ мочеваго

пузыря не представляет затруднений, однако вследствие болѣзненности и продолжительности расширения ими канала, кровавый способ заслуживаетъ полнаго предпочтенія. Послѣдній способъ заслуживаетъ предпочтенія и потому, что онъ менѣе опасенъ, такъ какъ и прессованная губка, и вѣроятно корни, всасывая въ себя составныя части мочи, могутъ способствовать ея разложенію съ дальнѣйшими отъ этого послѣдствіями.

*Показаніями* къ расширенію канала шейки мочевого пузыря будутъ служить все случаи, когда врачу необходимо проникнуть пальцемъ въ полость пузыря съ цѣлью діагностики или терапіи. Ощупываніемъ полости мочевого пузыря опредѣляются свойства слизистой оболочки въ случаѣ какихъ либо ея перерожденій или разраженій. Оно предпринимается также съ цѣлью удаленія новообразованій.

Оно показуется также при необходимости прижиганія внутренней поверхности черезъ зеркало. Далѣе, для вскрытія околоматочныхъ кровянистыхъ опухолей, если таковое невозможно черезъ влагалище; при операціяхъ кишечно-пузырныхъ фистулъ. — Наконецъ расширеніе канала необходимо при показаніяхъ къ катетеризаціи мочеточниковъ.

Расширеніе мочевого канала рекомендуется нѣкоторыми при упорныхъ катаррахъ слизистой оболочки мочевого пузыря для того, чтобъ дать свободный стокъ мочи и тѣмъ устранить разложеніе ея въ полости пузыря.

*Противопоказаніемъ* къ расширенію канала будутъ служить все острые воспалительные процессы, какъ въ самыхъ стѣнкахъ мочевого пузыря, такъ и въ окружающихъ его частяхъ.

*Манометрія и эндоскопія.* Для опредѣленія давленія жидкости въ мочевомъ пузырьѣ прибѣгаютъ къ манометріи, рекомендованной Schatz'омъ, которая въ будущемъ общааетъ дать въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ важныя точки опоры для діагностики.

Для полноты слѣдуетъ еще сказать объ изслѣдованіи полости пузыря и матки посредствомъ эндоскопа. Способъ не нашедшій себѣ примѣненія, какъ недостигающій цѣли: опредѣленія свойствъ слизистой оболочки этихъ органовъ зрѣніемъ при посредствѣ освѣщенія.

## ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

### ГЛАВА ПЕРВАЯ.

#### **Примѣненіе лекарственныхъ веществъ къ слизистой оболочкѣ влагалища.**

Лекарственные вещества примѣняются къ слизистой оболочкѣ влагалища въ жидкомъ, твердомъ, тѣстообразномъ и газообразномъ видѣ.

#### **Спринцеваніе во влагалище.**

Подъ именемъ влагалищныхъ спринцеваній, инъекцій, разумѣется введеніе воды или смѣси ея съ лекарственными веществами во влагалище.

Французскіе авторы (Leblond) подраздѣляютъ спринцеваніе, смотря по способу ихъ примѣненія, на три категоріи:

1) Подъ именемъ *инъекцій, спринцеваній*, разумѣется введеніе жидкостей въ заранѣе опредѣленномъ количествѣ и обыкновенно продолжающемся недолго.

2) *Ирригациями, орошеніями или вытоласкиваніями* называется введеніе жидкости въ различномъ, неопредѣленномъ количествѣ, смотря по надобности.

3) Названіе *маточныхъ душъ* принадлежитъ способу введенія жидкости, при которомъ имѣютъ въ виду дѣйствовать на влагалищную часть матки большею или меньшею силою вытекающей струи, различной температуры.

Что касается инструментовъ, употребляемыхъ для введенія лекарственныхъ веществъ въ полость матки, то я не вижу надобности дѣлать ихъ, смотря по способу ихъ примѣненія,

такъ какъ всѣ нижеописанные аппараты могутъ быть одинаково примѣнены во всѣхъ случаяхъ.

Для спринцованія во влагалище нужно имѣть: 1) резервуаръ для помѣщенія жидкости, 2) проводящую трубку соединенную съ резервуаромъ, 3) наконечникъ, вводимый во влагалище и соединенный съ проводною трубкою 4) кранъ для регулированія вытекающей жидкости и наконечъ 5) подкладное судно.

Для всѣхъ случаевъ можно примѣнять кружку Эсмарха (рис. 69), которая состоитъ изъ цинковаго резервуара, величина котораго различна. Кружка можетъ быть повѣшена на стѣнку или удерживаться рукою за рукоятку, находящуюся сбоку резервуара. Дно кружки снабжено отверстиемъ, къ которому придѣлана короткая металлическая трубка, служащая мѣстомъ соединенія съ различной длины гуттаперчевой трубкой.

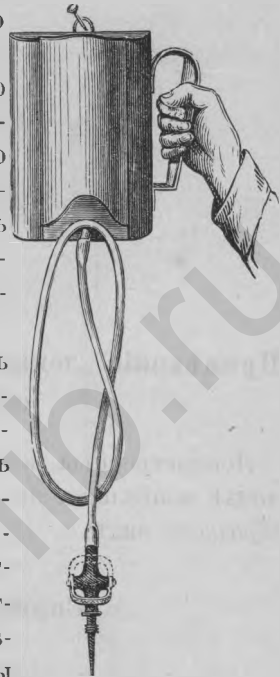


Рис. 69.

Другой конецъ трубки соединяется съ маточнымъ наконечникомъ. Этотъ послѣдній представляетъ изъ себя различной толщины эластическую трубку, нѣсколько изогнутую по длинѣ (рис. 70). Маточный конецъ трубки закругленъ и снабженъ небольшими отверстиями съ боковъ и въ верхушкѣ закругленнаго конца. Наружный конецъ нѣсколько расширенъ и соединяется съ трубкою.

Кранъ помѣщается или между концами разрезанной ближе къ наконечнику трубки или же какъ это представлено на рисункѣ 71 придѣлать къ маточному наконечнику.

Кромѣ эластическихъ наконечниковъ существуютъ еще стеклянные, изъ твердаго каучука и т. д.



Рис. 70.

Затѣмъ вмѣсто круглыхъ небольшихъ отверстій на маточномъ концѣ были предложены маточные наконечники съ продольными небольшими окошками (рис. 72 и 73), особенно для

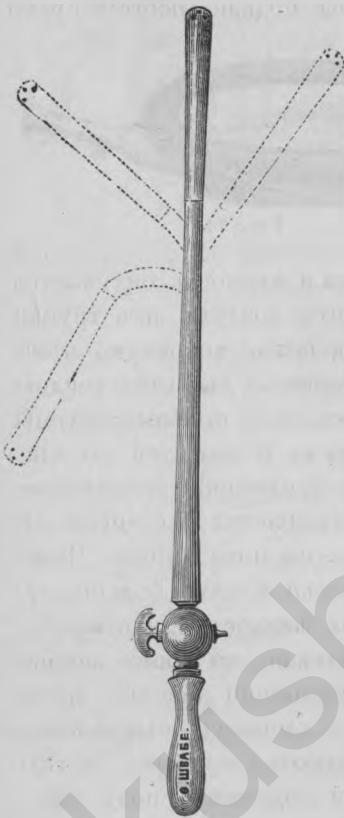


Рис. 71.



Рис. 72.



Рис. 73.

случаевъ гдѣ нежелательно чтобъ жидкость проникла въ полость матки какъ напримѣръ, при спринцеваніи во время менструаціи, или у женщинъ, у которыхъ инъекціи вызываютъ маточныя колики, обмороки и другіе нервные припадки, объясняемые вступленіемъ жидкости въ полость матки.

Спринцеванія производятся или самимъ врачомъ, или акушеркой или наконечъ самую больную.

Въ первыхъ случаяхъ онѣ производятся въ лежачемъ положеніи больной на спинѣ, въ послѣднемъ же больная можетъ производить ихъ въ сидячемъ положеніи надъ биде.

При спринцеваніи въ лежачемъ положеніи больной, постель покрывается клеенкою, подъ крестецъ подкладывается судно (рис. 74), край котораго нѣсколько выдается впереди половыхъ органовъ. Резервуаръ наполненный жидкостью находится при-  
вѣшеннымъ на извѣстной высотѣ около постели.

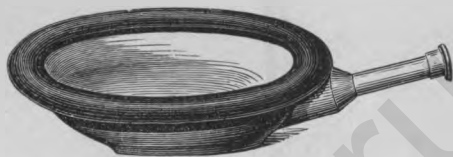


Рис. 74.

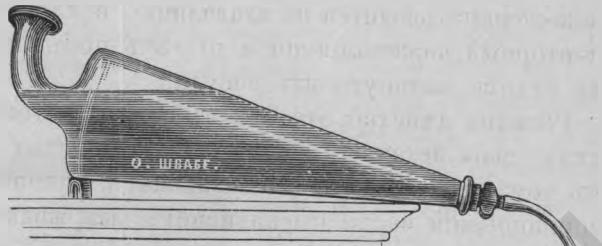
Передъ введеніемъ край открывается и жидкость опускается въ сосудъ для того, чтобъ вытѣснить воздухъ изъ трубки и вмѣстѣ съ тѣмъ спустить изъ нея болѣе холодную, чѣмъ въ резервуарѣ, жидкость, если спринцеваніе дѣлается теплою водой. Конецъ маточнаго наконечника, если половые органы сухи, смазывается чистымъ глицериномъ и вводится во влагалище на глубину 6—8 см. или на протяженіе равняющее-ся длинѣ пальца. Затѣмъ край открывается постепенно и если нужно, то вполнѣ, сообразуясь съ показаніемъ. Чѣмъ выше подвѣшенъ резервуаръ или кружка и чѣмъ больше открытъ край, тѣмъ сильнѣе истеченіе жидкости и наоборотъ.

Когда жидкость въ резервуарѣ вытекла, то край закрывается, наконечникъ извлекаютъ и, осушивши половыя части полотномъ, вынимаютъ подставникъ и клеенку; обыкновенно покровы крестца при этомъ представляются мокрыми, вслѣдствіе чего ихъ необходимо осушить и подложить подъ крестецъ, если больная не можетъ вставать, въ нѣсколько разъ свернутую простыню.

Кромѣ кружки Эсмарха слѣдуетъ сказать объ ирригаторѣ Leiter'a. Онъ представляетъ (рис. 75), изъ себя толстостѣнную, различной вместимости, стеклянную воронку съ дѣленіями въ литрахъ. Узкій конецъ воронки обращенъ книзу и снабженъ отверстіемъ, закрываемымъ стекляннымъ, ввинчивающимся въ него краномъ; нижняя часть крана представляетъ трубкообразное удлиненіе, на которое надѣвается гуттаперчевая трубка; другой конецъ послѣдней соединяется съ маточнымъ



наконечникомъ. Сверху аппаратъ представляетъ дугообразно



согнутую шейку, отверстие которой обращено въ сторону для того, чтобы жидкость не могла засариваться.

Матерьяль, изъ котораго приготовляется этотъ аппаратъ, дозволяетъ его держать въ надлежащей чистотѣ, чему способствуетъ и самое его устройство.

Изъ другихъ инструментовъ по его портативности очень удобенъ каучуковый клизмомпъ (рис. 76). Онъ состоитъ изъ резинового небольшого шара и снабженъ двумя трубками. Одна изъ трубокъ предназначена для всасыванія жидкости, а другая для спринцеванія. При сжиманіи шара воздухъ выходитъ въ инъекціонную трубку, а при разжиманіи его черезъ присасывающую трубку, помѣщенную концомъ въ жидкость, послѣдняя входитъ въ полость шара. При повторныхъ сжиманіяхъ и разжиманіяхъ воздухъ наконецъ совершенно вытѣсняется и изъ инъекціонной трубки выходитъ жидкость, уже несодержащая воздуха.

При спринцеваніи въ сидячемъ или лежащемъ положеніи больной присасывающая трубка опускается концомъ въ жидкость, налитую въ какой либо сосудъ: кувшинъ, тазъ и т. д. и, сдѣлавши нѣ-

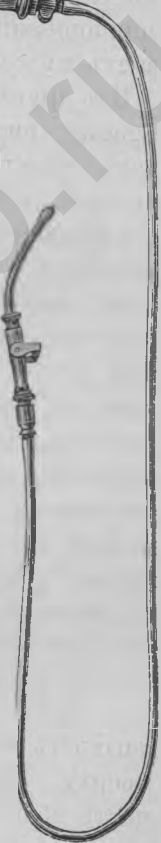


Рис. 75.

Рис. 76.

сколько нажимовъ шара для вытѣсненія воздуха, маточный наконечникъ вводится въ влагалище, послѣ чего производится повторныя нажиманія шара до тѣхъ поръ, пока вся жидкость не будетъ вытянута изъ сосуда.

Разница дѣйствія этого клизопомпа состоитъ въ непостоянствѣ силы истеченія жидкости. Неудобство состоитъ еще и въ томъ, что конецъ всасывающаго наконечника, во время сиринцованія часто высккиваетъ изъ жидкости и захватываетъ въ себя воздухъ.

Изъ другихъ аппаратовъ можно указать еще на ирригаторъ Egusier (рис. 77). Онъ состоитъ изъ цилиндра у дна кото-

раго сбоку находится отверстіе, соединяющееся съ короткою трубою, снабженною краномъ. Кнаружи отъ этого крана имѣется винтовая наръзка, предназначенная для при-

винчиванія проводной трубки. Сверху цилиндръ закрывается привинчивающеюся крышкою, на верхней поверхности которой имѣется пружинный аппаратъ, приводящій въ движеніе поршень, хорошо пригнанный внутри цилиндра. На поршень сдѣланы отверстія съ клапанами, открывающимися книзу. Когда желаютъ привести аппаратъ въ дѣйствіе, то въ него наливаютъ жидкость и затѣмъ поднимаютъ поршень поворотами винта вверхъ. Съ каждымъ поворотомъ клапаны открываются и часть воды находящейся сверху поршня проходитъ черезъ его отверстія внизъ. Когда дѣйствіе винта кончилось, то поршень снова стремится опуститься къ низу, но этому препятствуютъ закрывающіяся теперь клапаны. Мало по малу поворотами винта вся жидкость, находившаяся надъ поршнемъ переходитъ подъ него и находится подъ извѣстнымъ давленіемъ силы нажима пружины.

При сиринцеваніи посредствомъ этого аппарата нужно

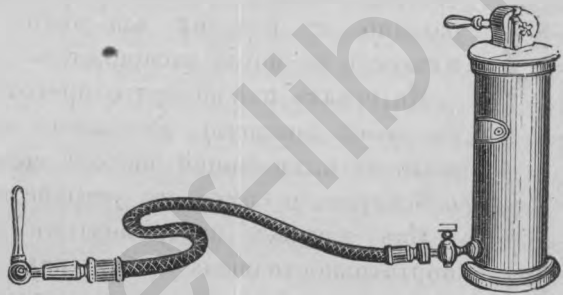


Рис. 77.

быть очень осмотрительнымъ при завинчиваніи крышки и стараться, чтобъ она была привинчена хорошо. Когда желаютъ пустить аппаратъ въ дѣйствіе, то открываютъ кранъ и вода выдавливается изъ него съ извѣстною силою, которую можно регулировать бѣльшимъ или меньшимъ открытіемъ крана. Чѣмъ больше открыть кранъ, тѣмъ сильнѣе бьетъ изъ него струя и наоборотъ. При инъекціяхъ никогда не должно отвертывать кранъ вполнѣ.

Въ настоящее время ирригаторъ Eguisier тоже совершенно оставленъ, во 1-хъ потому, что онъ былъ замѣненъ вышесказанными ирригаторами и кружками, во 2-хъ потому, что онъ требуетъ большой силы при заводѣ пружины, въ 3-хъ потому, что поршень часто портится и наконецъ въ 4-хъ потому, что онъ не совершенно безопасенъ и при нѣкоторомъ невниманіи и недосмотрѣ при завинчиваніи крышки во время завода пружины, послѣдняя вмѣстѣ съ крышкой можетъ выскочить изъ цилиндра съ большою силою.

Инъекціи смотря по преслѣдуемымъ цѣлямъ могутъ быть очищающими или лекарственными. Весьма часто первыя предпосылаются вторымъ.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ инъекціи производятся съ цѣлью дѣйствія ихъ на влагалищную часть матки.

*Очищающія* инъекціи производятся просто водою, имѣютъ цѣлью удалить скопляющіяся въ влагалищѣ ненормальныя выдѣленія слизистыхъ оболочекъ матки и самаго рукава. Дѣйствіе ихъ на самый болѣзненный процессъ почти ничтожно. Количество жидкости употребляемое при этомъ равняется 4—6 стаканамъ.

Что касается температуры жидкости употребляемой при инъекціяхъ, то она бываетъ различна, смотря по показаніямъ болѣзни.

Инъекціи называются холодными, когда температура жидкости не переходитъ  $15^{\circ}\text{R}$ . Прохладными отъ  $15$ — $22^{\circ}\text{R}$ . тепловатыми отъ  $22$ — $26^{\circ}\text{R}$ . теплыми отъ  $26$ — $32^{\circ}\text{R}$ . и наконецъ горячими отъ  $32$ — $40^{\circ}\text{R}$ . Холодныя спринцованія производятъ сначала сжатіе сосудовъ, а затѣмъ расслабленіе ихъ стѣнокъ и возбуждаютъ этимъ путемъ реакцію въ кровообращеніи сосудовъ таза: такимъ образомъ дѣйствіе ихъ будетъ возбуж-

дающимъ и раздражающимъ. Теплыя инъекціи наоборотъ дѣйствуютъ успокоивающимъ и болеутоляющимъ образомъ.

Что касается до *лекарственныхъ* инъекцій, то, смотря по цѣлямъ съ которыми применяются, онѣ могутъ быть обволакивающими, вяжущими, дезинфицирующими и болеутоляющими.

*Обволакивающія* спринцованія приготовляются изъ слизь-дающихъ веществъ при ихъ нагрѣваніи съ водою; чаще всего употребляется съ этою цѣлью льняное сѣмя (*Semina lini*). Для приготовления слизистаго отвара употребляютъ 1—2 стакана льняного семени на 8—10 стакановъ воды: при кипяченіи быстро образуется слизистая жидкость, которая процеживается черезъ тонкое и рѣдкое полотно и затѣмъ остужается; эти инъекціи дѣлаются всегда теплыми. Кромѣ льнянаго семени съ тою цѣлью можно употреблять отвары проскурняка (*rad. Althaeae*), садепъ (*tubera Salep*) и т. д.

Эти спринцованія практикуются во всѣхъ случаяхъ остраго воспаленія слизистой оболочки влагалища и влагалищной части.

Сообразно съ новѣйшими взглядами на причины воспаленія въ настоящее время эти обволакивающія спринцованія замѣнены *дезинфицирующими*.

Изъ дезинфицирующихъ средствъ для инъекцій въ настоящее время самое видное мѣсто принадлежитъ, по частотѣ употребленія, карболовой кислотѣ и сублимату.

Для спринцованій карболовая кислота употребляется въ 1—2% растворѣ, рѣдко въ болѣе сильной концентраціи.

Сублиматъ въ разведеніи 1:1000 и 1:2000. Для удобства Chrobak рекомендуетъ выписывать 5% алькогольный растворъ сублимата и для полученія растворовъ извѣстной концентраціи брать 10 граммъ (около 5jj) алкогольнаго раствора на 1 литръ (2 ф. 9 унц. 3 др.) дистиллированной воды, что составляетъ 0,5% или приблизительно 1½ чайныхъ ложки раствора на 6 стакановъ воды. Если взять на тоже количество дистиллированной воды 20 граммъ, то получится 1% жидкость.

Къ дезинфицирующимъ средствамъ принадлежитъ салициловая кислота въ различной концентраціи растворовъ. Для того, чтобъ сдѣлать кристаллы ея растворимыми ихъ переводятъ въ жидкое состояніе нагрѣваніемъ на водяной банѣ и затѣмъ прибавляютъ нужное количество воды.

Хорошо дѣйствуютъ растворы карболовой кислоты съ прибавленіемъ салициловой.

Довольно большимъ распространеніемъ пользуется тимоль въ растворѣ 1:1000. Онъ имѣетъ преимущество передъ карболовою кислотою тѣмъ что не производитъ такого раздраженія, напр. кожи при мытьѣ рукъ, какъ карболовая кислота и не имѣетъ такого рѣзкаго запаха.

Хлористый цинкъ примѣняется въ 1% растворѣ.

Къ хорошимъ дезинфицирующимъ средствамъ принадлежитъ марганцево-кислое кали. При своемъ дѣйствіи оно отдаетъ свой кислородъ органическимъ тканямъ и обезцвѣчивается. Это обезцвѣчиваніе служитъ хорошимъ критеріемъ при сужденіи о прекращеніи его дѣйствія, такъ какъ истеченіе изъ влагалища окрашенной въ фіолетовый цвѣтъ жидкости будетъ служить указаніемъ, что окисленія уже не происходитъ.

Къ числу лучшихъ дезинфицирующихъ принадлежитъ хлорная вода, но къ сожалѣнію удушливый ея запахъ и отчасти трудность приготовленія дѣлаютъ ее мало доступной въ практикѣ.

Къ числу новѣйшихъ дезинфицирующихъ принадлежитъ резорцинъ, употребляемый для инъекцій въ 2% растворѣ.

Кромѣ вышеназваннаго показанія къ примѣненію дезинфицирующихъ инъекцій, онѣ примѣняются при всѣхъ инфекціонныхъ процессахъ въ половыхъ органахъ. Выборъ того или другаго изъ сказанныхъ средствъ будетъ зависѣть отъ врача, потому что еще и до сихъ поръ неполнѣ выяснено, которое изъ нихъ будетъ наиболѣе рачіональнымъ въ каждомъ данномъ случаѣ.

Чаще всего дезинфицирующія инъекціи примѣняются съ цѣлями профилактическими, какъ то: во время беременности, родовъ и послѣ нихъ, передъ, во время и послѣ операций на половыхъ частяхъ, производимыхъ черезъ влагалище.

Затѣмъ къ наиболѣе употребляемымъ инъекціямъ принадлежатъ *вяжущія* и *кровоостанавливающія*. Сюда принадлежатъ различные растворы таннина, квасцовъ, полуторохлористаго желѣза, чистаго сѣрниокислаго желѣза, сѣрниокислаго цинка, уксуснокислаго свинца.

Кромѣ этихъ препаратовъ употребляются также отвары растений, въ составъ которыхъ входитъ танинъ, какъ напр. отвары орѣховыхъ листьевъ, чернильныхъ орѣшковъ, дубовой коры и т. д.

Что касается до крѣпости вяжущихъ растворовъ, то нужно сказать, что очень крѣпкіе растворы сильно раздражаютъ слизистую оболочку рукава, особенно у женщинъ нервныхъ, съ повышенною чувствительностью. На этомъ основаніи всегда лучше прибѣгать сначала къ слабымъ растворамъ и затѣмъ усиливать крѣпость ихъ по мѣрѣ надобности. Такъ напр. если примѣняютъ какъ вяжущее или кровоостанавливающее *liq. sesquichl. ferrî*, то можно начать съ 5—10 капель и постепенно переходить къ 20—30 каплямъ на стаканъ воды. Инъекціи изъ раствора танина можно начать съ 1—3 частей на 100 (5j—jij на  $\mathcal{U}$  воды). Препараты солей цинка, свинца, желѣза, начиная съ 5—20 граммъ на  $\mathcal{U}$  воды; квасцы съ 10—40 граммъ на тоже количество воды.

Нѣкоторые изъ сказанныхъ препаратовъ какъ напр. танинъ, полуторо-хлористое желѣзо, марганцево-кислое кали пачкаютъ и портятъ бѣлье, вслѣдствіе чего врачъ долженъ предупредить объ этомъ больную.

Въ послѣднее время какъ кровоостанавливающее рекомендуется *hydrastis canadensis* въ видѣ *extr. fluidi*, употребляемой для спринцеваній по Munde 15—30 грм. на  $\frac{1}{2}$  литра воды.

*Показаніями* къ примѣненію вяжущихъ спринцеваній будутъ служить—уменьшеніе и прекращеніе выдѣленій, зависящихъ отъ хроническаго катарра слизистой оболочки рукава и маточной шейки. При кровотеченіяхъ изъ слизистой оболочки матки и влагалища примѣняются растворы полуторохлористаго желѣза. При катарральныхъ язвахъ на влагалищной части показуются вяжущія; при раковыхъ язвахъ примѣняются какъ вяжущія, такъ и кровоостанавливающія.

Для того чтобъ очистить слизистую оболочку влагалища и особенно шейку матки отъ слизи, можно предварительно назначить спринцеваніе съ прибавленіемъ щелочей: углекислой соды или кали.

*Болеутоляющими* лекарственными спринцеваніями будутъ инъекціи съ прибавленіемъ къ теплой водѣ или слизистому от-

вару опія, морфія и т. д. Кромѣ того ихъ можно приготовить изъ отваровъ наркотическихъ растений, какъ то: бѣлены (*folia hyosciami*), красавки (*atropa belladonna*) и т. д.

*Ирригации или прополаскиванія* примѣняются во всѣхъ случаяхъ, гдѣ жидкость вводится въ неопредѣленномъ количествѣ; смотря по цѣли, введеніе ея бываетъ болѣе или менѣе продолжительно; при этомъ обыкновенно употребляется дезинфицирующая жидкость.

*Холодныя ирригации* показуются во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда имѣютъ въ виду возбудить сократительную дѣятельность матки для остановки кровотеченія послѣ родовъ, а также при кровотеченияхъ во время аборта. Холодныя ирригации примѣняются при меноррагіяхъ и производятся въ промежуткахъ между двумя менструаціями, а также при всякаго рода кровотеченияхъ, зависящихъ отъ рыхлости мышечной ткани матки. Кромѣ того холодныя ирригации имѣютъ мѣсто при кровотеченияхъ во время и послѣ операціи на влагалищѣ и маткѣ.

*Ирригации горячею водою* показуются также при маточныхъ кровотеченияхъ, зависящихъ отъ слабой сократительности матки. Нужно однако помнить, что эффектъ этихъ ирригаций менѣе продолжителенъ, чѣмъ ирригации холодною водою и кромѣ того у больныхъ слабыхъ можетъ вызвать явленія коллапса. Большую пользу горячія ирригации приносятъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническихъ воспалительныхъ измѣненій въ маткѣ и окружающихъ ее частяхъ, какъ напримѣръ при экссудатахъ, хроническомъ метритѣ и пр.

Горячія и холодныя прополаскиванія производятся въ лежачемъ положеніи больной женщины и, смотря по показаніямъ и степени переносимости ихъ больною, могутъ продолжаться 5—10 минутъ и повторяться черезъ 2—3 часа.

Изъ всего сказаннаго видно, что показанія для холодныхъ и горячихъ ирригаций особенно въ острыхъ случаяхъ кровотеченій имѣютъ большое сходство. До сихъ поръ однако мы не имѣемъ достаточнаго критерія для примѣненія ихъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Можно сказать только одно, что увлеченіе горячими прополаскиваніями въ послѣднее время нѣсколько охладѣло, потому что эффектъ ихъ менѣе продол-

жителенъ, чѣмъ отъ холодныхъ ирригацій. При примѣненіи горячихъ ирригацій лучше начинать ихъ съ температуры въ  $35^{\circ}$  R. и только постепенно восходить до  $40^{\circ}$  R.

*Маточныя души* примѣняются въ тѣхъ случаяхъ, когда желаютъ дѣйствовать на матку раздражающимъ образомъ силою падающей струи. Въ практикѣ мало различаютъ этотъ способъ и часто ирригаціи смѣшиваются съ душами.

При этомъ способѣ резервуаръ привѣшивается на высоту 2—3 аршинъ надъ кроватью, на которой положена больная и послѣ введенія маточнаго наконечника, кранъ открывается вполнѣ. Души продолжаются 5—10 минутъ, хотя не всѣ больныя переносятъ эту силу и продолжительность и только постепенно приучаются къ нимъ. Нѣкоторыя особенно нервныя женщины совершенно не переносятъ этихъ душъ.

Холодныя маточныя души примѣняются съ цѣлью возбудить жизнѣдѣтельность органа, напримѣръ при хроническомъ воспаленіи матки во 2-мъ ея періодѣ.

Теплыя маточныя души принадлежатъ къ числу абортивныхъ средствъ и рекомендовались съ этою цѣлью Кившиемъ. Дѣйствіе ихъ впрочемъ невѣрно; часто онѣ оказываютъ пользу какъ средство усиливающее дѣятельность матки во время родовъ.

При ирригаціяхъ и маточныхъ душахъ, гдѣ требуется значительное количество жидкости очень удобны подставники, дно которыхъ посредствомъ отверстія соединяется съ гуттаперчевою трубкою, конецъ которой опускается въ близъ стоящее на полу ведро, предназначенное для воспріятія вытекающей жидкости.

Въ заключеніе нужно сказать еще о примѣненіи къ слизистой оболочкѣ влагалища мѣстныхъ ваннъ черезъ посредство зеркала, вводимого въ рукавъ, въ то время когда больная сидитъ въ ваннѣ. Зеркало это, какъ показываетъ рисунокъ 78 имѣетъ форму конуса съ отверстіями на его стѣнкѣ и сдѣлано изъ твердаго каучука. Кромѣ того съ этою же цѣлью употребляются зеркала изъ дерева и стекла, а въ случаѣ надобности можно употребить просто маточный наконечникъ.



Рис. 78.



Мнѣ кажется, что примѣненіе сказанныхъ зеркаль совершенно излишне, такъ какъ жидкость при ваннахъ почти всегда входитъ во влагалище.

Нужно помнить, что инъекціи, ирригаціи и души не всегда безопасны и кромѣ различнаго рода коликъ въ маткѣ, нервныхъ припадковъ, обмороковъ вели иногда за собою смерть большой. Случаи эти впрочемъ крайне рѣдки.

## ГЛАВА ВТОРАЯ.

### Тампонація ругава.

Тампонація ругава есть одинъ изъ весьма частыхъ приемовъ, примѣняемыхъ въ гинекологіи.

Въ настоящее время тампонъ дѣлается обыкновенно изъ ваты, хотя матерьяломъ для него могутъ служить коршія и полотно.

Обыкновенный тампонъ представляетъ изъ себя кусокъ ваты различной формы и величины съ привязанною къ нему ниткою.

Самымъ простымъ видомъ тампона будетъ служить болѣе или менѣе большой кусокъ ваты, къ ерединѣ котораго привязана тонкая тесьма, шнурокъ или крѣпкая нитка, служащія для болѣе удобнаго извлеченія тампона изъ влагалища. Если тампонъ великъ, то лучше придать ему продолговатую форму и привязать шнурокъ сначала вблизи одного конца, а затѣмъ, протянувши его вдоль тампона, сдѣлать петлю около другаго конца и обрѣзать шнурокъ, оставивши достаточной длины конецъ (около 10 — 12 см.). Если нужно ввести нѣсколько тампоновъ, то готовится такъ называемый змѣвидный тампонъ; для этого берутъ длинную нитку или тесьму и привязываютъ по длинѣ нѣсколько кусковъ ваты въ разстояніи около 15 см. другъ отъ друга.

Въ общемъ можно сказать, что тампонъ не долженъ быть слишкомъ жесткимъ и слѣдовательно слишкомъ сжатымъ. Я видалъ много разъ, что приготовляемые тампоны сдѣланы изъ сильно сжатой ваты, радісообразно окружаемой нитками, что по моему мнѣнію во многихъ случаяхъ неудовлетворяетъ цѣли, такъ какъ всасывающая способность тампона этимъ значительно уменьшается.

Введеніе тампона въ *сухомъ видѣ* производится обыкновенно черезъ зеркало. Большая лежитъ на спинѣ. Для удаленія сгустковъ выдѣлений и слизистой оболочки производится очищающая инъекція.

Послѣ введенія зеркала влагалищная часть обтирается ватой, затѣмъ берется тампонъ обыкновенно изъ дезинфицированной ваты (карболовой, салициловой и т. д.), вкладывается въ отверстие зеркала и продвигается впередъ какимъ либо инструментомъ до влагалищной части. Если нужно нѣсколько тампоновъ, то они вкладываются одинъ за другимъ и прижимаются другъ къ другу. Концы нитокъ висятъ изъ наружныхъ половыхъ органовъ. Затѣмъ зеркало извлекается и въ тоже время послѣдній введенный тампонъ удерживается какимъ либо инструментомъ, напр. концомъ корнцанга или зонда. При этомъ нужно быть осторожнымъ, такъ какъ зеркало иногда быстро выскакиваетъ и концомъ инструмента, удерживающимъ тампонъ, можно причинить женщины боль.

Тампонація черезъ зеркало можетъ быть произведена и такимъ образомъ:

Берется четырехугольный кусокъ дезинфицированной марли величиною съ небольшой носовой платокъ. Средина этого куска проталкивается къ влагалищной части черезъ зеркало и въ образовавшійся такимъ образомъ мѣшокъ набивается вата. Для того чтобъ стѣнки зеркала не мѣшали растяженію матки, его можно постепенно извлекать по мѣрѣ того, какъ части мѣшка, лежація выше маточнаго конца зеркала, наполняются ватой.

Тампонація можетъ быть производима и безъ зеркала. Въ этихъ случаяхъ тампонъ долженъ быть смазанъ какимъ либо дезинфицированнымъ масломъ, вазелиномъ или глицериномъ. При введеніи тампона врачъ пальцами одной руки разводитъ большія и малыя губы, а другою рукою беретъ тампонъ и вкладываетъ его во входъ рукава и затѣмъ однимъ и двумя пальцами проталкиваетъ его кверху къ влагалищной части матки. Если нужно, то такимъ же образомъ вводятся еще нѣсколько тампоновъ съ отдѣльными нитками, но еще лучше змѣвидный тампонъ.

Извлеченіе тампоновъ производится за концы нитокъ или тесемки, выдающихся наружу изъ половыхъ органовъ.

Показаніемъ къ тампонаціи рукава служатъ чаще всего острия маточныя кровотеченія. Кромъ того тампонація рукава производится также и при кровотеченіяхъ изъ сосудовъ рукава. При кровотеченіяхъ во время аборта тампонъ играетъ роль не только какъ кровоостанавливающаго средства, но какъ и возбуждающаго маточныя сокращенія.

Кромъ тампонаціи рукава, тампоны служатъ также для приведенія въ болѣе или менѣе долге соприкосновеніе лекарственныхъ веществъ съ слизистой оболочкою влагалищной части матки и рукава. Въ этихъ случаяхъ величина тампона должна соответствовать величинѣ поверхности, на которую желаютъ дѣйствовать лекарственнымъ веществомъ. Если посредствомъ его желаютъ привести лекарственное вещество въ соприкосновеніе со всею слизистой оболочкою влагалища, то лучше при этомъ употреблять продолговатыя, соответственной величины, тампоны.

Изъ лекарственныхъ веществъ, приводимыхъ въ соприкосновеніе съ вышеназванными тканями на первомъ планѣ стоятъ всѣ вышеуказанныя вяжущія и кровоостанавливающія средства къ которымъ нужно причислить еще іодъ и его препараты. Хотя іодъ назначается и для спринцеваній, прибавленіемъ нѣсколькихъ капель его тинктуры къ инъецируемой жидкости, однако я не упомянулъ объ этомъ въ соответственномъ мѣстѣ, потому что сомнѣваюсь въ пользѣ примѣненія его въ сказанной формѣ. При посредствѣ тампона іодъ болѣею частью примѣняется въ смѣси Trae jodi съ глицериномъ.

Что касается до остальныхъ лекарственныхъ веществъ, то онѣ примѣняются посредствомъ тампона или въ растворахъ воды и глицерина, или въ смѣси ихъ съ жиромъ и вазелиномъ или же наконецъ просто въ порошкахъ, которыми тампонъ посыпается.

Часто глицеринъ самъ по себѣ служитъ лекарственнымъ веществомъ. При введеніи во влагалище тампона, смоченнаго глицериномъ, изъ половыхъ органовъ вытекаетъ большое количество жидкости, что объясняется свойствомъ глицерина притягивать изъ тканей воду путемъ эндосмоса. Показаніемъ къ такому лѣченію будетъ служить отечное состояніе подслизистой ткани влагалища и маточной шейки въ хроническомъ состояніи.

Что касается вяжущихъ средствъ, то показаніемъ къ нимъ будутъ служить тѣ же болѣзненные состоянія, при которыхъ примѣняются вяжущія инъекціи. Разница состоитъ въ болѣе продолжительности и силѣ дѣйствія лекарственнаго вещества, вводимаго при посредствѣ тампона; къ этому нужно прибавить еще и механическое раздраженіе, производимое ватой. При примѣненіи лекарственныхъ тампоновъ надо помнить, что дѣйствіе лекарственнаго вещества распространяется всегда на большую поверхность сравнительно съ поверхностью его приложенія.

*Введеніе лекарственнаго тампона* производится при посредствѣ зеркала. Если цѣль его состоитъ въ томъ, чтобы дѣйствовать на слизистую оболочку влагалищной части, то послѣ введенія зеркала нужно произвести обмываніе влагалищной части водою изъ ирригатора съ хирургическимъ наконечникомъ (см. рис. 69) и обсушить её ватой. Обсушивъ такимъ образомъ *portionem vaginalem*, врачъ беретъ тампонъ, смоченный лекарственнымъ веществомъ или смазанный смѣсью его съ жиромъ или вазелиномъ или же наконецъ просто обсыпанный порошкомъ и кладетъ его въ отверстіе зеркала и проталкиваетъ къ влагалищной части посредствомъ кориданга. Для того, чтобы укрѣпить его на мѣсто, вводится еще сухой тампонъ и прижимается къ первому, послѣ чего зеркало извлекается. При извлеченіи зеркала тампонъ удерживается тѣмъ же инструментомъ до тѣхъ поръ пока черезъ маточный конецъ зеркала не будетъ видно, что стѣнки инструмента уже не соприкасаются съ тампономъ. Теперь инструментъ, удерживающій тампонъ, снимается и зеркало выводится изъ половыхъ частей.

Тампоны извлекаются по прошествіи 6—24 часовъ за концы нитокъ висящихъ изъ наружныхъ половыхъ частей. При тампонаціи для остановки кровотеченія тампоны могутъ лежать въ теченіи нѣсколькихъ дней съ перемѣною ихъ другими въ промежутки 12—24 часовъ.

Послѣ извлеченія тампоновъ нужно производить очищающія инъекціи.

Для того, чтобы дать больной возможность вводить самой себѣ тампоны были придуманы различные инструменты. Изъ нихъ

я укажу здѣсь на porte-tampon Furst'a (рис. 79), который состоитъ изъ трубки, расширяющейся на концѣ въ видѣ чашки. Чашка эта предназначена для вкладыванія тампона, который выталкивается изъ нея посредствомъ кружка, приводящагося въ движеніе надавливаніемъ впередъ рукоятки, соединенной съ кружкомъ посредствомъ проволоки, движущейся въ срединѣ трубки. Для введенія тампона большая выдвигаетъ рукоятку, кладетъ въ чашку тампонъ на пилѣ, вводитъ инструментъ во влагалище на известную глубину и затѣмъ проталкиваетъ рукоятку впередъ, вслѣдствіе чего тампонъ выскакиваетъ изъ чашки и затѣмъ инструментъ выводится.



Рис. 79.

Когда дѣло идетъ о примѣненіи лекарственнаго вещества при посредствѣ тампона къ слизистой оболочкѣ влагалища, то лучше здѣсь брать продолговатый тампонъ.

*Показаніями къ леченію посредствомъ лекарственныхъ тампоновъ* будутъ служить всѣ случаи хроническихъ катарральныхъ заболѣваній влагалища и влагалищной части матки съ послѣдовательными измѣненіями въ видѣ язвъ, ссадинъ, эрозій и раковыхъ язвъ.

При раковыхъ язвахъ тампонъ примѣняется или съ цѣлью остановки кровотеченія или съ цѣлью дезодоризаціи. Въ первомъ случаѣ чаще всего примѣняются тампоны, смоченные какими либо вяжущими или кровостанавливающими, во 2-мъ дезинфицирующими; въ послѣднемъ случаѣ большую пользу приносить іодоформъ.

Тампоны, смоченные въ смѣси T-rae iodі съ глицериномъ, часто примѣняются какъ средство разрѣшающее при увеличеніяхъ влагалищной части матки и хроническихъ экссудатахъ въ ея окружности. Весьма часто они ведутъ къ изъязвленію влагалищной части, вслѣдствіе чего приходится пріостанавливаться съ леченіемъ. Тоже относится и къ препаратамъ іода.

Тампоны примѣняются также при кровотеченіяхъ изъ полости матки при фиброидахъ ея, при чемъ если слизистая оболочка влагалищной части здорова, то не слѣдуетъ раздражать её вяжущими веществами, а вводить тампоны или сухими или смоченными въ глицеринѣ.

Въ острыхъ случаяхъ кровотеченій, напримѣръ послѣ родовъ, во время аборта, лучше всегда прибѣгать къ тампонаціи рукава посредствомъ дезинфицированной ваты.

При остромъ трипперномъ воспаленіи слизистой оболочки рукава нѣкоторыми врачами рекомендуется введеніе тампоновъ, посыпанныхъ порошками вяжущихъ веществъ.

Тампоны примѣняются при такъ называемыхъ адгезивныхъ воспаленіяхъ слизистой оболочки рукава, особенно часто встрѣчающееся у старыхъ женщинъ, для изоляціи стѣнокъ влагалища другъ отъ друга.

Нерѣдко они примѣняются при неправильныхъ положеніяхъ матки, о чемъ рѣчь будетъ ниже.

## ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

### Примѣненіе лекарственныхъ веществъ въ видѣ суппозиторіевъ или шариковъ.

Безъ посредства тампона лекарственныя вещества могутъ быть приводимы въ соприкосновеніе съ стѣнками влагалища и влагалищной частью матки посредствомъ суппозиторіевъ и шариковъ (*pessaria s. suppositoria s. globuli medicamentosa*).

При приготовленіи ихъ связующимъ веществомъ обыкновенно служитъ *Butyr. cacao*, къ которому для меньшей ломкости прибавляется или *ol. olivarum* или *ung. emolliens*. Величина суппозиторіевъ или шариковъ различны по вѣсу и равняется отъ  $\text{Эj}$ — $\text{ѝj}$ . Количество лекарственнаго вещества смотря по свойству его, тоже различно. Такъ вяжущія: танинъ, уксусновислый свинецъ, квасцы употребляются отъ 5 gr.— $\text{Эj}$  на одинъ суппозиторій. *Cuprum Sulf.*, *Zinc. Sulf.* и *Ferrum Sesquichloratum* отъ 2—5 гранъ.

Примѣры рецептовъ:

Rp. Kal. hydrojod gr. V.

Iodi puri gr. j—IV.

Butyr. cacao  $\text{Эj}$ .

Ol. olivar. q. s.

M. f. l. a. suppositoria (globuli) D. tal. dos. № 5.

Rp. Ung. Hydrarg. cin.  
Butyr. cacao aa ʒj.  
M. Div. in. part. aeq. № 3. F. globuli.

Rp. Iodoformii ʒj.  
Butyr. cacao ʒjʒ.  
Ol. oliv. q. s.

M. Div. in. part. aequal. № 3. F. Suppositoria.

Rp. Tannini puri gr. V.  
Butyr, cacao ʒj.  
Extr. opii s. bellad. gr. jj.  
Ung. emolliens q. s.

M. f. l. a. Suppos. D. tal. dos. № 4.

Введение суппозиторіевъ производится при посредствѣ зеркала или пальцемъ. Во всякомъ случаѣ при этомъ нужно удерживать суппозиторій или шарикъ посредствомъ введения небольшого тампона.

## ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

### Прижиганіе влагалищной части химическими веществами.

Изъ химическихъ веществъ къ наичаще употребляемыхъ для прижиганія влагалищной части принадлежитъ ляписъ (*argentum nitricum*) представляющій изъ себя различной величины карандаши, приготовляемые изъ расплавленной азотно кислой окиси серебра.

Ляписъ принадлежитъ къ числу слабыхъ прижигающихъ средствъ и употребляется или *in substantia* или въ растворѣ.

Прижиганіе ляписомъ производится послѣ обнаженія влагалищной части зеркаломъ и очищенія ея поверхности ватой.

Обыкновенный инструментъ для захватыванія куска ляписа есть *porte-caustique*, имѣющійся въ каждомъ наборѣ. Смотря по цѣли прижиганія ляписомъ или только прикасаются къ влагалищной части—тушируютъ или же прижимаютъ его болѣе или менѣе крѣпко къ прижигаемой поверхности и держатъ

нѣсколько секундъ. Въ послѣднемъ случаѣ на мѣстѣ прижиганія образуется бѣловатый струйъ, отпадающій спустя 2—3 дня.

Концентрированные растворы *argenti nitrici* приводятъ въ соприкосновеніе съ прижигаемою поверхностью посредствомъ волосяной кисточки, смоченной въ растворѣ.

Если кромѣ влагалищной части матки имѣютъ въ виду прижечь и слизистую оболочку рукава, то для этого берутъ цилиндрическое зеркало, вводятъ его до влагалищной части, наливаютъ около  $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложки раствора въ зеркало, наружнымъ концомъ своимъ обращенное къ верху для того, чтобъ жидкость не вытекла обратно и затѣмъ постепенно вынимаютъ зеркало. При этомъ жидкость остается позади маточнаго конца зеркала и соприкасается по мѣрѣ извлеченія его съ спадающимися стѣнками рукава. Когда конецъ маточнаго зеркала находится уже во входѣ, то жидкость удаляется кускомъ гигроскопической ваты, которая впитываетъ въ себя жидкость.

Показаніемъ къ прижиганію ляписомъ будутъ служить поверхностныя катарральныя язвы, съ вяло гранулирующимъ дномъ, гранулезныя воспаленія слизистой оболочки *portiois vaginalis* и влагалища, фолликулярныя и герпетическія пораженія влагалищной части. При распространеніи изъязвленія въ каналъ шейки кусокъ ляписа черезъ *orif. externum* проводится и въ каналъ шейки.

Относительно прижиганія язвъ ляписомъ нужно строго придерживаться вышесказанныхъ показаній и не примѣнять ихъ въ тѣхъ случаяхъ когда язва представляется гиперемированною, что къ сожалѣнію весьма часто встрѣчается въ практикѣ.

Іодъ въ крѣпкомъ растворѣ принадлежитъ также къ числу не сильныхъ прижигающихъ. При показаніяхъ къ этому леченію и всегда прибѣгаю къ раствору іода, рекомендованному Churchill'емъ, который прописывается такъ:

Rp. Iodi puri  $\bar{\bar{z}}$ jj.

Kal. Iodati  $\bar{\bar{z}}$ ij.

Alkool  $\bar{\bar{z}}$ IV'.

Spiriti rectific.  $\bar{\bar{z}}$ Xjj.

M. f. tincturam.



Смазываніе этимъ растворомъ влагалищной части производится черезъ зеркало. Когда влагалищная часть обнажена, очищена и осушена ватю, то кисточку или небольшой кусокъ ваты захваченный въ *porte éponge* (рис. 80) или корнцангъ, смачиваютъ въ сказанномъ растворѣ и смазываютъ *portionem vaginalem*. Спустя нѣсколько секундъ излишекъ жидкости удаляется гигроскопическою ватю. При извлеченіи зеркала всегда нужно заботиться о томъ, чтобъ растворъ іода не попадалъ на слизистую оболочку входа, такъ какъ онъ производитъ здѣсь сильное жженіе, продолжающееся иногда довольно долго.

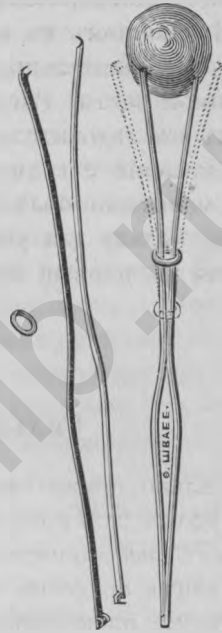


Рис. 80.

Если прижиганіе іодомъ примѣняется какъ отвлекающее или разрѣшающее при хроническихъ эксудатахъ въ окружности сводовъ рукава, то при этомъ цилиндрическое зеркало устанавливаютъ такимъ образомъ, чтобъ влагалищная часть не попадала въ отверстіе зеркала, а была отодвинута маточнымъ концомъ въ противоположную отъ мѣста прижиганія сторону. Если желаютъ произвести прижиганіе лѣваго свода, то влагалищная часть матки отодвигается вправо и наоборотъ. Если при этомъ матка не очень сильно фиксирована, то зеркаломъ Нейгебауэра, обнажающимъ сводъ, можно достигъ цѣли и безъ отодвиганія влагалищной части.

Послѣ прижиганія обыкновенно назначаютъ два раза въ день спринцеванія изъ теплой воды.

Спустя 24—48 часовъ послѣ прижиганія іодомъ изъ влагалища выдѣляется различной толщины плѣнки. Пленки эти есть ничто иное какъ поверхностный омертвѣлый слой прижженной поверхности. При осмотрѣ теперь влагалищной части она представляетъ ярко-краснаго цвѣта поверхность мѣстами кровоточащую, что указываетъ на гиперемію ткани; на ошупь она представляется нѣсколько разрыхленною. Спустя 10—12 дней

всѣ эти явленія исчезаютъ и ткань *portionis vaginalis* дѣлается болѣе плотною.

Смотря по реакціи, производимой прижиганіемъ іодомъ, оно можетъ повториться въ промежутки времени отъ 8—15 дней.

Показаніемъ къ примѣненію іода будутъ служить хроническіе воспалительные процессы, ведущіе къ гипертрофіи влагалищной части. Растворъ Churchill'я самъ авторъ рекомендуетъ какъ послѣдовательное лѣченіе послѣ уничтоженія ссадинъ, изъязвленій и грануляцій, производящихъ меноррагію.

Смазываніе болѣе слабыми растворами іода приносятъ большую пользу для уничтоженія отечнаго состоянія влагалищной части въ первый періодъ хроническаго воспаления матки.

## ГЛАВА ПЯТАЯ.

### Сильно прижигающія средства.

Сильно прижигающія средства примѣняютъ въ жидкомъ и твердомъ ихъ состояніи.

а. *Сильно прижигающія жидкости.* (*caustica liquida*). Къ числу этихъ средствъ принадлежатъ: *acidum nitricum*, *solutio acidi chromici*, алкогольный растворъ *hydrargiri bichlorati* (*Solutio Plencki*), *acidum sulphuricum* и *carbolicum*; *solutio Zinci chlorati*, *Bromum*.

Всѣ эти *caustica* примѣняются къ влагалищной части помощью кисточки послѣ обнаженія *portionis vaginalis* зеркаломъ. При этомъ лучше употреблять не металлическія зеркала. Для того чтобъ излишекъ жидкости не дѣйствовалъ на слизистую оболочку влагалища, кисточка или вата, привязанныя къ стеклянной палочкѣ, послѣ обмакиванія ихъ въ жидкость, крѣпко выжимаются о стѣнки сосуда. Кромѣ того хорошо предохранять влагалище отъ прижиганія, окружая влагалищную часть слоемъ ваты.

Послѣ осушенія ватою *portionis vaginalis*, выжатая кисточка прикладывается къ мѣсту, предназначенному для прижиганія. Когда прижиганіе достаточно, то, прежде извлеченія зеркала, необходимо сдѣлать инъекцію теплой водою черезъ зеркало. Послѣ прижиганія къ струпу обыкновенно прикладываютъ там-

понь изъ ваты, при извлеченіи котораго нужно помнить о возможности оторвать струпъ, вслѣдствіе прилипанія его къ ватѣ. На этомъ основаніи лучше смочить тампонъ передъ его введеніемъ какимъ либо дезинфицированнымъ масломъ или глицериномъ. Тампонъ не долженъ лежать болѣе 24-хъ часовъ.

Въ послѣднее время довольно большимъ распространеніемъ въ гинекологической практикѣ пользуется бромъ.

*Прижиганіе бромомъ* производится слѣдующимъ образомъ:

Больная лежитъ на спинѣ, влагалищная часть матки обнажается зеркаломъ и очищается ватою. Затѣмъ берется небольшой мягкій тампонъ изъ ваты, смачивается растворомъ брома (1 часть на 5 частей алкоголя) и кладется на прижигаемую раковую поверхность, или въ кратерообразное углубленіе въ каналъ матки, если таковое существуетъ; для того чтобъ удалить излишекъ дѣйствующаго вещества берутъ большой тампонъ, смоченный въ концентрированномъ растворѣ соды и кладутъ его вслѣдъ за тампономъ смоченнымъ въ бромъ. При этомъ замѣчается шипѣніе, образованіе пузырей и пара. Дѣйствіе брома объясняется соединеніемъ его съ водородомъ тканей. При нейтрализаціи содою образуются съ натромъ бромистыя соединенія.

Нужно быть крайне осторожнымъ при смѣшиваніи брома съ алкоголемъ, всегда содержащимъ нѣсколько воды и ни подъ какимъ видомъ не взбалтывать склянки, такъ какъ жидкость выбрасывается при этомъ съ большою силою. Неудобство брома состоитъ въ его удушливомъ, раздражающемъ запахѣ, вслѣдствіе чего всегда приходится вентилировать комнату гдѣ производилось прижиганіе.

При ракъ матки бромъ оказываетъ большую пользу, глубоко разрушая нестойкую ткань. Во многихъ случаяхъ его должно предпочесть калѣному желѣзу.

в) *Твердыя сильно прижигающія вещества* (caustica solida). Сюда принадлежатъ: ѣдкое кали, вѣнское тѣсто (смѣсь ѣдкаго кали съ 30—50% ѣдкой извѣсти), смѣсь Filhos'a (получается сплавленіемъ части ѣдкаго кали съ 2 частями ѣдкой извести), тѣсто Canquoin (смѣсь 1 части хлористаго цинка, 1—3 частей амүлі съ небольшимъ количествомъ воды и алкоголя) и хромовая кислота въ кристаллахъ.

Вслѣдствіе быстрой наклонности къ расплыванію *ьдкаго кали* въ палочкахъ прижиганіе имъ представляется крайне неудобнымъ. Для того чтобъ предохранить сосѣднія къ мѣсту прижиганія ткани отъ его дѣйствія онѣ прикрываются ватой, смоченною въ уксуcѣ. Палочка *ьдкаго кали* захватывается пинцетомъ или корицангомъ и приводится въ соприкосновеніе съ влагалшчною частью, обнаженною зеркаломъ, которое не извлекается до тѣхъ поръ, пока *ьдкое кали* держится въ соприкосновеніи съ прижигаемою тканью. Послѣ очищающей инъекціи вводятъ тампонъ и извлекаютъ зеркало.

*Въиское тѣсто* и *тѣсто Filhos'a* не имѣющія способности къ расплыванію какъ чистое *ьдкое кали* примѣняются также какъ и послѣднее, только соприкосновеніе ихъ съ прижигаемыми тканями продолжается дольше (5—10 минутъ).

Всѣ эти препараты производятъ глубокій, къ сожалѣнію неподдающійся регулированію, болѣе или менѣе глубокій, черноватый струпъ, отходящій черезъ 8—14 дней и заживающій черезъ нѣсколько недѣль, оставляя послѣ себя сильно сморщенный рубецъ.

*Тѣсто Sanguoin* при его примѣненіи нарѣзывается соответственной величины кружками, которые прикладываются къ прижигаемой поверхности и укрѣпляются здѣсь большимъ ватнымъ тампономъ для предохраненія сосѣднихъ частей отъ прижиганія.

Тампонъ извлекается спустя нѣсколько часовъ и производится очищающая инъекція. Образовавшійся при этомъ струпъ отпадаетъ черезъ 8—10 дней, оставляя послѣ себя гранулирующую и скоро заживающую поверхность раны.

Кристаллы *хромовой кислоты* приводятся въ соприкосновеніе съ прижигаемою поверхностью черезъ зеркало; при этомъ берутъ нѣсколько кристалловъ, разсыпаютъ ихъ по поверхности куска ваты, захваченнаго корицангомъ и прикладываютъ ихъ къ мѣсту прижиганія на нѣсколько минутъ. Затѣмъ повторяютъ эту процедуру до тѣхъ поръ пока не будетъ прижжена вся желаемая поверхность. Когда же цѣль достигнута, то прижженую поверхность покрываютъ тампономъ и зеркало извлекаютъ.

Получаемый при этомъ струпъ, толщиною въ 2—8 мм. пред-

ставляется желтымъ и отпадаетъ по прошествіи 10—14 дней.

Всѣ эти прижиганія нерѣдко крайне болѣзненны и ведутъ за собою, до и послѣ совершеннаго отпаденія струпа, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, очень сильныя кровотеченія.

Показаніемъ къ этому прижиганію будутъ служить разрастающіяся грануляціи, папиллемы и ракъ влагалищной части матки и шейки. Въ прежнее время они примѣнялись и при гипертрофіи *portionis vaginalis*.

Въ общемъ относительно *caustica* можно сказать, что по мѣрѣ развитія гинекологической хирургіи примѣненіе ихъ дѣлается все рѣже и рѣже.

## ГЛАВА ШЕСТАЯ.

### Прижиганіе каленымъ желѣзомъ.

Прижиганіе каленымъ желѣзомъ производится посредствомъ металлическихъ различной формы и величины прижигателей, смотря по цѣлямъ прижиганія съ одной стороны и по величинѣ прижигаемой поверхности съ другой.

Раскаливающіяся концы прижигателей представлены на рисункѣ 81 и имѣютъ форму: оливо, шара, клюва, цилиндра и т. д.

Для накаливанія прижигателей употребляются горячія угли, раздуваемые мѣхами въ жаровнѣ. Усовершенствованная жаровня изображена *Leiter*'омъ (рис. 82).

Впослѣдствіи съ тою же цѣлью предложена американская спиртовая лампа (рис. 83). На прилагаемомъ рисункѣ лампа представлена въ дѣйствиі; она снабжена двумя стѣнками,

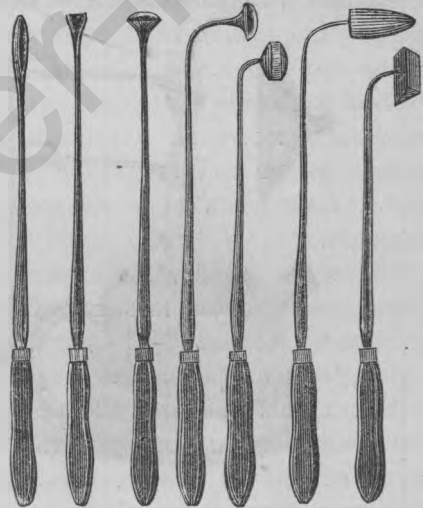


Рис. 81.

между которыми через отверстие сбоку наливается спиртъ, послѣ чего оно на глухо закрывается завинчивающеюся втулкою. Во внутренней стѣнкѣ отъ дна идетъ тонкая трубка, изогнутая такимъ образомъ, что конецъ ея отверстиемъ обращенъ кверху; въ лампу тоже наливается небольшое количество спирта, который и зажигается. По мѣрѣ разогрѣванія спирта, находящагося между стѣнками, онъ начинается превращаться въ парообразное состояніе и выходитъ изъ тонкаго отверстия трубки, зажигаясь окружающимъ пламенемъ. По мѣрѣ дальнѣйшаго разогрѣванія пары спирта выходятъ все съ большею силою, образуя большое раздувающееся пламя.

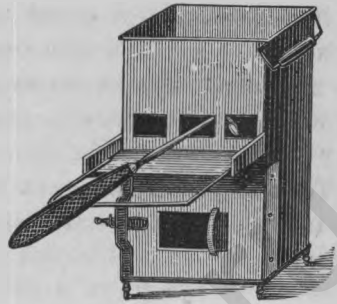


Рис. 82.



Рис. 83.

Къ рукояткѣ лампы привертывается проволочная подставка на которую кладутся прижигатели такимъ образомъ, чтобъ концы ихъ лежали въ пламени, какъ это представлено на томъ же 83 рисункѣ.

Имѣя въ виду быстрое охлажденіе накаленныхъ инструментовъ при соприкосновеніи съ прижигаемыми тканями Ра-

queiin устроилъ аппаратъ для накаливанія платины посредствомъ химическихъ агентовъ.

Принципъ на которомъ Raquelin устроилъ свой термокаутеръ покоится на томъ извѣстномъ фактѣ, что предварительно раскаленная платиновая проволока, будучи перенесена въ пары углеводородистыхъ соединений (свѣтильнаго газа) удерживаетъ эту температуру.

Термокаутеръ состоитъ изъ резервуара для углеводородной жидкости, раскаляемаго тѣла, поддувала и спиртовой лампы (рис. 84).

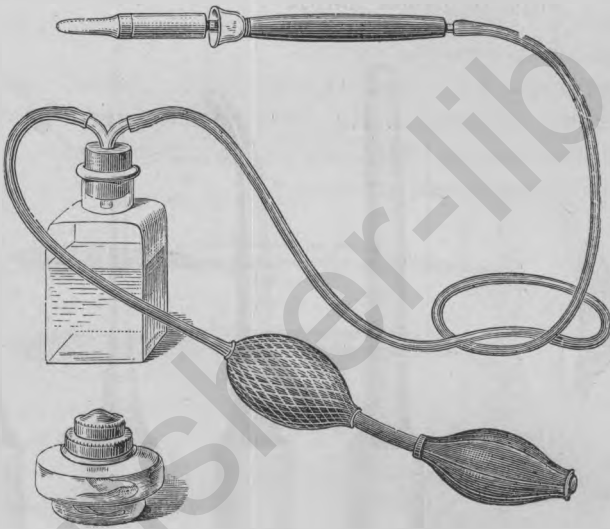


Рис. 84.

*Склянка*, которая посредствомъ длиннаго крючка можетъ удерживаться на петлѣ жилета или сюртука оперирующаго, наливается до половины обыкновенно бензиномъ и закрывается хорошо пригнанною гуттаперчевою пробкою. Срединка пробки протыкается металлическою трубкою съ двумя каналами изъ которыхъ каждый въ наружной части расходится въ двѣ отдѣльныя трубки, въ противоположныхъ другъ къ другу направленіяхъ; концы этихъ трубокъ соединяются съ гуттаперчевыми трубками, изъ которыхъ одна идетъ отъ поддувала, а другая къ раскаляемому тѣлу или каутеру.

Каутеръ состоитъ изъ платиновой камеры, состоящей изъ двухъ трубокъ вложенныхъ одна въ другую: внутренняя служитъ проводникомъ для смеси пара углеводородной жидкости съ воздухомъ, а вѣшняя назначена для выхода продуктовъ горѣнія сквозъ находящіяся въ этой трубкѣ отверстія. Платиновая часть посредствомъ винта соединяется съ деревянной рукояткою, могущею удлиняться посредствомъ прибавочной трубки.

*Поддувало* представляетъ изъ себя большой Ричардсоновскій шаръ.



Рис. 85.

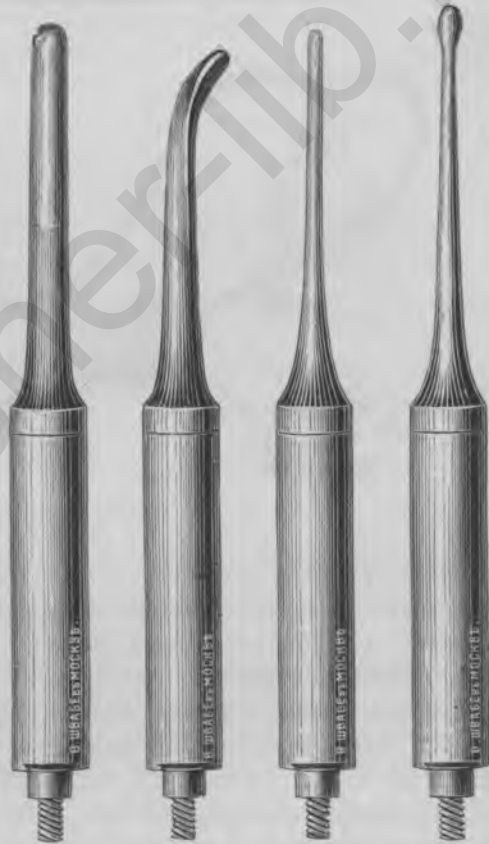


Рис. 86.



На рис. 85 и 86 представлены различные формы прижигателей.

Впоследствии сдѣланы приспособленія для того, чтобъ накаливать концы ножницъ, которымъ придали различную форму. Рис. 87 представляетъ прямыя, рисун. 88 кривыя ножницы.

Когда аппаратъ въ сборѣ (рис. 84), то прежде всего должно раскалить платиновый наконечникъ на пламени спиртовой лампы и не вынимая его оттуда производить короткими толчками вдвунаніе углеводороднаго пара посредствомъ нажима на шаръ мѣха. Когда платина раскалилась, то мѣхъ приводится въ дѣйствіе частыми нажиманіями на шаръ, вслѣдствіе чего платина быстро раскаляется и можетъ быть легко доведена до бѣлаго каленія. Разъ начавшись, горѣніе продолжается все время пока черезъ платиновую камеру проходитъ смѣсь воздуха съ парами углеводородной жидкости; если перестать дѣйствовать мѣхами, то втеченіе нѣкотораго времени потухшій каутеръ снова загорается при дѣйствіи поддувала.

При употребленіи термокаутера Raquelin нужно соблюдать слѣдующія, рекомендуемая имъ правила:

1. Резервуаръ наполняется не болѣе, какъ на половину каждый разъ свѣжею жидкостью.
- 2) Для того, чтобъ довести платину до раскаленія не должно

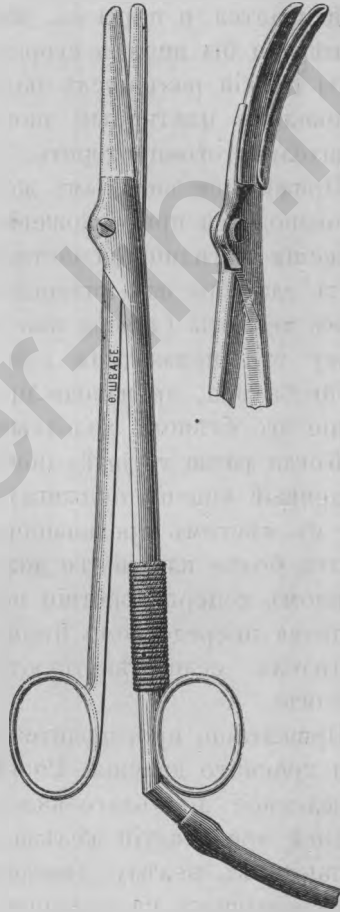


Рис. 87.

Рис. 88.

вполнѣ дѣйствовать мѣхами прежде чѣмъ конецъ его не раскалится, а производить изрѣдка нажимъ на шаръ поддувала.

3) Разъ каутеръ приведенъ въ раскаленное состояніе, оно должно поддерживаться равномернымъ раздуваніемъ мѣха.

4) Жидкость въ резервуарѣ не должна быть теплѣе окружающей атмосферы, слѣдовательно склянка не должна держаться въ полной рукѣ, такъ какъ иначе испареніе жидкости усиливается и пары ея, наполнивши платиновую камеру, не успѣвали бы вполнѣ сгорать.

5) Всякій, разъ послѣ окончанія дѣйствія аппарата, слѣдуетъ прокалить платинный наконечникъ на воздухѣ, и затѣмъ тщательно его протереть.

Прижиганіе каленымъ желѣзомъ влагалищной части матки производится при положеніи больной на спинѣ и послѣ обнаженія влагалищной части зеркаломъ, стѣнки котораго должны быть сдѣланы изъ матерьяла служащаго плохимъ проводникомъ теплоты (дерева или слоновой кости). Я часто произвожу эти прижиганія при помощи металлическихъ зеркалъ Нейгебауэра, производя при этомъ время отъ времени охлажденіе его стѣнокъ холодными инъекціями.

Когда *portio vaginalis* обнажена, и осушена ватой, то раскаленный конецъ прижигателя приводится въ соприкосновеніе съ мѣстомъ предназначеннымъ для прижиганія, гдѣ и держится болѣе или менѣе долгое время при постоянномъ и усиленномъ теперѣ дѣйствіи поддувала, (если прижиганіе производится посредствомъ аппарата Raquelin и до охлажденія прижигателя, если дѣйствуютъ обыкновеннымъ каленымъ желѣзомъ).

Прижиганіе производится желѣзомъ доведеннымъ до бѣлаго или краснаго каленія. Разница состоитъ въ томъ, что желѣзо доведенное до бѣлаго каленія при прижиганіи не отрываетъ тканей при отнятій желѣза, между тѣмъ, какъ ткани эти прилипаютъ къ желѣзу, доведенному только до краснаго каленія.

(Основываясь на различіи глубокаго и поверхностнаго прижиганія каленымъ желѣзомъ, при чемъ первое дѣйствуетъ разрушающимъ образомъ, а второе только видоизмѣняющимъ тотъ и другой способъ прижиганія нашли себѣ показанія при различнаго рода страданіяхъ матки.

При глубоких прижиганиях влагалищной части получается бѣловатый струпъ, при чемъ кровь въ сосудахъ на известномъ разстоянii отъ мѣста прижиганiя свертывается. Спустя 8—10 струпъ отходить, оставляя послѣ себя поверхность, имѣющую наклонность къ заживленiю. Время, потребное для окончанiя этого процесса, различно и зависитъ съ одной стороны отъ глубины сдѣланнаго прижиганiя, а съ другой отъ индивидуальности больной. По мѣрѣ того какъ процессъ заживленiя подвигается впередъ ткань сокращается и влагалищная часть матки уменьшается въ объемѣ.

При заживленii прижатой поверхности *portio vaginalis* она не рубцуется, а покрывается нормальнымъ эпителиемъ, такъ что спустя нѣкоторое время на ней не замѣчается ни малѣйшаго слѣда послѣ прижиганiя.

Если прижиганiе сдѣлано неглубоко накаленнымъ только до красна желѣзомъ, то на прижатой поверхности замѣчается бѣловатая, нѣжная полоска постепенно отслаивающаяся черезъ 3—4 дня и оставляющая послѣ себя ярко-красную поверхность, заживающую втеченіе нѣсколькихъ дней.

Разница значитъ будетъ состоять въ томъ, что въ первомъ случаѣ получится уменьшенiе ткани вслѣдствiе ея омертвѣнiя отъ самаго прижиганiя и остановка кровообращенiя на известной глубинѣ, а во второмъ получается омертвѣнiе только поверхностныхъ элементовъ ткани, съ которыми приходитъ въ соприкосновенiе раскаленное тѣло между тѣмъ какъ въ глубинѣ, подъ пленкой, въ ткани замѣчаются явленiя, указывающiя на продуктивную въ ней дѣятельность.

Изъ этой разницы дѣйствiя каленаго желѣза, по способу его примѣненiя, Leblondъ пытается установить и показанiя къ нимъ при хроническомъ воспаленii матки въ различныхъ его періодахъ.

Какъ известно первый періодъ хроническаго воспаленiя матки характеризуется размягченiемъ или инфильтраціей ткани, при чемъ шейка представляется увеличенною, рыхлою, краснаго цвѣта и часто изъязвленною, что объясняется воспаленiемъ и инфильтраціею ея ткани. Въ этомъ случаѣ показуются глубокиа прижиганiя каленымъ желѣзомъ.

Во второмъ періодѣ хроническаго метрита — періодѣ за-

твердѣнія — матка представляется утолщеною, увеличенною въ объемъ, блѣдною, что объясняется исчезновеніемъ сосудовъ и разростаніемъ соединительной ткани. Здѣсь показуются уже поверхностныя прижиганія каленымъ желѣзомъ.

Что касается до другихъ показаній къ прижиганію каленымъ желѣзомъ, то къ нему чаще всего прибѣгаютъ при пораженіи влагалищной части матки и ея шейки злокачественнымъ новообразованіемъ. Въ настоящее время прижиганію въ этихъ случаяхъ обыкновенно предпосылается выскабливаніе раковыхъ массъ ложками Simon'a (см. ниже). Прижиганіе здѣсь имѣетъ цѣлью: во 1-хъ остановку кровотеченія и во 2-хъ мортификацію невыскобленныхъ частицъ новообразованія.

Поверхностныя прижиганія приносятъ большую пользу при атоническихъ язвахъ на влагалищной части матки.

Онѣ примѣняются нерѣдко для заживленія небольшихъ пузырьно-влагалищныхъ фистулъ или при небольшихъ отверстияхъ, остающихся какъ послѣ операціи *fistulae vesico-vaginalis*, такъ и послѣ другихъ операцій какъ напр. атрезіи влагалища и т. д.

Въ формѣ раскаленнаго жога или ножницъ каленое желѣзо примѣняется для отнятія опухолей, ампутацій матки и т. д.

*Противупоказаніемъ* къ примѣненію каленаго желѣза будутъ служить всѣ острыя воспаленія въ органахъ малаго таза. Хотя нѣкоторые врачи и примѣняютъ прижиганіе каленымъ желѣзомъ влагалищной части матки во время беременности, однако здѣсь всегда является опасность вызвать несвоевременные роды.

## ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

### **Мѣстныя кровоизвлеченія.**

Кровоизвлеченія изъ маточной шейки производятся или посредствомъ приставленія пиявокъ или помощію насѣчекъ, скарификаціи.

а) *Приставленіе піввокъ*. Больная лежитъ на спинѣ; влагалищная часть послѣ обнаженія зеркаломъ, обмываются водою и осушается, при чемъ вообще нужно заботиться объ удаленіи слизи, особенно тягучей, изъ канала шейки. Въ наружное отверстіе вкладывается маленькій кусокъ крѣпко свернутой ваты для того, чтобъ піввокъ не проникла въ каналъ шейки. Затѣмъ въ отверстіе зеркала бросаютъ 4—6 піввокъ и придвигаютъ ихъ лучше всего кускомъ полотна къ влагалищной части матки. Хорошія піввоки пристають вообще скоро; если же нѣкоторыя долго не принимаются, то лучше замѣнить ихъ другими.

Зеркало остается во влагалищѣ втеченіи всего времени приставленія піввокъ до ихъ отпаденія. Если піввоки долго не отпадаютъ, а между тѣмъ эта процедура сильно утомляетъ больную, то отпаденіе можно ускорить, приложеніемъ около мѣста, гдѣ присосались піввоки, маленькихъ зернышекъ соли. По отпаденіи всѣхъ піввокъ дѣлается дезинфицирующее спринцеваніе.

Обыкновенно небольшое кровотеченіе послѣ піввокъ продолжается нѣсколько часовъ. Въ случаѣ сильныхъ кровотеченій можно ввести дезинфицированный тампонъ и во всякомъ случаѣ количество выпускаемой крови не должно превышать 2—4 унцъ, смотря по состоянію больной.

Если піввокъ проникаетъ черезъ каналъ шейки въ полость матки, то для того, чтобъ она отвалилась нужно сдѣлать внутри маточную инъекцію изъ раствора соли, послѣ чего она обыкновенно изгоняется силою маточныхъ сокращеній. Наблюдались случаи, гдѣ піввокъ оставалась въ полости матки втеченіе нѣсколькихъ дней, вызывая страшныя боли, знобы, кровотеченіе и ціанозъ.

б) *Скарификація или насѣчки*. Кровоизвлеченіе помощію скарификаціи можетъ быть произведено помощію ножа или скарификаторовъ.

Прилагаемые рисунки представляютъ скарификаторы Meyer'a (рис. 89) Scanzoni (рис. 90) и Spiegelberg'a (рис. 91).

При производствѣ насѣчекъ больная лежитъ на спинѣ, влагалищная часть обнажается зеркаломъ, промывается карболованною водою и затѣмъ на каждой губѣ дѣлаются по

4—6 надрѣзовъ глубиною до 2-хъ мм. Spiegelberg довольно-мѣньшимъ количествомъ, но рекомендовалъ глубокіе вколы ножа.

Кровотеченіе при насѣчкахъ обыкновенно не очень сильны. Его можно усилить теплыми инъекціями изъ карболовизанной воды. Эта инъекція должна всегда слѣдовать за скарификаціей. Въ случаѣ же сильнаго кровотечения тампонація всегда надежное средство для его остановки.

Послѣ кровотеченія больная должна лежать не менѣе 24-хъ часовъ.

Кромѣ этихъ инструментовъ были попытки къ примѣненію скарификатора на подобіе того, который употребляется при приставленіи кровососныхъ банокъ. Способъ этотъ однако почти не употребляется.

Въ заключеніе можно еще указать на предложенную Luer'омъ искусственную пиявку, (рис. 92). Сначала дѣлается уколъ влагалищной части ножомъ, а затѣмъ приставляется цилиндръ съ поршнемъ, приводящійся въ движеніе винтомъ. Удобство этого способа состоитъ въ томъ, что можно извлечь совершенно точное и опредѣленное количество крови.

*Показаніемъ* для мѣстныхъ кровоизвлеченій изъ маточной шейки служатъ всѣ острые воспалительные процессы въ половыхъ органахъ и за исключеніемъ послѣродовыхъ заболѣваній, когда кровопусканія дѣлаются изъ наружныхъ крововъ нижней части живота.

При хроническихъ застояхъ крови въ сосудахъ матки кровоизвлеченія производятся повториз черезъ извѣстные промежутки времени (5—10 дней). При такъ называемой конгестивной дисменорреѣ кровоизвлеченія лучше всего производить передъ менструаціей, когда появляются признаки (*molimina menstrualia*) наступленія регуль.



Рис. 89, 90. Рис. 91. Рис. 92.

## ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

### **О введеніи лекарственныхъ веществъ въ полость матки.**

Къ старѣйшимъ способамъ приведенія лекарственныхъ веществъ въ соприкосновеніе съ слизистой оболочкою принадлежитъ окуриваніе (*Suffitus*), производившееся парами смоль, бальзамовъ и т. д. посредствомъ приспособленныхъ для этого инструментовъ. Такъ *Ambr. Pagè* описываетъ инструментъ въ родѣ почтового рога, тупой конецъ котораго, назначенный для введенія въ шейку, снабженъ многочисленными отверстіями, а на широкомъ наружномъ концѣ его пристроенъ механизмъ для регулированія пара. Въ новѣйшее время, окуриванія съ цѣлю уменьшенія выдѣленія слизистой оболочки половыхъ органовъ болѣе не употребляются.

Введеніе *газовъ* во влагалище впрочемъ рекомендовалось и одно время было въ большомъ употребленіи. Такъ *Simpson* рекомендовалъ для уменьшенія чувствительности половыхъ органовъ—введеніе во влагалище паровъ хлороформа; *Scanzoni* предложилъ введеніе углекислаго газа—съ цѣлю производить искусственные преждевременные роды.

Оба способа не вошли однако во всеобщее употребленіе отчасти по невѣрности ихъ дѣйствія, отчасти же потому, что наблюдались неблагоприятныя послѣдствія, какъ напр. смерть отъ введенія угольной кислоты.

Въ настоящее время лекарственныя вещества вводятся въ полость матки въ жидкомъ, тѣстообразномъ и сухомъ видѣ.

Имѣя въ виду нѣкоторыя явленія, наступающія при внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ, явленія, которыя могутъ поставить неопытнаго врача въ большое затрудненіе, я позволяю себѣ остановиться на этомъ вопросѣ нѣсколько дольше и изложить его подробнѣе.

а) *Впрыскиванія въ полости матки или введеніе лекарственныхъ веществъ въ жидкомъ видѣ.* До 1840 года внутриматочныя инъекціи хотя и производились, тѣмъ не менѣе врачи на нихъ мало обращали вниманія, до того времени пока въ этомъ году не надѣлалъ много шума несчастный случай, опубликованный

Houmann'омъ во Франціи. Случай этотъ относится къ одной женщинѣ страдавшей лейкорреей матки, для устранения которой сдѣлана была инъекція изъ отвара орѣховыхъ листьевъ, что повело за собою сильнѣйшіе симптомы metropéritonitidis. Начиная съ этого времени, столбцы въсѣхъ періодическихъ изданій и книгъ, трактующихъ о внутриматочныхъ инъекціяхъ наполняются описаніемъ неблагопріятныхъ случаевъ встрѣчающихся при этомъ способѣ лѣченія. Большая часть врачей, примѣнявшихъ это лѣченіе, считаетъ его небезопаснымъ, такъ какъ оно вызываетъ нерѣдко болѣзненные явленія, носящія первинный или воспалительный характеръ. Къ первымъ относятъ колики матки, обмороки, ко вторымъ endopara-и perimetris и peritonitis.

О способѣ происхожденія этихъ болѣзненныхъ явленій начались разногласія еще въ 1840-мъ году. Одни объясняли происхожденіе ихъ переходомъ инъецируемой жидкости черезъ фаллопиевы трубы въ полость живота (Bretonneau), а другіе переходомъ ея въ сосуды матки и широкихъ связокъ (Astros).

Первая попытка къ рѣшенію этого вопроса экспериментальнымъ путемъ на трупахъ принадлежитъ Vidal'ю de Cassis (1840) во Франціи. Опыты его показали, что впрыскиваемая въ полость матки жидкость переходила въ сосуды ея и въ трубы только въ тѣхъ случаяхъ, когда инъекціи производились съ большою силою, при чемъ шейка матки перевязывалась надъ канюлюю. При большихъ инъекціяхъ (40 грм.) и силѣ, употребляемой при впрыскиваніяхъ въ ухо, жидкость въ двухъ случаяхъ проходила черезъ трубы, въ шести—каналъ ихъ былъ повидимому непроходимъ, а въ одномъ была открыта язва на внутренней поверхности маточной стѣпки, черезъ которую жидкость прошла въ вену, сообщающуюся съ полостью матки посредствомъ этого изъязвленія. При умѣренныхъ впрыскиваніяхъ (20 грм.) жидкость не переходила ни въ брюшную полость, ни въ трубы, а возвращалась назадъ во влагалище, между шейкою матки и канюлюю.

Такимъ образомъ Vidal de Cassis убѣдился, что на трупахъ. впрыскиваемая съ извѣстною силою, въ полость матки, жидкость не переходитъ въ трубы, чему на живыхъ, по его мнѣнію, еще болѣе препятствуетъ сократительность трубъ.



Тѣмъ не менѣе, не смотря на соблюденіе правилъ предосторожности, рекомендованныхъ Vidal'емъ de Cassis и состоявшихся въ томъ, чтобъ жидкость впрыскивалась медленно, съ силой, употребляемой при ушныхъ инъекціяхъ, чтобъ она не содержала воздуха, чтобъ за 2—3 дня до наступленія регулъ внутриматочныя инъекціи были оставляемы и снова производились не ранѣе 3-хъ дней по окончаніи менструаціи, наконецъ чтобъ не производились впрыскиванія раньше шести мѣсяцевъ послѣ родовъ,—несмотря на все это, опасныя припадки и даже смертельныя исходы послѣ впрыскиваній все таки наблюдались.

Это побудило Hennig'a (1862) и Klemm'a (1865) повторить эксперименты на трупахъ. Первый дѣлалъ опыты съ перевязываніемъ надъ канюлею маточной шейки и пришелъ къ заключенію, что ни одна капля жидкости не переходитъ въ трубы и, что только устье матки имбибировалось карминомъ на три мм. въ глубину. Второй же нашелъ, что инъекцируемая жидкость, при непереязанномъ маточномъ рыльцѣ, всегда возвращалась назадъ въ влагалище и никогда не переходила въ трубы, при чемъ все равно какаѣ бы сила жидкости ни была употреблена при впрыскиваніи. Если же маточная шейка перевязывалась надъ канюлею, то жидкость медленно переходила въ трубы. Въ трехъ случаяхъ (изъ 18-ти) при весьма узкомъ маточномъ рыльцѣ и умѣренной силѣ впрыскиванія, голубыя чернила проникли въ вены матки и широкихъ связокъ, чѣмъ Klemm и объясняетъ быстрое наступленіе *metritidis* и *peritonitidis*, послѣ инъекцій на живыхъ.

Въ 1867 году въ Россіи подобныя опыты производились покойнымъ профессоромъ Горвицемъ при содѣйствіи д-ра Михновскаго. Они дѣлали опыты впрыскиваній воды, окрашенной тушью или карминомъ, посредствомъ обыкновеннаго сифона съ герметически пригнанымъ къ нему катетеромъ. Когда влагалищная часть была плотно затянута кольцомъ изъ проволоки, то впрыскиваніе начиналось съ значительною силою. Изъ 14 опытовъ, въ двухъ случаяхъ они нашли слѣды жидкости въ венахъ, хотя и въ томъ и въ другомъ можно было убѣдиться, что они имѣли дѣло съ старымъ эндометритомъ, давшимъ значительныя изъязвленія. Ни разу имъ не

удалось наблюдать проникновение жидкости в фаллопиевы трубы.

Всѣ эти опыты, справедливые для труповъ, не могли быть всецѣло понесенными для объясненія неблагопріятныхъ послѣдствій, встрѣчающихся при впрыскиваніяхъ на живыхъ, вслѣдствіе чего въ 1872 году я предпринялъ въ Казани при любезномъ содѣйствіи профессора физиологіи Н. О. Ковалевскаго рядъ опытовъ на животныхъ.

Первый опытъ внутриматочнаго впрыскиванія былъ произведенъ съ совершенно другими цѣлями. Собака была обезкровлена перерѣзкою сонныхъ артерій; по вскрытіи брюшной полости матка находилась въ сокращенномъ состояніи, вслѣдствіе чего оба рога представлялись въ видѣ четокъ. Въ отверстіе одного изъ нихъ вставлена тонкая, стеклянная канюля и завязана лигатурою, проведенною вокругъ шейки. Лишь только канюля была наполнена инъекціонною массою (состоявшей изъ синей клеевой жидкости, не быстро застывающей при обыкновенной температурѣ) и приведена въ соединеніе съ гуттаперчевой трубкою инъекціоннаго аппарата, какъ жидкость почти мгновенно проникла въ фаллопиеву трубу, обозначившуюся на капсулѣ, окружающей у собакъ яичникъ, въ видѣ тонкой синей полоски. Это произошло еще тогда, когда поршень инъекціоннаго аппарата не былъ въ дѣйствіи и жидкость находилась подъ весьма небольшимъ давленіемъ т. е. тѣмъ, которое исходило отъ надѣванія на открытый конецъ канюли гуттаперчевой трубки инъекціоннаго аппарата, наполненной жидкостью. Когда же поршень былъ открытъ, то жидкость быстро наполнила полость капсулы, а затѣмъ перешла въ полость живота черезъ отверстіе, находящееся въ первой, посредствомъ котораго эти двѣ полости сообщаются другъ съ другомъ.

Послѣ этого мною произведено еще нѣсколько опытовъ, которые дали тѣже результаты. Въ послѣднихъ способъ производства впрыскиванія былъ нѣсколько видоизмѣненъ т. е. собаки не обезкровливались, а впрыскиваніе тою же жидкостью производились правацовскимъ шприцемъ. Конецъ послѣдняго, безъ канюли, вставлялся въ маточное рыльце и каналъ шейки не перевязывался. Во всѣхъ случаяхъ, упо-

треблявшаяся сила при впрыскивании была незначительна; маточная шейка сильно сокращалась надъ концомъ шприца. Жидкость всегда быстро проникала въ трубы, а при болѣе продолжительномъ впрыскиваніи переходила въ капсулу. Два полныхъ правцовевыхъ шприца были достаточны, чтобъ наполнить капсулу, послѣ чего жидкость черезъ вышеупомянутое отверстіе переходила въ полость живота.

Изъ этого видно, что для собакъ можно считать доказаннымъ, что и при незначительной силѣ давленія, впрыскиваемая въ полость матки жидкость можетъ перейти изъ послѣдней въ фаллопеевы трубы, а затѣмъ и въ полость брюшины послѣ наполненія капсулы.

Теперь возникаетъ вопросъ: можно ли перенести результаты этихъ опытовъ на человѣка?

Если мы сравнимъ матку человѣка съ маткою собаки, то существенное различіе при внутриматочныхъ инъекціяхъ, долженъ представлять уголъ, образуемой маткою при переходѣ въ трубы. Между тѣмъ какъ жидкость, впрыскиваемая въ полость матки собаки не перемѣняетъ своего теченія и идетъ по прямому направленію въ трубу, представляющую изъ себя быстрое суженіе рога, у человѣка она должна ударять струею прямо въ дно матки (при этомъ я принимаю одинаковыя условія, т.е. впрыскиваніе производится шприцемъ, снабженнымъ отверстіемъ только на верхнемъ своемъ концѣ) и потомъ уже перейти въ каналъ трубы, находящійся почти подъ прямымъ угломъ къ направленію канала маточной полости. Механическія условія слѣдовательно неодинаковы, а потому сравненіе въ этомъ смыслѣ не можетъ привести ни къ какимъ результатамъ. Здѣсь важенъ фактъ — возможность перехода жидкости у собаки изъ полости матки въ трубы, несмотря на сильное развитіе мускулатуры въ рогахъ и ея сокращеніе. Если же онъ возможенъ въ такія узкія отверстія, какъ каналы фаллопеевыхъ трубъ у собакъ, то нельзя найти причинъ почему не допустить возможности такого перехода при извѣстныхъ условіяхъ и у человѣка, тѣмъ болѣе что фактъ перехода семени извѣстенъ, какъ напримѣръ при внѣматочной беременности. Положимъ, что свойства послѣдней жидкости имѣютъ при этомъ громадное значеніе, но мы еще до сихъ

поръ очень мало знаемъ, какими силами прогоняется она черезъ трубы т. е. играютъ при этомъ активную роль семяныя нити, антиперистальтическія движенія трубъ или движенія мерцательнаго эпителия. Во всякомъ случаѣ основываясь на нѣкоторыхъ фактахъ можно представить себѣ слѣдующую гипотезу.

Извѣстно, что при введеніи зонда нерѣдко встрѣчается препятствіе для его проведенія во внутреннемъ отверстіи канала шейки. Подобное явленіе иногда можно объяснить только рефлекторнымъ спазматическимъ сокращеніемъ круговыхъ мышцъ. Спазмъ этотъ наступаетъ иногда, несмотря на крайнюю осторожность при введеніи зонда. Попытка къ насильственному проведенію его ведетъ даже къ сильнымъ кровотечениямъ вслѣдствіе пораненія слизистой оболочки и производитъ сильную боль. Цѣль же въ этомъ случаѣ достигается легко, если обождать нѣсколько секундъ, потому что спазмъ вскорѣ кончается и зондъ совершенно свободно доходитъ до дна матки.

Предположимъ теперь, что вмѣсто зонда мы провели черезъ внутреннее отверстіе каплю инъекціоннаго шприца и начинаемъ дѣлать впрыскиванія. Съ первою же каплею жидкости, пришедшей въ соприкосновеніе съ чувствительною слизистой оболочкою матки, должны начаться сокращенія ея, при чемъ можетъ произойти слѣдующее явленіе: сокращающееся внутреннее отверстіе канала шейки крѣпко обхватитъ каплю, а впрыскиваемая жидкость, не будучи въ состояніи возвратиться назадъ, ищетъ другаго выхода подъ вліяніемъ сжатія полости матки. Самымъ удобнымъ мѣстомъ для перехода здѣсь конечно представляются фаллопиевы трубы. Этому должны благопріятствовать также и самыя сокращенія, вызванныя раздраженіемъ, потому что начавшись съ того мѣста, гдѣ произошло соприкосновеніе слизистой оболочки съ жидкостью, онѣ распространяются во всѣ стороны; переходя же на трубы и вызывая въ нихъ антиперистальтическія движенія, сокращенія эти могутъ увлечь и впрыснутую жидкость, а разъ послѣдняя попала въ трубы, она не замедлитъ, при благопріятныхъ условіяхъ, перейти и въ брюшную полость, вызвавши въ ней воспаленіе брюшины. Если мы согласимся съ

Spiegelberg'омъ и другими, что препятствіемъ для такового перехода будутъ служить сокращенія сфинктеровъ, то должно думать, что это продолжилось бы не долго, потому что болѣе сильная мускулатура матки въ результатъ одержить верхъ и при малѣйшемъ ослабленіи сфинктеровъ жидкость можетъ проникнуть въ каналы трубъ.

Само собою разумѣется, что вышеизложенное объясненіе не имѣетъ за собою характера несомнѣнной истины и основано на доказанномъ фактѣ—возможности перехода жидкости изъ матки въ фаллопиевы трубы, полученномъ при опытахъ на животныхъ.

Spiegelberg сводитъ болѣзненные явленія, наблюдаемые при внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ къ пяти формамъ: сильныя колики, глубокій обморокъ, metritis, para—и perimetritis. Появленіе ихъ онъ объясняетъ тѣмъ, что врачи весьма мало или вовсе не обращаютъ вниманія на состоянія матки и окружающихъ ее частей, а имѣютъ въ виду только устраненіе симптомовъ болѣзни. Далѣе тѣмъ, что они забываютъ объ отсутствіи полости матки (исключая послѣродоваго состоянія и новообразованій), потому что передняя и задняя стѣнки соприкасаются другъ съ другомъ своими внутренними поверхностями такъ, что на поперечныхъ и продольныхъ разрѣзахъ она представляется въ видѣ щели. Изъ этого слѣдуетъ, что полость матки можетъ вмѣстить весьма незначительное количество жидкости; если же въ нее впрыснуть большее количество, то она растягивается и такимъ образомъ наступаютъ часто весьма сильныя колики, къ которымъ присоединяются всѣ признаки обморока (Schock), въ томъ случаѣ, если матка очень чувствительна. Эти припадки будутъ тѣмъ сильнѣе, если содержимое не можетъ тотчасъ же войти, потому что къ растяженію теперь присоединяется реакція на постороннее тѣло, а дѣйствіе лекарственнаго вещества распространяется вглубь. Если колики не достигаютъ своей цѣли (т. е. изгнанія содержимаго), то онѣ ведутъ къ разлитому воспалительному опуханію органа и окружающихъ его частей, началомъ котораго служитъ долго продолжающееся и потому глубокое прижиганіе. На этомъ основаніи, говоритъ Spiegelberg, прижиганіе твердыми веществами не такъ опасно, какъ инъекціи, производимыя неосмотрительно, потому что твердыя

вводятся въ незначительномъ количествѣ, особенно если оперируютъ обыкновенными прижигателями, а самое прижиганіе при этомъ поверхностно.

Объясняя такимъ образомъ происхожденіе болѣзненныхъ явленій, наступающихъ послѣ внутриматочныхъ инъекцій, Spiegelberg не допускаетъ проникновенія жидкости въ трубы, а слѣдовательно и перехода ея въ полость брюшины. Основывается онъ, во 1-хъ, на томъ, что эксперименты на трупахъ ничего не доказываютъ, потому что сила, съ которою здѣсь впрыскивалась жидкость и количество ея гораздо болѣе, чѣмъ употребляется обыкновенно на живыхъ, а во 2-хъ, что у послѣднихъ отъ раздраженія полости матки происходятъ сокращенія сфинктеровъ трубы, препятствующихъ переходу въ нихъ жидкости. Кромѣ того инѣмъ еще не доказано на трупахъ женщинъ, умершихъ послѣ впрыскиванія, чтобъ жидкость перешла черезъ трубы въ брюшную полость.

Горвицъ раздѣляетъ неблагопріятныя послѣдствія отъ внутриматочныхъ инъекцій на первичныя и вторичныя. Первые наступаютъ быстро и непосредственно за вступленіемъ жидкости въ полость матки, а вторыя съ гораздо меньшей скоростью и явно воспалительнаго характера.

Первичныя явленія, состоящія въ скоропреходящихъ боляхъ внизу живота и поясищъ, какомъ-то особенно возбужденномъ состояніи, а иногда непродолжительномъ обморокѣ замѣчаются у лицъ раздражительныхъ; вслѣдствіе этого одни объясняли ихъ тѣмъ, что жидкость, попадая въ полость матки, растягиваетъ стѣнки, вызывая потуги, а другіе, основываясь на томъ, что припадки имѣли характеръ чисто перваго раздраженія—законами рефлекса. Послѣднее рѣшить невозможно, потому что въ этихъ случаяхъ дѣло никогда не доходило до вскрытій.

По силѣ своей первичныя припадки Горвицъ раздѣляетъ на двѣ степени. Одни носятъ характеръ рефлекторный и обуславливаются, вѣроятно, только раздраженіемъ внутренней поверхности матки или самимъ инструментомъ, или же впрыскиваемой жидкостью. Явленія второй степени, отличающіяся большей опасностью, обязаны, безъ сомнѣнія, своимъ происхожденіемъ проникновенію воздуха въ вены, но вѣроятно

въ такомъ маломъ количествѣ, что его недостаточно для того, чтобъ обусловить смертельный исходъ.

Хотя Горвицъ и говорить, что, *безъ сомнѣнія*, подобные припадки зависятъ отъ вхожденія воздуха въ сосуды матки, однако если мы вспомнимъ наши далеко недостаточныя свѣдѣнія относительно иннервации матки и вліянія раздраженія ея нервовъ на остальные органы человѣческаго тѣла, то невольно приходитъ на умъ, не зависятъ ли эти явленія просто отъ нервного возбужденія чувствительныхъ нервовъ и передачей этого раздраженія напр. на *n. vagus*.

Что касается до вторичныхъ явленій, появляющихся послѣ внутриматочныхъ впрыскиваній, то онѣ носятъ воспалительный характеръ и объясняются съ одной стороны болѣзненнымъ состояніемъ, въ которомъ находятся сосуды матки, а съ другой стороны раздражающими свойствами впрыскиваемой жидкости. Припадки должны быть тѣмъ сильнѣе, чѣмъ болѣе измѣнены стѣнки сосудовъ и чѣмъ болѣе раздражающими свойствами обладаетъ инъецируемая жидкость.

Такимъ образомъ воспалительныя явленія, развивающіяся въ маткѣ и ея припадкахъ послѣ впрыскиваній составляютъ ничто иное, какъ обостреніе тѣхъ же самыхъ процессовъ, которые существовали за болѣе или менѣе долгое время до впрыскиванія.

Какимъ бы образомъ ни происходили болѣзненныя явленія, одно несомнѣнно, что главная причина, обуславливающая ихъ появленіе, заключается въ томъ, что впрыснутая жидкость не имѣетъ свободнаго обратнаго истока изъ полости матки во влагалище и препятствіе это состоитъ въ узкости *orificii interni*. Стремленія къ устраненію этого препятствія начались съ 1840 года (Hutin).

Прежде чѣмъ перейти къ этимъ способамъ, нужно сказать объ инструментахъ, которые употребляются для внутриматочныхъ инъекцій.

Изъ всѣхъ рекомендуемыхъ въ настоящее время съ этою цѣлью инструментовъ наибольшимъ распространеніемъ пользуется шприцъ С. Braun'a (рис. 93). Онъ состоитъ изъ стекляннаго цилиндра вмѣстимостью въ 20 капель. Къ маточному концу привинчена трубка изъ твердаго каучука по виду и

толщинѣ подобная маточному зонду. Нѣсколько утолщенный конецъ трубки снабженъ отверстіемъ сбоку и можетъ поворачиваться вокругъ своей продольной оси, что даетъ возможность давать извѣстное направление струѣ жидкости. Наружный конецъ инструмента служитъ для движенія поршня въ стеклянномъ цилиндрѣ. Стержень, которымъ приводится въ движеніе поршень, представляетъ дѣленіе въ капляхъ, такъ что въ каждый моментъ впрыскиванія врачъ знаетъ количество впрыснутой жидкости.

Что касается другихъ инструментовъ Spiegelberg'a, Winkel'я и др., то всѣ они мало отличаются отъ формы правацевскаго шприца, снабженнаго только длиннымъ наконечникомъ.

Недавно Rajot предложилъ инструментъ для введенія лекарственныхъ веществъ, представленный на рисункѣ 94-мъ: А) представляетъ изображеніе зонда въ закрытомъ состояніи для введенія его передъ впрыскиваніемъ; В) тотъ же инструментъ во время инъекціи; С) расширитель шейки, отдѣленный отъ зонда и состоящій изъ двухъ створокъ для чистки.

Д.-Е. Двѣ створки тѣла зонда.

Г. Н. Двѣ створки загнутаго конца зонда.

Ф. Кольцо для соединенія двухъ створокъ согнутаго конца.

Всѣ части зонда раздѣляются на двѣ створки для удобства чистки. Расширитель С допускаетъ увѣренность въ легкомъ обратномъ стоцѣ жидкости. Рисунокъ представляетъ  $\frac{1}{3}$  величины зонда.

Инструментъ этотъ, по мнѣнію Rajot, удовлетворяетъ всѣмъ требуемымъ цѣлямъ, т. е. легко чистится, допускаетъ обратный стоцъ жидкости и такъ какъ конецъ его снабженъ отверстіями, то даетъ возможность промыть части на подобіе лейки.

*Введеніе инструментовъ*, подобно маточному зонду, производятъ по пальцу или чрезъ зеркало. Если имѣютъ въ виду произвести впрыскиваніе въ каналъ шейки, то конецъ инструмента проводятъ до внутренняго отверстія и надавливаютъ безъ особыхъ предосторожностей рукоятку поршня.



Рис. 93.



Если же дѣло идетъ о впрыскиваніи въ полость матки, то конецъ инструмента проводятъ за внутреннее отверстіе, до-



Рис. 94.

водять его до дна матки и начинаютъ впрыскиваніе медленно, съ приостановками, постоянно наблюдая за дѣйствіемъ инъецируемой жидкости на больную.

Чтобъ жидкость не вытекала изъ сприца струею, Hoffmann (рисунокъ 95) вмѣсто одного отверстія на наконечникѣ снабдилъ его винтовымъ нарѣзомъ, начиная отъ конца инструмента, до изгиба его по длинѣ. Передъ введеніемъ ко-

онецъ инструмента обматывается на винтовой наръзкѣ тонкимъ слоемъ ваты, которая такимъ образомъ держится на инструментѣ очень крѣпко. Когда инструментъ введенъ и жидкость выжимается поршнемъ, то она пропитываетъ вату и чрезъ посредство ея дѣйствуетъ на слизистую оболочку матки.

Послѣ впрыскиванія больная должна нѣкоторое время лежать и такъ какъ никогда нельзя съ увѣренностію сказать о послѣдствіяхъ инъекціи, то въ амбулантной практикѣ внутриматочныя инъекціи никогда не должны бытъ производимы.

Введеніе лекарственныхъ веществъ въ полость матки въ жидкомъ видѣ можетъ быть производимо посредствомъ *рисовальной кисточки* и *ваты* и всегда при посредствѣ створчатаго зеркала.

Когда зеркало введено, то влагалищная часть захватывается крючкомъ Sims'a для фиксированія матки и поворота отверстія канала шейки кипзу. Затѣмъ кисточка обмакивается въ жидкости и проводится черезъ каналъ въ полость матки. Неудобство этого способа состоитъ въ томъ, что волоски кисточки загибаются назадъ при проходѣ черезъ узкій каналъ и жидкость выжимается.

Такъ какъ описанный способъ внутриматочнаго леченія направленъ къ устраненію усиленныхъ выдѣленій и остановки кровотеченія, то прежде введенія лекарственнаго вещества необходимо удалить изъ



Рис. 95.

полости слизь, гной и кровяные спутки. Съ этою цѣлью можно рекомендовать зондъ Playfair'a, который состоитъ изъ рукоятки съ придѣланнымъ къ ней наконечникомъ изъ алюминія. Поверхность этого наконечника шероховатая, что даетъ возможность фиксировать намотанный на него слой ваты. На прилагаемомъ рисункѣ видно, что смотря по количеству намотанной ваты инструментъ можетъ быть употребленъ для смазыванія дѣйствующею жидкостью, для очищенія ея полости, а также для очищенія влагалищной части. Для очищенія полости матки передъ внутриматочнымъ впрыскиваніемъ можно вводить нѣсколько разъ свѣжеласаженную на наконечникѣ вату и притомъ лучше гигроскопическую, впитывающую въ себя жидкость.

Изо всего вышеизложеннаго относительно внутриматочныхъ инъекцій слѣдуетъ, что внутриматочныя инъекціи вызываютъ припадки отчасти носящія нервный характеръ, какъ то: маточныя колики, коляпсы, обмороки, судороги и т. д., отчасти же воспалительный: эндометритъ, метритъ, пери—и параметритъ и перитонитъ, при чемъ послѣдній происходитъ или отъ воспалительнаго раздраженія *per continuitatem* или вслѣдствіе перелома жидкости черезъ каналъ трубъ въ полость брюшины.

Для предупрежденія этихъ припадковъ, по примѣру Every Kennedy (1847), Haselberg и Hildebrand совѣтуютъ поступать слѣдующимъ образомъ: впрыснувши жидкость, оставить ее въ полости матки до тѣхъ поръ пока она произведетъ свое дѣйствіе на слизистую оболочку. Инструментъ все время остается въ полости матки. Когда жидкость по предположенію врача подѣйствовала, то должно медленно выдвигать поршень и такимъ образомъ вытянуть всю впрыснутую жидкость.

Съ тою же цѣлью внутриматочныя инъекціи производилась катетеромъ *à double courant*, состоящимъ изъ двухъ трубокъ, изъ которыхъ черезъ одну должно вытекать то, что введено черезъ другую трубку послѣ соприкосновенія жидкости съ слизистой оболочкою матки. Но и этотъ инструментъ по мнѣнію Spiegelberg'a не пригоденъ къ сказаннымъ цѣлямъ, потому что обѣ трубки при относительной узкости внутренняго отверстія и маточной полости могутъ быть недостаточно широки, чтобъ доставить свободный входъ и про-

хождение свертковъ, образующихся при впрыскиваніи: послѣдніе (свертки) еще болѣе закупориваютъ канюли, при чемъ въ послѣдніа можетъ войти только часть жидкости, которая находится поверхъ ихъ окончаній.

Въ настоящее время при внутриматочныхъ инъекціяхъ большинство гинекологовъ прибѣгаетъ къ предварительному расширенію канала шейки и его внутренняго отверстія съ цѣлью дать свободный выходъ впрыскиваемой въ полость матки жидкости. Несмотря на многія неудобства этого способа—онъ все таки пока единственный, ведущій къ желаемой цѣли—предупрежденію неблагоприятныхъ послѣдствій, которыя зависятъ отъ термическихъ, химическихъ и механическихъ раздраженій.

На этомъ основаніи внутриматочныя инъекціи должны быть производимы при слѣдующихъ условіяхъ:

1) Каналь маточной шейки долженъ быть достаточно открытымъ (естественно или искусственно), дабы излишняя жидкость могла свободно стекать между стѣнками канала и канюлею.

2) Впрыскиваніе жидкости должно быть въ небольшомъ количествѣ.

3) Жидкость должна быть согрѣта приблизительно до температуры тѣла.

4) Впрыскиванія должны быть производимы не позже какъ за 5 дней до наступленія ожидаемыхъ регулъ и не ранѣе 3 дней спустя послѣ окончанія ихъ.

*Показаніями* къ внутриматочнымъ впрыскиваніямъ будутъ служить:

1) Усиленныя болѣзненные выдѣленія изъ полости матки: катарръ матки, *metritis chronica*.

2) При кровотеченіяхъ изъ полости матки, сопровождающихся расслабленіемъ мышечной ткани матки. Если внутриматочные и промежуточные фиброиды не могутъ быть удалены оперативнымъ путемъ, то внутриматочныя инъекціи показываются съ цѣлью остановки кровотеченія.

3) Показаніемъ къ внутриматочнымъ инъекціямъ служатъ также фунгозныя разращенія слизистой оболочки, если по какимъ либо причинамъ нельзя прибѣгнуть къ ихъ немедленному удаленію другими оперативными приѣмами.

*Противуказаніями* къ внутриматочнымъ инъекціямъ будутъ служить всѣ острые воспалительные процессы въ маткѣ и ея придаткахъ. Что касается до хроническихъ, то хотя онѣ и не служатъ безусловнымъ противуказаніемъ къ этому леченію, однако нужно всегда помнить, что хроническое воспаление можетъ при этомъ легко перейти въ острое.

Что касается жидкостей, употребляемыхъ для внутриматочныхъ инъекцій, то по самому свойству болѣзней при которыхъ существуетъ къ нимъ показанія, сюда относятся прижигающія и вяжущія. Лучше всего начинать внутриматочныя инъекціи съ слабыхъ растворовъ и, постепенно убѣдившись въ степени раздражительности больной, уже переходитъ къ болѣе крѣпкимъ. Такъ для первыхъ инъекцій раствора ляписа можно начать съ 1 gr. на  $\bar{\zeta}j$ , затѣмъ 5 gr. на  $\bar{\zeta}j$  и наконецъ перейти къ среднимъ  $\Theta j$  на  $\bar{\zeta}j$  и крѣпкимъ отъ  $\Theta jj - \bar{\zeta}j$  на  $\bar{\zeta}j$  дистиллированной воды. Точно также поступаютъ съ танниномъ отъ gr V— $\bar{\zeta}j$  на  $\bar{\zeta}j$  глицерина, съ liq. sesquich. ferri gtt. X на  $\bar{\zeta}j$  и доходя до aa. liq. sesquichl. ferri и какой либо жидкости: дистиллированной воды или глицерина. Часто для произведенія реакціи слизистой оболочки, особенно при фиброидахъ матки, употребляютъ tra jodi разжиженную водою или глицериномъ въ отдѣльности и въ смѣси ихъ между собою отъ  $\bar{\zeta}j - \bar{\zeta}j$  traе jodi на  $\bar{\zeta}j$  жидкости.

Для того, чтобъ имѣть понятіе о величинѣ и плотности свертковъ, образующихся въ полости матки при внутриматочныхъ инъекціяхъ были произведены опыты съ различными вяжущими и прижигающими. При этомъ оказалось растворы argenti nitr., acidi chromici, Tannini, Liq. sesquichlor. ferri, cupri sulphurici, Aluminis, Trae jodi, Kal. hypermanganici, Zinci sulphurici съ прибавленіемъ глицерина или совсѣмъ не производятъ свертыванія бѣлка или ограничиваютъ способность его свертыванія. Вообще относительно Tra jodi, Kal. hypermanganicum, zincum sulphuricum можно сказать что они образуютъ небольшіе и не плотные свертки.

b) Кромѣ способовъ введенія лекарственныхъ веществъ въ полость матки въ видѣ жидкости существуютъ еще способы *введенія ихъ въ твердомъ состояніи*.

Какъ по давности, такъ и общепотребительности первое

мѣсто принадлежит здѣсь азотнокислomu серебру. Дѣйствіе его на слизистую оболочку находится въ большой зависимости отъ способа введенія въ полость матки вслѣдствіе чего предварительно нужно сѣзать объ инструментахъ, употребляемыхъ съ этою цѣлью.

Одинъ изъ наичаще употреблявшихся инструментовъ есть прижигатель Lallemand'a, изобрѣтенный имъ для прижиганія предстательной части мужскаго мочеиспускательнаго канала. Инструментъ видоизмѣненный Kiwisch'емъ, придавшимъ ему изгибъ на подобіе маточнаго зонда, состоитъ изъ пуговчатого стержня (рис. 96), привинченнаго къ проволоку и снабженнаго желобкомъ, въ который помѣщается ляписъ. Проволока движется въ серебряной, нѣсколько изогнутой на переднемъ концѣ своемъ, трубкѣ, въ которой и помѣщается вышесказанный стержень если его втянуть въ нее движениемъ назадъ проволоки. Это движеніе назадъ послѣдней ограничено сидящею на концѣ стержня пуговкою, величина которой нѣсколько превышаетъ ширину канала трубки.

Введеніе инструмента производится по пальцу или черезъ зеркало. Инструментъ—закрытымъ вводится въ каналъ шейки за внутреннее отверстіе, послѣ чего проволока надавливается съ наружнаго конца, вслѣдствіе чего стержень съ прижигающимъ веществомъ высаскиваетъ въ полость матки. Недобство инструмента состоитъ въ томъ, что управлять имъ нельзя и избѣгнуть именно того, чтобъ онъ не *выскакивалъ* очень трудно. Отъ этого и зависятъ тѣ часто весьма сильныя кровотеченія послѣ прижиганія, такъ какъ быстрое высасываніе инструмента въ полость матки ведетъ за собою

травматическое поврежденіе концомъ инструмента стѣнокъ слизистой оболочки матки. Когда стержень находится въ полости матки, то посредствомъ наружнаго конца проволоки онъ поворачивается вокругъ оси. Прижиганію при этомъ подвергаются только тѣ части, къ которымъ обращенъ жело-



Рис. 96.

бокъ, т. е. середина передней и задней стѣнки; бока же и дно матки остаются безъ всякаго прямого вліянія на нихъ лекарственнаго вещества.

На рисунокѣ 97-мъ представленъ прижигатель Chiarì.

Въ большомъ употребленіи находится теперь прижигатель Chiarì, видоизмѣненный К. Брауномъ. Онъ состоитъ изъ гуттаперчевой палочки на подобіе маточнаго зонда. Передній конецъ этой палочки состоитъ изъ привинченнаго къ ней полагю платиноваго наконечника, длиною въ 3 см., снабженнаго нѣсколькими боковыми отверстиями или окошками въ 4 мм. длиною и 1 мм. шириной, черезъ которыя дѣйствуетъ помѣщенное въ немъ прижигающее вещество (*arg. nitr.*). Неудобство инструмента состоитъ въ томъ, что введеніе его должно быть непремѣнно съ зеркаломъ, такъ какъ при введеніи его по пальцу прижигаются стѣнки влагалища. Какъ и предъидущій инструментъ онъ дѣйствуетъ также на ограниченномъ пространствѣ; дно и бока полости остаются внѣ прямого дѣйствія прижиганія. Scanzoni предложенъ *porte caustique* съ тремя вѣтвями на концѣ, (рис. 98), которыми захватывается и фиксируется кусокъ ляписа за одинъ конецъ, а другой вводится въ полость матки. При этомъ каналъ шейки прижигается дѣйствительно равномерно, между тѣмъ какъ прижиганіе слизистой оболочки тѣла матки весьма ограничено и во всякомъ случаѣ неравномѣрно.

Имѣя въ виду этотъ недостатокъ, Chiarì послѣ введенія куска ляписа посредствомъ *porte-caustique*, сламывалъ и оставлялъ его въ полости матки. Seyfert тоже употреблялъ этотъ способъ, при чемъ тонкія палочки ляписа прекрѣплялись на концѣ гусинаго пера. Courty также отзывался благопріятно объ этомъ способѣ введенія ляписа въ полость матки.

Едвали можно сказать, чтобъ этимъ способомъ оставленія отломанныхъ кусковъ ляписа достигалось болѣе, чѣмъ достигается способомъ Scanzoni. Разница состоитъ въ сравнительно болѣе долгомъ присутствіи лекарственнаго вещества въ по-



Р. 97. Р. 98.

лости матки. Обламываніемъ конца вводимаго куска ляписа въ области orificiі externi едва-ли можно достигъ цѣли болѣе равномернаго дѣйствія его на слизистую оболочку полости матки, такъ какъ для этого нужно, чтобъ вводимый кусокъ былъ сломанъ за внутреннимъ отверстіемъ канала шейки.

Всѣ вышесказанные недостатки устраняются прижигателемъ Mandl'я. Онъ состоитъ изъ полой каучуковой трубки нѣсколько изогнутой на подобіе маточнаго зонда и снабженной кружкомъ на разстояніи 5 см. отъ маточнаго конца. Въ трубкѣ двигается проволока къ переднему концу которой привинченъ оливкообразный изъ твердаго каучука шарикъ; толщина послѣдняго соотвѣтствуетъ ширинѣ канала шейки, а длина проволоки длинѣ самой трубки. Когда инструментъ закрытъ, то оливкообразный шарикъ переднею своею половиною выступаетъ изъ отверстія маточнаго конца инструмента.

Инструментъ вводится по пальцу или черезъ зеркало какъ простой зондъ. Когда конецъ его проведенъ черезъ внутреннее отверстіе, то кружокъ упирается во влагалищную часть, что препятствуетъ дальнѣйшему проведенію его въ полость матки. Затѣмъ одною рукою операторъ удерживаетъ трубку, а другою вынимаетъ проволоку съ оливкообразнымъ шарикомъ, беретъ соотвѣтственной длины (1 см.) и толщины кусокъ ляписа, кладетъ его въ отверстіе трубки и проталкиваетъ въ полость матки снова вводимую проволокою или проводникомъ. Проталкиваніе должно производиться осторожно, дабы не поранить слизистую оболочку матки, могущимъ упереться въ него концомъ карандаша *arg. nitrici*. Когда инструментъ снова совершенно закрытъ, то это указываетъ, что оливкообразный шарикъ протолкнулъ кусокъ ляписа въ полость матки. Инструментъ выводится и операція окончена, послѣ чего больная должна лежать въ постелѣ нѣсколько часовъ. Для предохраненія отъ прижиганія стѣнокъ рукава лучше положить къ влагалищной части тампонъ пропитанный растворомъ поваренной соли.

с) *Тыстообразныя вещества*. Въ 1872 году Martin, имѣя въ виду предупредить опасныя послѣдствія при внутриматочныхъ инъекціяхъ какъ напр. переходъ жидкости изъ полости матки въ фаллопиевы трубы, предложилъ вводить лекарственныя



вещества въ видѣ болѣе или менѣе плотнаго тѣста, которому придаютъ форму палочекъ или карандашей. Карандаши изъ таннина еще прежде предлагались во Франціи Vesquerelemъ. Разница состоитъ только въ томъ, что вмѣсто gummi tragacantae и бѣлаго хлѣба, служившихъ связующимъ началомъ, Martin рекомендуетъ глицеринъ и Pulv. rad. Althaeae. Кромѣ того онъ не ограничивается однимъ танниномъ, а дѣлаетъ карандаши изъ различныхъ веществъ какъ напр. порошка ferri Sesquichlorati, zinci Sulphurici и т. д. 1) Rp. Ferri Sesquichl. или Tannini, pul. rad. Althaeae aa. 1,0, Glycerini concent. q. s. ut fiat bacici. 2) Butyr. cacao, Ung. emoll. ana 1,0, Arg. nitrici 0,5 M. S. bacilli pond. 0,2. Отламывая кусокъ длиною 2—3 см., онъ вводитъ его въ полость матки, посредствомъ инструмента, названнаго имъ Uterinpistol (рис. 99). Uterinpistol отличается отъ инструмента Mandl'я только тѣмъ, что на немъ вмѣсто кружка находится на выпуклой сторонѣ пуговчатое возвышеніе.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ полость матки значительно расширена, онъ вводитъ нѣсколько палочекъ одну за другою.

Способъ этотъ не нашелъ обширнаго примѣненія, а въ послѣднее время повидимому почти всѣми оставленъ во 1-хъ потому, что производитъ сильныя колики матки, а во 2-хъ потому что внутриматочныя инъекціи при извѣстныхъ предосторожностяхъ дѣйствуютъ равномерно на слизистую оболочку. Справедливость однако требуетъ сказать что смертельныхъ случаевъ какъ послѣдствія этого способа леченія до сихъ поръ не было опубликовано.

Были еще попытки производить вдуванія порошковъ въ полость матки, однако оно не нашло особаго примѣненія въ практикѣ.

Въ Америкѣ Aberdeen рекомендуетъ введеніе лекарственныхъ веществъ въ капсулахъ слѣдующимъ способомъ: больная лежитъ на спинѣ, влагалищная часть обнажается зеркаломъ, каналъ шейки очищается и затѣмъ пинцетомъ проводятъ капсулу до дна матки. Послѣ этого больная лежитъ полчаса для

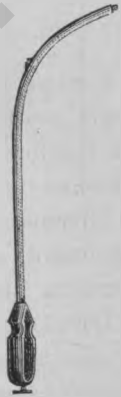


Рис. 99.

того чтобъ капсуля растворилась или же извлекають зеркало и кладуть къ маточному рыльцу тампонъ. Капсулы имѣють продолговатую форму.

Въ этой формѣ можно примѣнять всѣ лекарственныя вещества примѣняемыя при леченіи полости, при чемъ прижигающія какъ *arg. nitricum*, *acidum chromicum* и т. д. можно смѣшивать въ любыхъ пропорціяхъ съ индифферентными веществами, наиримѣръ *pulv. licopodii*, *асасіае* или *mag. bismuti* и т. д.

## ГЛАВА ДЕВЯТАЯ.

### Выполаскиваніе полости матки.

Говоря о внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ съ цѣлью леченія измененной слизистой оболочки нужно сказать, что въ настоящее время часто употребляются обмыванія или выполаскиванія полости матки главнымъ образомъ для удаленія задерживающихся и распадающихся тканей, а также для дезинфекціи и предупрежденія заболѣваній послѣ операций въ полости *uteri* и послѣ родовъ.

Выполаскиванія матки производятся посредствомъ особыхъ катетеровъ, изъ которыхъ совершенно справедливо первое мѣсто занимаетъ катетеръ *Wozeman'a*, видоизмѣненный *Fritsch'емъ*. (рис. 100).

Инструментъ представляетъ изъ себя S-образно согнутую металлическую трубку. На  $\frac{1}{3}$  отъ маточнаго конца трубка покрыта привинчивающеюся гильзой съ слѣпымъ закругленнымъ концомъ. Въ разстояніи  $\frac{1}{2}$  см. отъ этого конца гильзы съ боковъ находятся два продольныхъ отверстія, а въ такомъ же разстояніи отъ мѣста своего привинчиванія къ трубкѣ она имѣетъ на задней стѣнкѣ большое окошко. Катетеры имѣются различной толщины. Развинченный инструментъ легко доступенъ чисткѣ.

Для примѣненія катетера *Fritsch'a* необходимо, чтобъ каналъ маточной шейки былъ проходимъ, для  
Рис. 100.  
конца инструмента.



Жидкость втекает въ трубку, ударяется струею во внутреннюю поверхность стѣнки слѣпаго конца и вытекаетъ черезъ боковые разрѣзы по трубкѣ гильзы въ ея нижнее окно.

Больная лежитъ на спинѣ съ нѣсколькими разведенными бедрами и подложеннымъ подъ неѣ подставникомъ, который предназначается или для воспринятія вытекающей жидкости или для того, чтобъ черезъ него только протекала жидкость въ большую по объему посуду. Для этого послѣдняго около дна подставника существуетъ отверстіе, посредствомъ котораго оно соединяется трубою съ ведромъ стоящимъ на полу. Вводится катетеръ по пальцу или черезъ зеркало по возможности глубже, но настолько чтобъ нижнее отверстіе его на задней стѣнкѣ выдавалось около *orificii externi*. Наружный конецъ его соединяется съ гутаперчевою трубою ирригатора, которая должна быть соотвѣтственной толщины и крѣпко обхватывать конецъ инструмента. Истеченіе жидкости изъ ирригатора регулируется краномъ. При началѣ впрыскиванія кранъ повертывается настолько, чтобъ жидкость втекала медленно, а затѣмъ постепенно онъ открывается совсѣмъ.

Въ случаѣ надобности сила струи жидкости увеличивается болѣе высокимъ поднятіемъ ирригатора, но при этомъ всегда нужно наблюдать за симптомами вызываемыми этимъ у больной.

Количество жидкости при каждомъ выполаскиваніи должно быть настолько велико, насколько нужно для того чтобъ достигнуть желаемой цѣли. Въ большинствѣ случаевъ можно сказать, что оно достаточно, когда втеченіи нѣсколькихъ минутъ вытекающая жидкость настолько же чиста, насколько втекающая. Во всякомъ случаѣ можно пропустить черезъ полость матки нѣсколько полныхъ ирригаторовъ.

По окончаніи операціи катетеръ извлекается въ то время, когда жидкость еще течетъ черезъ него; это дѣлается съ тою цѣлью, чтобъ воздухъ не попалъ въ полость матки.

Кромѣ катетера *Fritsch'a* для выполаскиваній употребляются стеклянныя изогнутыя на подобіе зонда, различной толщины трубки. Края маточнаго отверстія послѣдней при этомъ должны быть закруглены.

Введение инструмента не представляет разницы сравнительно съ предыдущимъ. Самый же инструментъ можно держать въ видимой чистотѣ, вслѣдствіе прозрачности его стѣнокъ.

*Показанія къ выполаскиванію матки:*

1) Нѣкоторые врачи примѣняютъ выполаскиванія матки послѣ каждаго родовъ для предупрежденія септическихъ заболѣваній.

2) Во всѣхъ случаяхъ послѣродовыхъ заболѣваній, если источникомъ ихъ служить внутренняя поверхность матки.

3) Во всѣхъ случаяхъ задержанія частичекъ плаценты или оболочекъ яйца и самаго яйца какъ простая попытка вызвать сокращеніе матки и послѣдующаго удаленія сказанныхъ тѣлъ. Съ этою цѣлью нѣкоторые врачи примѣняютъ горячія выполаскиванія до 40° R. однако при этомъ нужно быть крайне осторожнымъ, дабы не вызвать у больной collaps'a и слѣдить за ея пульсомъ. Если этимъ путемъ удаленія не произошло и послѣдовало удаленіе ихъ другимъ оперативнымъ путемъ, выполаскиваніе производится какъ послѣдующій моментъ.

4) Во всѣхъ случаяхъ гдѣ производится операція въ полости матки орошеніе предшествуетъ и слѣдуетъ за операціей.

Что касается жидкостей употребляемыхъ для выполаскиванія то сюда принадлежатъ главнымъ образомъ дезинфицирующія какъ то: карболовая кислота (1%—5%), сублиматъ (1:1000 и 1:2000), борная кислота (5—10%).

Только борная кислота не вызываетъ отравленія. Что касается до карболовой и особенно сублимата, то хотя и не часто однако все таки наблюдаются случаи отравленія.

Температура употребляемой жидкости равняется обыкновенно 24—28° R.

При специальныхъ показаніяхъ можно производить выполаскиванія холодною водою и горячею. Последнюю многіе очень хвалятъ, хотя нужно сказать, что дѣйствіе горячихъ спринцеваній скоропроходяще, напримѣръ когда онѣ примѣняются при послѣродовыхъ кровотеченіяхъ съ цѣлью вызвать сокращенія матки, такъ какъ послѣ энергическихъ сокращеній стѣнки ея скоро снова ослабляются. Холодные спринцеванія показуются также при послѣродовыхъ крово-

теченіяхъ, при чемъ температуру можно доводить до 10° R. и ниже.

Съ цѣлью лѣченія послѣродовыхъ заболѣваній рекомендовались *постоянныя ирригаціи*. Эти ирригаціи производятся посредствомъ вышесказанныхъ инструментовъ, прикрѣпляемыхъ къ бедрамъ больной посредствомъ липкаго пластыря или тесемокъ или же помощью гуттаперчевой трубки различной толщины, фиксируемой въ полости матки посредствомъ поперечной перекладки изъ такой же трубки на маточномъ концѣ. Перекладка эта длиною 7—8 см. проводится черезъ отверстіе, сдѣланное въ трубкѣ въ разстояніи около 1 см. отъ маточнаго ея конца. Чтобъ эта перекладка держалась лучше можно, поступать такъ: положить трубку на твердую подстилку, сжать въ извѣстномъ мѣстѣ ея стѣнки и произвести соотвѣтственной величины продольный разрѣзъ ножомъ сквозь обѣ стѣнки трубки. При проведеніи черезъ оба эти отверстія перекладки нужно растянуть трубку, вслѣдствіе чего отверстія эти увеличиваются и облегчаютъ проведение перекладки.

Ниже перекладки трубка снабжена нѣсколькими овальными окошками, количество которыхъ можетъ быть различно, но должны занимать такое пространство, чтобъ при введеніи трубки въ полость тѣла матки они не находились книзу отъ *orif. interni*.

При введеніи черезъ зеркало трубка захватывается корнцангомъ такимъ образомъ, чтобъ концы ея были воткнуты въ отверстія поперечной перекладки или поперечной трубки и согнуты первыми книзу; при сжиманіи концовъ корнцанга послѣдніе захватываютъ и самую трубку. Въ этомъ видѣ трубка вводится корнцангомъ въ полость матки до дна послѣдней и корнцангъ осторожно извлекается, освобождая вмѣстѣ съ тѣмъ концы перекладки, которые вслѣдствіе упругости ея стѣнокъ распрямляются и такимъ образомъ фиксируютъ трубку въ полости матки.

Конецъ трубки соединяется съ небольшою стеклянною, соотвѣтственной толщины, трубкою, сидящею на концѣ гуттаперчевой трубки ирригатора. Въ нѣкоторомъ разстояніи отъ мѣста соединенія находится стеклянный регуляторъ, заключенный въ стеклянную же трубку для того, чтобъ наблюдать за

истечениемъ жидкости. Еще выше и ближе къ резервуару ирригатора находится кранъ. По регулятору можно слѣдить за количествомъ истекающей жидкости и вмѣстѣ съ тѣмъ наблюдать затѣмъ проходима ли отверстія трубки, такъ какъ при засореніи ихъ стеклянная трубка, въ которой помѣщенъ регуляторъ, наполняется жидкостью, не находящею себѣ истока въ случаѣ закупорки отверстій.

Когда трубка введена и соединена съ трубкою ирригатора, то производятъ выполаскиваніе матки полною струею. Затѣмъ кранъ завертываютъ настолько, чтобъ жидкость текла каплями. Спустя  $\frac{1}{2}$  часа и болѣе, смотря по надобности, снова пускаютъ полную струю жидкости и такимъ образомъ поступаютъ далѣе пока существуетъ показаніе къ постоянной ирригаціи. Показаніемъ же къ этому способу лѣченія пока служили только послѣродовыя заболѣванія съ цѣлью дезинфекціи.

Во всѣхъ случаяхъ однако выполаскиваніе матки черезъ 1—3 часа, смотря по надобности, могутъ замѣнить постоянныя ирригаціи, имѣющія большія неудобства для больной, которыя должны при этомъ лежать почти неподвижно втеченіе нѣсколькихъ дней.

## ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

### Выскабливаніе (abrasio) матки.

*Выскабливаніе полости матки* первоначально практиковалось съ терапевтическими цѣлями по предложенію Resamier (1840). Онъ рекомендовалъ этотъ способъ для удаленія грануляцій и фунгозныхъ разращеній на слизистой оболочкѣ матки.

Инструментъ, предложенный имъ съ этою цѣлью и названный имъ кюреттою (curette) состоитъ изъ металлическаго стержня длиною около 30 см. (рис. 101), толщиною въ гусиное перо. Цилиндрической формы въ срединѣ, онъ на ободѣ концахъ переходитъ въ форму желобковъ, обращенныхъ въ противоположныя стороны своими вогнутыми поверхностями. Края этихъ желобковъ настолько остры, что



Рис. 101.

при проведеніи ими по рыхлой ткани съ небольшимъ насилиемъ послѣднія отрываются кусками отъ своего прикрѣпленія.

Впослѣдствіи кюретта Resamier потеряла измѣненія. Такъ подѣ его же именемъ мы имѣемъ кюретту (см. рис. 102), которая состоитъ изъ металлическаго стержня въ профилѣ нѣсколько изогнутая въ видѣ буквы S, длиною около 28 см., толщиною въ гусиное перо. На маточномъ концѣ стержень оканчивается сердцевиднымъ огошкомъ, одинъ край стѣнки котораго заостренъ и предназначенъ для выскабливанія. Къ другому концу рукоятки прикрѣплена рукоятка.

Нѣкоторое подобіе сейчасъ описанной формѣ представляетъ кюретта Spiegelberg'a (рис. 103) съ тою разницею, что въ послѣдней форма огошка овальная.

Наибольшимъ распространеніемъ въ практикѣ въ настоящее время пользуется ложка Simon'a (рис. 104). Она состоитъ изъ металлическаго стержня съ деревянною рукояткою; длина инструмента 24 — 26 см.



Рис. 102.



Рис. 103.

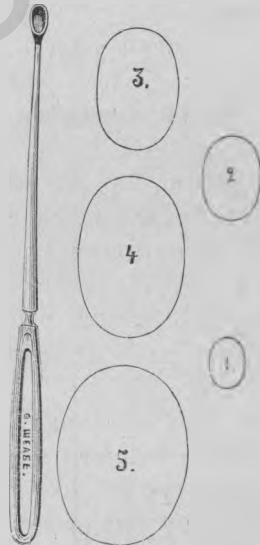


Рис. 104.

Маточный конецъ его представляетъ ложку съ острыми краями, которая можетъ быть согнута относительно продольной оси инструмента подъ различными углами, влѣдствіе того, что стержень ближе къ маточному концу, сдѣланъ изъ мягкаго гнущагося металла. На рисункѣ видно, что ложки имѣють четыре различныя величины.

Выскабливаніе производится съ цѣлями лѣченія или діагностики.

При выскабливаніи рака *влагалищной части матки и шейки* больная лежитъ на спишь и portio vaginalis обнажается зеркаломъ. Затѣмъ берется ложка средней или большой величины и карциноматозныя массы выскабливаются до тѣхъ поръ, пока онѣ будутъ удалены до, повидимому, нормальной ткани. За выскабливаніемъ слѣдуетъ очищающая инъекція изъ карболовонной воды. Обыкновенно послѣ выскабливанія производятъ прижиганіе каленымъ желѣзомъ и тампонацію или же примѣняютъ бромъ (см. стр. 94).

При выскабливаніи *полости матки* больная лежитъ на спишь. Влагалищная часть обнажается зеркаломъ Нейгебауэра и фиксируется за переднюю губу Хегаровскими или Мюезскими щипцами.

Если каналъ шейки узокъ, то производятъ предварительно его расширеніе настолько, чтобъ можно было провести черезъ него средней величины ложку Simon'a. Это дѣлается съ тою цѣлью, что когда операція производится самою маленькою ложкою, то по мѣрѣ хода операціи ткань матки сокращается и каналъ шейки суживается, что въ концѣ концовъ можетъ препятствовать проведенію уже и самой маленькой ложки и потребовать повторнаго расширенія канала. Если же каналъ шейки расширенъ, ткань матки вяла, то можно прибѣгать къ выскабливанію безъ предварительнаго расширенія.

Когда матка фиксирована, каналъ достаточно открыть, то послѣ промыванія полости матки 2% растворомъ карболовой кислоты температурою 20—25° R. операторъ одною рукою удерживаетъ матку щипцами, а другою беретъ инструментъ и вводитъ его ложку въ полость матки. Дошедши до дна, онъ повертываетъ острый край ложки къ какой либо стѣнкѣ



матки и слегка надавливая имъ дѣлаетъ движеніе къ низу. При этомъ если слизистая оболочка разрыхлена или представляетъ разращеніе, то получается ощущеніе такое, что инструментъ какъ бы скользитъ по бархатистой поверхности. Рядомъ сказанныхъ движеній соскабливаютъ всё лежація на пути разращенія. Для того, чтобъ выскаблить дно матки надо согнуть инструментъ, такимъ образомъ, чтобъ ложка была обращена нѣсколько кверху. Если выскабливаніе производится въ расширенной полости матки, то инструментъ, особенно въ нижнихъ и боковыхъ частяхъ полости тѣла, для большаго удобства можетъ быть согнутъ ложкою книзу.

При нѣкоторомъ навыкѣ этимъ инструментомъ можно различать мѣста разрыхленія, затвердѣнія, мѣстонахожденіе опухолей, вдающихся въ полость матки, остатковъ дѣтскаго мѣста и оболочекъ.

Когда полость матки выскоблена, рыхлыя ткани удалены, то при проведеніи ложки по маточной стѣнкѣ получается особое ощущеніе скрѣба или крепитации, подобное тому, которое получается при скобленіи ложкою по сухой поверхности ладони.

Когда выскабливаніе кончено, то полость матки снова промывается помощію катетера Fritsch'a и жидкость пропускается до тѣхъ поръ, пока она будетъ вытекать неокрашеною кровью.

Послѣ операціи больная должна лежать нѣсколько дней (4—8), смотря по показаніямъ. Въ большинствѣ случаевъ послѣоперационный періодъ протекаетъ безъ реакціи.

Обыкновенно операція производится подъ хлороформомъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ однако, особенно если не требуется значительнаго предварительнаго расширенія канала, её можно производить и безъ наркотизаціи больной.

Въ многихъ случаяхъ операція облегчается предварительнымъ низведеніемъ матки.

Какъ терапевтическій оперативный приѣмъ выскабливаніе полости матки показуется: 1) при хроническомъ воспаленіи слизистой оболочки матки, при чемъ для прекращенія бѣлей приходится къ нему прибѣгать не одинъ разъ черезъ извѣстные промежутки времени (10—12 дней); 2) для удаленія гра-

нуляцій и фунгозныхъ разращеній при хроническомъ катаррѣ маточной полости; 3) для удаленія плацентарныхъ полшповъ и оболочекъ яйца.

Въ одномъ случаѣ, втеченіе 5 мѣсяцевъ послѣ выкидыша, больная страдала кровотеченіями, не поддававшимися никакому мѣстному лѣченію, вслѣдствіе чего пришлось прибѣгнуть къ выскабливанію. Здѣсь при началѣ выскабливанія ложка скользила по мягкой какъ бы бархатистой поверхности передней стѣнки тѣла матки. Только при сильномъ нажиманіи краями ложки на это мѣсто удалось наконецъ оторвать кусокъ отъ этой поверхности, который при микроскопическомъ изслѣдованіи оказался состоящимъ изъ клѣтокъ соединительной ткани. Послѣ этого было уже легко удалить всю остальную ткань до нормальной, о чемъ можно было судить по получаемой при выскабливаніи крепитациі. Больная вполнѣ выздоровѣла и затѣмъ родила \*).

4) Выскабливаніе матки показуется также при язвенномъ хроническомъ катаррѣ, но вслѣдъ за нимъ должно слѣдовать прижиганіе матки какимъ либо лекарственнымъ веществомъ.

5) Выскабливаніе полости матки показуется также и при злокачественныхъ новообразованіяхъ, которое почти всегда слѣдуетъ за выскабливаніемъ новообразованія на влагалщцной части матки, т. е. служить продолженіемъ операціи кверху. Опасность здѣсь состоитъ въ возможности проскоблить стѣнку насквозь и попасть въ полость брюшины.

Нѣкоторые врачи послѣ выскабливанія и прополаскиванія матки вводятъ въ полость ея тѣсто изъ іодоформа.

Когда симптомы болѣзни и мѣстное изслѣдованіе не даютъ достаточныхъ точекъ опоры для *діагностики*, то выскабливаніе примѣняется съ цѣлью извлечь кусокъ ткани изъ полости матки для микроскопическаго изслѣдованія. Во многихъ случаяхъ способъ этотъ давалъ драгоценныя указанія относительно пораженія матки злокачественнымъ новообразованіемъ въ тѣлѣ матки, что въ свою очередь дало возможность своевременно произвести удаленіе органа, изслѣдованіе ткани котораго подтвердило *діагностику*.

\*) Интересъ случая заключается еще и въ томъ: не могутъ ли служить подобныя разращенія *deciduae* основаніемъ для развитія фиброида.

## ГЛАВА ОДИНАДЦАТАЯ.

### Паренхиматозныя впрыскиванія въ ткань матки.

Паренхиматозныя инъекціи производятся посредствомъ приспособленнаго правацевскаго шприца. Приспособленіе состоитъ въ томъ, что къ наружному концу стеклянной трубки привертывается каучуковая трубка длиною около 10 см., въ которой двигается стержень поршня. Къ другому концу привинчивается обыкновенная тонкая игла правацевскаго шприца.

Послѣ введенія зеркала и обнаженія шейки Collin, рекомендуетъ мѣстную анестезію хлороформомъ, который приводится на нѣсколько минутъ въ соприкосновеніе съ влагалищной частью посредствомъ тампона; въ настоящее время, судя по опытамъ на другихъ слизистыхъ оболочкахъ, можно съ этою цѣлью примѣнять кокаинъ. Дезинфицированная игла вкалывается на 1—2 см. въ глубину ткани передней и задней губы влагалищной части параллельно ходу канала шейки.

Если по какимъ либо обстоятельствамъ зеркало введено быть не можетъ, то инструментъ вводится по пальцу, при чемъ конецъ иглы покрывается шарикомъ мягкаго воска, который при прокалываніи ткани соскальзываетъ къ основанію иглы въ видѣ кольца.

До сихъ поръ паренхиматозныя инъекціи производились главнымъ образомъ изъ раствора эрготина. Delorge рекомендуетъ растворъ 1 части эрготина на 2 части воды. 25 капель жидкости содержитъ 0,50 сантимгр., а въ каждой каплѣ следовательно заключается 0,01 стгрм. эрготина. Никогда не слѣдуетъ сразу впрыскивать цѣлый шприць, а начать съ 0,15 стгрм. и только постепенно доходить до 0,40 и даже 0,60 стгрм., сообразуясь съ тѣмъ, какъ большая переноситъ эти инъекціи.

При паренхиматозныхъ инъекціяхъ наблюдались явленія отравленія большой. Непосредственно послѣ впрыскиванія появлялись: тошбы, расстройство зрѣнія, подавленное состояніе доходившее до обморока, рвота, diarrhoea, боли въ головѣ, почкахъ и животѣ, упадокъ пульса и т. д.

Показанія къ паренхиматознымъ инъекціямъ:

1) Во всѣхъ случаяхъ внутриматочныхъ фиброидовъ, гдѣ можно надѣяться на то, что силою сокращеній матки онъ можетъ быть изгнанъ изъ полости матки.

2) При фиброзныхъ опухоляхъ матки вообще, если міотомія по какимъ либо условіямъ произведена быть не можетъ.

3) При недостаточной инволюціи матки съ разрыхленіемъ ея ткани.

4) При кровотеченияхъ изъ полости матки, сопровождающихся атоніей ея мускулатуры.

Кромѣ эрготина паренхиматозныя инъекціи производились изъ іодной настойки, мышьяка (*Solutio arsenic. Fowleri*), хлористаго цинка.

Послѣднее средство дало въ одномъ случаѣ Guichard'y возможность уничтожить злокачественную опухоль влагалитной части. Всѣхъ впрыскиваній сдѣлано пять разъ, по 2—3 въ каждый сеансъ. При каждомъ вколѣ шприцировалось 0,20, 0,25, 0,30 сантим. раствора хлористаго цинка на 5 частей воды. Такимъ образомъ было впрыснуто 3,5 грм. раствора и 0,70 сантим. хлористаго цинка. Ни разу при этомъ не наблюдалось никакихъ болезненныхъ явленій ни со стороны матки, ни со стороны ея придатковъ.

Что касается до паренхиматозныхъ инъекцій наркотическими средствами, то ихъ можно вполне и болѣе удобно замѣнить подкожными инъекціями.

## ГЛАВА ДВѢНАДЦАТАЯ.

### Примѣненіе электричества.

Электрической токъ въ послѣднее время начинаютъ все чаще и чаще примѣнять мѣстно при лѣченіи женскихъ болѣзней.

Инструментъ, служащій для мѣстнаго примѣненія тока къ *влагалитну* состоитъ изъ металлическаго цилиндра около 2 см. въ діаметрѣ толщиною и около 15 см. длиною. Съ одного конца цилиндръ этотъ закругленъ, а съ другой къ нему приделанъ вишгъ для соединенія съ проволокой электрода. По-

верхъ цилиндра надѣта каучуковая трубка на 2 см. короче металлическаго цилиндра. Движеніемъ этой трубки впередъ или назадъ металлическая поверхность, начиная съ закругленнаго конца, можетъ быть по желанію уменьшаема или увеличиваема.

При примѣненіи электрическаго тока одинъ электродъ соединяется съ цилиндромъ, вводимымъ во влагалище съ желаемой степенью обнаженія металлической его поверхности, а другой становится на нижнюю часть живота въ область матки или того или другаго яичника или на пояснично-крестцовую часть или какую либо другую часть позвоночника.

Для примѣненія тока къ *маткѣ* самымъ простымъ инструментомъ будетъ служить металлическій стержень или зондъ, покрытый гуттаперчевою трубкою, за исключеніемъ конца его вводимаго въ конецъ шейки или въ полость матки. Наружный конецъ зонда соединяется съ электродомъ положительнаго полюса и вводится въ каналъ шейки или въ полость матки, а другой электродъ становится надъ лоннымъ соединеніемъ или на любую точку позвоночника.

Другой способъ *непосредственной* электризаціи матки состоитъ въ томъ, что концы электродовъ обоихъ полюсовъ вводятся чрезъ влагалище. Рисунокъ (рис. 105) представляетъ изъ себя маточный зондъ Швабе для примѣненія электричества. Онъ состоитъ изъ тонкаго металлическаго зонда, длиною въ 30 см., покрытаго трубкою изъ целлюлозы и оканчивающагося обнаженною металлическою трубкою. Другой конецъ соединяется съ электродомъ.

Поверхъ зонда находится подвижная металлическая трубка, покрытая каучукомъ, длиною въ 15 см. Маточный конецъ этой трубки оканчивается металлическимъ обнаженнымъ кружкомъ, а наружный соединяется съ другимъ.

Цѣль инструмента состоитъ въ томъ, чтобъ при его примѣненіи конецъ зонда доводился до дна матки, а металлическій кружокъ прикладывался во время дѣйствія тока къ влагалищной части (см. рис. 106). Для примѣненія тока къ маткѣ сейчасъ послѣ родовъ можно перемѣнить кружокъ на бѣльшій по величинѣ.

Инструментъ вводится по пальцу, доводится концомъ до

дна матки. Затѣмъ двигающуюся по нему трубку подвигаютъ вверху настолько, чтобъ кружокъ пришелъ въ соприкосновеніе съ влагалищною частью.



Рис. 105.

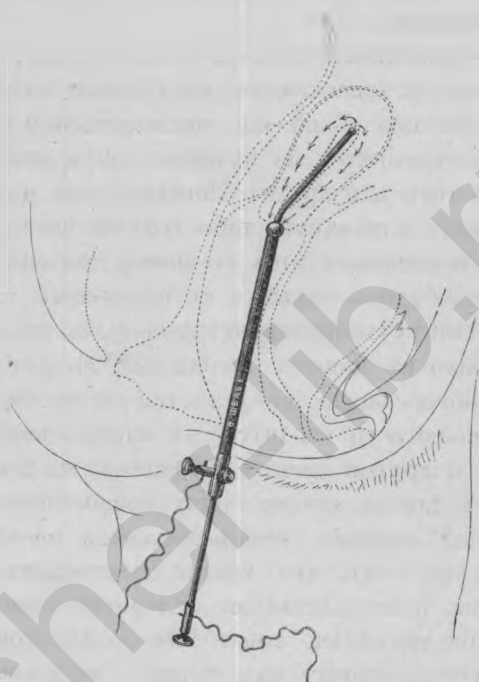


Рис. 106.

При введеніи этого инструмента нужно имѣть въ виду, что съ первымъ дѣйствіемъ тока, особенно въ послѣродовой маткѣ, данный размѣръ ея уменьшается при сокращеніи ея стѣнокъ и кружокъ трубки отойдетъ книзу. На этомъ основаніи лучше не доводить конца зонда до дна матки или же когда токъ вызоветъ сокращеніе, то подвинуть кружокъ выше къ влагалищной части.

Никогда не должно пускать сразу сильный токъ, а начинать со слабого и постепенно переходить къ болѣе сильному.

Показанія къ мѣстному лѣченію электричествомъ:

1. Для возбужденія маточныхъ сокращеній при родахъ. При этомъ электричество должно примѣнять такимъ образомъ,

чтобъ голова ребенка никогда не находилась между двумя полюсами.

2. Во всѣхъ случаяхъ гдѣ надо вызвать сокращеніе матки для остановки кровотеченія послѣ родовъ, при чемъ все равно зависятъ ли эти метроррагіи отъ атоніи матки, задержанія всего или части дѣтскаго мѣста, отъ задержанія зародыша если нѣтъ возможности сохранить беременность.

3. Для уменьшенія болѣзненныхъ ощущеній при родахъ. Здѣсь токъ примѣняется только во время схватокъ.

4. Противъ рвоты, въ началѣ беременности.

5. При гиперестезіи половыхъ органовъ.

6. При переночной дисменорреѣ (*dysmenorrhoea menbassea*). Въ двухъ подобныхъ случаяхъ мнѣ удалось получить полное выздоровленіе больныхъ. Лѣченіе производилось фарадизаціей: одинъ конецъ электрода прикладывался къ нижней части живота, а другой къ маткѣ. Сеансы продолжались отъ 5—15 минутъ и повторялись чрезъ день.

7. Триррер говоритъ, что лѣченіе электричествомъ излѣчиваетъ завалы (*engorgement*) матки, часто перегибы и наклоненія ея и если не исправляетъ ихъ, то прекращаетъ болѣзненные припадки вызываемые ими и значительно ослабляетъ ощущеніе неловкости при выпаденіи матки.

8. Примѣненіе электричества рекомендуется для вызова искусственныхъ преждевременныхъ родовъ при показаніяхъ къ нимъ.

Способъ дѣйствія электричества при остановкѣ кровотеченій можетъ быть объясненъ по Baird'у, слѣдующимъ образомъ:

1. Вліяніемъ на нервы, оканчивающееся въ мышечныхъ элементахъ матки. слѣдовательно сокращеніемъ послѣднихъ и послѣдовательнымъ закрытіемъ сосудовъ.

2. Вліяніемъ на вазомоторные нервы, вслѣдствіе чего сокращаются маленькіе артеріи и капилляры.

3. Раздраженіемъ задерживающихъ нервовъ сердца и артеріальныхъ сосудовъ, вслѣдствіе чего получается пониженіе давленія въ кровеносной сторонѣ.

4. Волеутоляющимъ дѣйствіемъ тока на чувствительные нервы матки, вслѣдствіе чего уменьшается раздражительность органа, слѣдовательно эффектъ, который желаютъ получить, прописывая напр. опиумъ и т. д.

## ГЛАВА ТРИНАДЦАТАЯ.

### П е с с а р и и.

Для исправленія смѣщеній, неправильныхъ положеній и искривленій матки механическимъ путемъ применяются различные инструменты и аппараты, носящіе названіе *пессаріевъ*. Пессаріи вводятся во влагалище и тогда носятъ названіе просто *пессаріевъ* или *маточныхъ колець* въ отличіе отъ *внутриматочныхъ pessaries*, вводимыхъ въ полость матки.

а) При *выпаденіяхъ матки* употребляются пессаріи или гистерофоры, назначеніе которыхъ состоитъ въ томъ, чтобъ удерживать вправленную матку на мѣстѣ.

Что касается до устройства пессарія, то, смотря по механизму удерживанія его на мѣстѣ, они раздѣляются на стебельчатые и нестебельчатые.

Къ послѣднимъ—*нестебельчатымъ*—принадлежатъ всѣ пессаріи, имѣющіе точками своей опоры стѣнки влагалища, какъ напр. ватные тампоны, губки, круглыя кольца.

Изъ послѣднихъ наибольшимъ распространеніемъ пользовались мягкія кольца Майэра изъ сѣрой гуттаперчи (рис. 107).

При *введеніи* этого кольца послѣ вправленія матки оно сжимается пальцами и проводится во влагалище, гдѣ расправляясь растягиваетъ стѣнки рукава, которыми и удерживается на мѣстѣ.

Твердыя круглыя кольца изъ дерева, твердаго каучука или изъ слоповой кости вводятся такимъ образомъ: большая лезигъ на спишь, матка вправляется; одною рукою врачъ раздвигаетъ губы и вводитъ хорошо смазанное жиромъ кольцо во входъ влагалища. Обыкновенно совѣтуютъ при этомъ держать кольцо такимъ образомъ, чтобъ края его вступали во входъ соответственно прямому размѣру тазоваго выхода и только по прохожденіи входа въ рукавъ повертывать его такимъ образомъ, чтобъ оно лежало въ поперечномъ направленіи таза. Кольцо при этомъ обыкновенно принимаетъ нѣсколько наклонное къ тазу, своимъ переднимъ краемъ, поло-



Рис. 107.



женіе. Весьма удобны также воздушные гуттаперчевые круглые пессаріи, которые или предварительно наполнены воздухом или наполняются имъ послѣ ихъ введенія. Въ послѣднемъ случаѣ онѣ снабжены трубкою, висящею изъ половыхъ органовъ; на концѣ трубки прикрѣпленъ крагъ, затворяющійся послѣ наполненія воздухомъ самаго кольца.

Пессарій Zwanck'a, видоизмѣненный Schilling'омъ (рис. 108) состоитъ изъ двухъ сдвигающихся и раздвигающихся посредствомъ винта крыльевъ. Послѣ вправленія матки пессарій вводится во влагалище съ сложенными крыльями, которыя затѣмъ расправляются какъ видно на рисункѣ, посредствомъ поворотовъ винта.

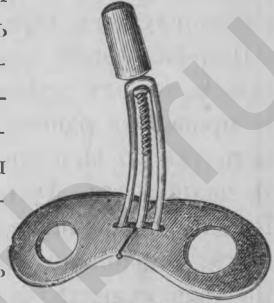


Рис. 108.

*Стебельчатые пессаріи* отличаются отъ предъидущихъ тѣмъ, что точка ихъ опоры лежитъ внѣ половой сферы; они поддерживаются посредствомъ различныхъ приспособленій на периферіи таза.

Такой аппаратъ Scanzoni-Raser'a представленъ на рис. 109. Онъ состоитъ изъ двухъ частей: изъ пояса, похожаго на грыжевой бандажъ, служащаго для укрѣпленія пелота и пессаріи съ ножкою.

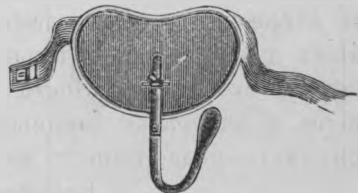


Рис. 109.

*Поясъ*, состоитъ изъ хорошей, плотно облегающей вокругъ поясицы, стальной пружины, которая въ передней части таза опускается на столюк, что идетъ по направленію поперечной вѣтви лобковой кости. Продолговатый пелотъ находится на срединѣ лонныхъ костей и долженъ соответствовать ихъ наклоненію. Къ пелоту придрѣланъ четырехугольный стержень въ  $1\frac{1}{2}$ " длины, который, соединяется съ первымъ посредствомъ шарнира съ одной стороны и посредствомъ винта съ другой; если послѣдній отпустить, то стержень можетъ двигаться кверху и книзу. Стержень этотъ служитъ для того, чтобъ удерживать ножку пессарія на извѣстной высотѣ.

Самый *пессарій* состоитъ изъ дугообразно изогнутой металлической ножки и прикрѣпленнаго къ одному концу ея различной формы тѣла, предназначеннаго для введенія во влагалище съ цѣлью подпереть вправленную матку. Другой конецъ ножки соединяется съ пелотомъ. Что касается до формы сказаннаго тѣла, то она можетъ быть шарообразной, плоской, выпуклой, тарелкообразной и т. д.; матерьяломъ приготовленія его служить дерево, твердый каучукъ слоновая кость и пр.

При наложеніи аппарата нужно наблюдать за тѣмъ, чтобъ пелоть лежалъ крѣпко и прямо на срединѣ лобковыхъ костей, не производя однако давленія. Металлическая ножка должна быть такого качества, чтобъ ее можно было изгибать по мѣрѣ надобности. Дуга должна быть настолько широка, чтобъ, послѣ наложенія, внутренній ея конецъ, лежащій во влагалищѣ, совершенно соответствовалъ направленію средней линіи таза и нигдѣ бы не давилъ на мочеиспускательный каналъ или прямую кишку. Наружный конецъ долженъ находиться между дѣтородными губами и выходить прямо противъ лоннаго соединенія, не задѣвая ни клитора, ни мочеиспускательнаго канала; онъ не долженъ также сильно отходить отъ половыхъ частей, дабы не мѣшать большой сидѣть. Что касается до стержня, то онъ долженъ быть непременно четырехъугольнымъ для того, чтобъ крѣпко держаться на пелотѣ. Внутренній конецъ его долженъ быть круглымъ, толщиною въ воронье перо, и настолько длиннымъ, чтобъ, по наложеніи пессарія, онъ могъ поддерживать матку на надлежащей высотѣ.

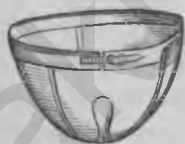


Рис. 110.

Къ этому виду пессаріевъ принадлежитъ аппаратъ Siefert'a (рис. 110) съ поддерживателемъ цилиндрической формы и другое видоизмѣненіе аппарата Scanzoni представленное на рисункѣ 111-мъ.



Рис. 111.

При *введеніи* этихъ пессаріевъ сначала надѣвается поясъ, затѣмъ вводится во влагалище, поддерживающее матку, тѣло, которое прикрѣпляется къ поясу посредствомъ концовъ тессомъ повязки.

6) При *прямыхъ и наклонныхъ* матки употребляются обыкновенно *пессаріи не стельчатые*. Особеннымъ распространениемъ въ практикѣ пользуются *пессаріи Hodge*, представляющіе изъ себя продолговатая закрытыя (рис. 112) или открытыя (рис. 113) кольца. Они приготовляются изъ твердаго



Рис. 112.



Рис. 114.



Рис. 113.

каучука, дерева, алюминія и гибкихъ металловъ, покрытыхъ или не покрытыхъ гуттаперчею. Чаще всего употребляются *пессаріи* изъ твердаго каучука; онѣ имѣютъ то преимущество, что будучи положенными на нѣкоторое время въ кипящую воду или согрѣтыми на пламени спиртовой лампы приобретаютъ способность гнуться, вслѣдствіе чего имъ можно придать по желанію ту или другую форму. При сгибаніи нужно обращать вниманіе во 1-хъ на то, чтобъ послѣ приданія *пессарію* извѣстной формы держать кольцо нѣкоторое время, пока оно не охладится и во 2-хъ на то, чтобъ на поверхности кольца не образовалось трещинъ.

Въ своей практикѣ я предпочитаю кольца приготовляемыя изъ трубокъ гибкаго металла съ хорошо отполированную поверхность. Сгибаніе и разгибаніе ихъ легко, если ихъ производить медленно и осторожно; въ противномъ случаѣ стѣнки ихъ не рѣдко ломаются. Сравнительно съ кольцами изъ твердаго каучука онѣ имѣютъ то преимущество, что отнимаютъ меньше времени для приданія имъ той или другой желаемой формы.

Закрытыя *пессаріи Hodge*, какъ видно на рисунокѣ 111 представляютъ S-образный изгибъ.

Что касается до открытыхъ *пессаріевъ*, то они по справедливости не вошли во всеобщее употребленіе, такъ какъ упираясь своими концами въ стѣнки рукава могутъ вести къ неблагоприятнымъ послѣдствіямъ.

*Способъ введенія.* Прежде чѣмъ ввести пессарій нужно приблизительно опредѣлить величину кольца, соответствующаго данному случаю. Для этого лучше всего ввести во влагалище указательный и средний пальцы и раздвинуть ихъ насколько возможно для того, чтобы опредѣлить степень растяжимости свода. Выбравъ соответственной величины кольцо, врачъ смазываетъ его жиромъ или масломъ, раздвигаетъ половыя губы и затѣмъ вводитъ кольцо широкимъ концомъ впередъ. При проведеніи черезъ входъ нужно заботиться о томъ, чтобы не ущемить волосъ между кольцомъ и половыми частями. Кольцо вводится въ прямомъ или поперечномъ размѣрѣ таза. Въ большинствѣ случаевъ я ввожу кольцо въ томъ самомъ положеніи въ какомъ оно должно лежать во влагалищѣ т. е. въ поперечномъ размѣрѣ таза, причемъ широкій конецъ пессарія обращенъ вверхъ и назадъ. Обыкновенно при проведеніи черезъ входъ больная чувствуетъ значительную боль. Во влагалищѣ кольцо должно лежать такъ, чтобы широкій конецъ его покоился на заднемъ сводѣ позади влагалищной части матки; нижній болѣе узкій конецъ лежитъ на стѣнкѣ пузыря и никогда не долженъ сдавливать шейки мочевого канала.

При перегибахъ и наклоненіяхъ впередъ совѣтуютъ вводить кольцо въ обратномъ положеніи т. е. чтобы широкій конецъ кольца лежалъ въ переднемъ сводѣ, а узкій на задней стѣнкѣ рукава. Ниже при показаніяхъ къ механическому леченію кольцами я еще вернусь къ этому вопросу и полагаю, что изъ описанія можно будетъ видѣть нерациональность такого способа введенія пессаріевъ.

На рисункѣ 114 представлено изображеніе 8-образнаго пессарія Schultze. Матерьяломъ для этихъ пессаріевъ служатъ различной величины кольца изъ мягкаго металла, покрытаго каучукомъ. Для приготовленія такого пессарія вѣтви кольца перекрещиваются въ видѣ цифры 8, причемъ верхнее кольцо обыкновенно меньше нижняго. Въ профиль кольцо имѣетъ форму буквы S. Меньшее кольцо предназначено для обхватаванія влагалищной части, движенія которой впередъ этимъ ограничиваются и возможны только вмѣстѣ съ кольцомъ. Вѣтви большаго кольца лежатъ на мягкихъ частяхъ тазоваго

дна; ширина нижняго кольца должна быть настолько велика, чтобъ при сильномъ напряженіи оно могло сдвигаться книзу, но не выпадать.

Кромѣ этой 8-образной формы Schultze придаетъ своимъ кольцамъ и другія, изгибая ихъ на подобіе саней и пр.

Рисунокъ 115 представляетъ изображеніе пессарія G. Thomas'a. Какъ видно на рисунокѣ Thomas придѣлалъ къ пессарію Hodge дугу, цѣль которой состоитъ въ поддерживаніи обращеннаго впередъ дна матки; при введеніи дуга эта должна лежать въ переднемъ сводѣ.

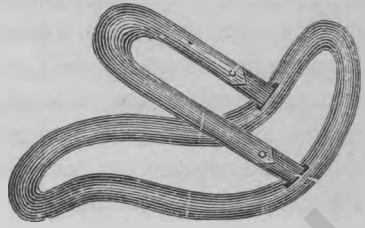


Рис. 115.

Наконецъ на рисунокѣ 116 представлено изображеніе пессарія G. Hewitt'a.

Перечислить всѣ предложенныя формы пессаріевъ заняло бы черезъ-чуръ много мѣста, потому что, какъ и относительно многихъ другихъ инструментовъ, врачи стараются изобрѣсти и дѣйствительно изобрѣтаютъ большое количество различныхъ видоизмѣненій маточныхъ колець.



Рис. 116.

Во всякомъ случаѣ пессаріи Hodge удовлетворяютъ цѣли почти во всѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ показаніе къ исправленію положенія матки кольцами.

Познакомившись такимъ образомъ съ главными формами пессаріевъ нужно сказать о *способѣ ихъ дѣйствія*. Почти всѣ въ настоящее время согласны съ тѣмъ, что названіе рычагообразныхъ пессаріевъ, данное кольцамъ Hodge, не выдерживаетъ критики. Дѣйствіе ихъ состоитъ въ томъ, что они *растягиваютъ сводъ рукава и такимъ образомъ фиксируютъ влагалищную часть матки*. Мнѣ кажется, что не малую роль играетъ еще при этомъ раздраженіе стѣнокъ рукава, вызывающее рефлекторное сокращеніе мышечныхъ элементовъ. Въ этомъ легко убѣдиться на нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ, хотя кольцо и не растягиваетъ сводовъ, тѣмъ не менѣе сейчасъ же послѣ его введенія можно замѣтить, какъ оно обхватывается сокращающимися стѣнками рукава.

Если введенное кольцо хорошо подобрано и больная его переноситъ, то, безъ вреда для нея, оно можетъ лежать два мѣсяца при условіяхъ соблюденія чистоты обильными спринцеваніями. Послѣ этого оно должно быть вынимаемо для его очищенія отъ слизи, которая нерѣдко разѣдаетъ полированную поверхность и дѣлаетъ ее шероховатою. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ кольцо должно быть снова отполировано или замѣнено новымъ.

*Показаніемъ* къ лѣченію кольцами будутъ служить главнымъ образомъ перегибы и наклоненія матки назадъ. При этомъ необходимо предварительно повернуть матку дномъ впередъ.

Для этого врачъ вводитъ два пальца во влагалище и старается повернуть влагалищную часть назадъ и кверху; въ нѣкоторыхъ случаяхъ этимъ простымъ маневромъ удастся достигнуть цѣли, особенно при *retroversio*, когда ткань матки обыкновенно утолщена и плотна.

Если этимъ путемъ не удалось исправить положеніе матки, то врачъ двумя пальцами выталкиваетъ матку изъ крестцовой впадины кверху и въ тоже время пальцы другой руки, лежащей на животѣ, заводитъ черезъ брюшные покровы за заднюю поверхность тѣла матки и постепенно поворачиваетъ дно ея впередъ. Когда послѣднее вышло изъ крестцовой впадины, то указательный и средний пальцы, лежащіе въ рукавѣ, помогаютъ исправленію положенія такимъ образомъ, что концы ихъ упираются въ переднюю губу и влагалищная часть отталкивается ими назадъ и кверху. Этотъ способъ удается легко тогда, когда брюшные покровы тонки и вялы, а самая матка подвижна.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ и этимъ путемъ не удалось поставить матку на мѣсто можно прибѣгнуть къ помощи маточнаго зонда. Для этого его вводятъ, съ обращеннымъ назадъ концомъ, до дна матки; затѣмъ рукояткою осторожно поворачиваютъ инструментъ вокругъ его оси настолько, чтобъ концомъ онъ былъ обращенъ впередъ. Теперь медленно и осторожно начинаютъ опускать рукоятку инструмента книзу и въ тоже время пальцемъ стараются вытолкнуть дно матки кверху. Опущеніе рукоятки продолжается до тѣхъ поръ, пока дно матки, слѣдуя движенію зонда, не будетъ повернуто впередъ,

Способъ этотъ далеко не безопасенъ и можетъ вести къ прободенію зондомъ стѣнокъ или дна матки. Почти всегда за этимъ выправленіемъ слѣдуетъ кровотеченіе.

Имѣя въ виду опасность выправленія зондомъ, М. Sims предложилъ для редрессаціи матки инструментъ (рис. 116), названный имъ элеваторомъ или подъемникомъ (*elevator uteri*). Инструментъ представляетъ изъ себя подобіе маточнаго зонда. Конецъ элеватора, соотвѣтствующій по длинѣ приблизительно полости матки, подвиженъ и посредствомъ шарнира, скрытаго въ шарикѣ, можетъ быть поставленъ подъ любымъ угломъ относительно стержня; фиксируется этотъ конецъ посредствомъ кольца, находящагося сбоку инструмента: при потягиваніи кольца къ рукояткѣ, конецъ зонда двигается свободно при опусканіи же его, оно посредствомъ пружины отодвигается впередъ, подвигая въ тоже время находящійся внутри инструмента металлическій стержень, конецъ котораго попадаетъ въ одно изъ отверстій, находящихся на шарикѣ и расположенныхъ по одной линіи на его окружности. При редрессаціи перегнутой назадъ матки инструментъ вводится въ полость ея до шарика; затѣмъ дѣйствуя на кольцо, постепенно переводятъ пуговку, которою оканчивается подъемникъ, впередъ, при чемъ движется одновременно и дно матки.

На рисункѣ 117 представленъ элеваторъ Митчерлиха.

Наконецъ, если матка фиксирована приращеніями, то можно нахлороформировать больную и исправить положеніе, разорвавши сращенія. При этомъ конечно дѣйствуютъ только руками, безъ пособія зонда.

Когда матка поставлена дномъ впередъ, то немедленно вводятъ соотвѣтственной величины кольцо и тѣмъ фиксируютъ матку.

При перегибахъ и наклоненіяхъ матки впередъ, кольцо вводится также какъ и при положеніи матки дномъ назадъ. Оно помогаетъ здѣсь главнымъ образомъ тѣмъ, что дѣлаетъ матку

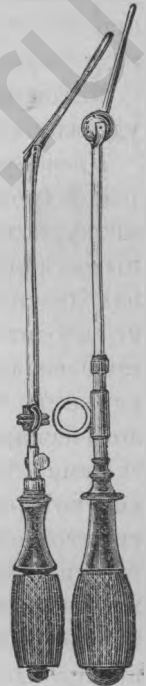


Рис. 117, 116.

менѣе подвижною, а при вялости ткани—выпрямленіемъ ея канала. Что же касается до совѣта вводить кольцо такимъ образомъ, чтобъ широкой конецъ его растягивалъ передній сводъ, то способъ этотъ не выдерживаетъ критики, потому что никогда введенное кольцо въ этомъ положеніи не удерживается и потому подпирать дна матки оно не можетъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сильной подвижности матки введение кольца приноситъ большую пользу тѣмъ, что фиксируетъ ее, при чемъ нерѣдко ведетъ къ прекращенію цѣлага ряда нервныхъ симптомовъ.

Маточныя кольца могутъ быть съ пользою вводимы и для удержанія на мѣстѣ вправленной матки при ея выпаденіи.

*Противопоказаніями* ко введенію колецъ будутъ служить острые и хроническіе воспалительные процессы въ окружающихъ матку тканяхъ. Что касается до хроническихъ воспалительныхъ измѣненій въ самой маточной ткани, то здѣсь врачъ находится часто въ затруднительномъ положеніи: вводить или не вводить кольцо. Если сами по себѣ перегибы матки не производятъ болѣзненныхъ явленій, то во всякомъ случаѣ они служатъ благопріятнымъ моментомъ для возникновенія патологическихъ измѣненій органа съ различными ихъ послѣдствіями. Такъ мы можемъ представить себѣ перегибъ матки, который мѣстно не вызываетъ никакихъ болѣзненныхъ симптомовъ до тѣхъ поръ, пока не явится какихъ либо благопріятныхъ для того условій. Разъ, послѣднія явились и вызвали измѣненія въ ткани, больная обращается къ врачу, который долженъ приступить къ леченію и вотъ тутъ то и представляется диллема: дѣйствовать ли на болѣзненные измѣненія или исправить положеніе матки кольцомъ и такимъ образомъ поставить органъ въ условія болѣе благопріятныя для лѣченія. Само собою разумѣется, что вопросъ этотъ долженъ разрѣшаться для каждаго отдѣльнаго случая и если больная переноситъ кольцо, то оно нисколько не мѣшаетъ мѣстному леченію, особенно если дѣло идетъ о терапіи влагалищной части матки. Если же существуютъ измѣненія въ полости матки, требующія внутриматочнаго лѣченія, то приходится по возможности устраничь ихъ мѣстнымъ и общимъ леченіемъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ и здѣсь исправленіе по-



ложения матки и введение пессария значительно облегчает больную и способствует обратным метаморфозам измененных тканей.

с) Для исправления *персиковъ матки* употребляются *внутри-маточные пессарии*. Пессарии эти представляют из себя стержни, вводимые въ полость матки; къ наружному концу стержня прикрѣпляется различной формы утолщеніе, на которомъ должна находиться влагалищная часть.

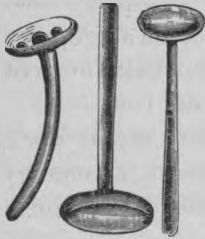


Рис. 118.

Что касается до формы пессаріевъ, то на рисункѣ 118-мъ представлены три пессарія Martin'a изъ которыхъ одинъ прямой, другой съ пружиной, такъ что стержень можетъ двигаться на шпалнерѣ и наконецъ третій съ изгибомъ. На рисункѣ 119-мъ представленъ внутриматочный пессарій Veit'a. Чтобъ выдѣленія изъ полости матки не задерживались въ ней, Ла-



Рис. 119.

заревич снабдилъ стержень винтовымъ нарѣзомъ (рисункъ 120). Наконецъ на рисункѣ 121 представлены внутриматочный пессарій G. Hewitt'a, полый стержень котораго можетъ быть вводимымъ отдѣльно. Подобный же пессарій представленъ на рисункѣ 122-мъ, изображающемъ внутриматочный пессарій Дюринга.



Рис. 120.

Вообще пессарій долженъ обладать слѣдующими качествами: онъ долженъ быть соотвѣтственной величины т. е. по введеніи не долженъ доходить до дна матки; поверхность стержня должна быть хорошо отполирована; онъ долженъ быть полымъ для того, чтобъ при введеніи его можно было насадить на конецъ зонда; толщина его должна соотвѣтствовать ширинѣ канала. Материаломъ для внутриматочныхъ пессаріевъ служатъ слоновая кость, алюминій, твердый каучукъ и т. д.

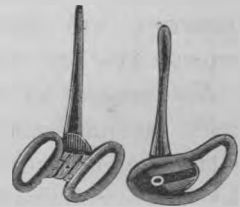


Рис. 121. 122.

Въ прежнее время послѣ введенія пессарія онъ удерживался

на мѣстѣ посредствомъ приспособленій вокругъ таза подобно вышеописаннымъ аппаратамъ при выпаденіяхъ матки. Въ настоящее время съ этою цѣлью, какъ видно на рисункахъ, къ наружному концу придѣлываются различной формы утолщенія, которыми стержень упирается въ стѣнку влагалища; чтобъ еще болѣе воспрепятствовать смѣщенію пессарія, самый стержень сьуживается книзу, кромѣ того его можно укрѣпить также введеніемъ тампона.

Изъ другихъ внутриматочныхъ пессаріевъ, которыхъ предложено очень много, я упомяну о пессаріи Simpson'a стержень котораго состоитъ изъ цинка и мѣди; цѣль его какъ понятно состоитъ въ томъ, чтобъ вызвать электрической токъ.

*Введеніе внутриматочныхъ пессаріевъ* производится, послѣ предварительнаго измѣренія полости матки зондомъ, по пальцу, при чемъ если стержень полый, то онъ надѣвается на зондъ; въ противномъ случаѣ онъ захватывается въ корнцангъ и вводится подобно тому какъ это описано при изложеніи введенія въ полость матки разбухающихъ корней. Стержень долженъ быть всегда короче длины полости матки.

Внутриматочные пессаріи вводятся послѣ менструаціи и извлекаются за нѣсколько времени передъ ея появленіемъ. Понятно, что здѣсь подразумѣвается условіе, что больная переноситъ это лѣченіе.

*Показаніемъ ко введенію* внутриматочныхъ пессаріевъ служатъ искривленія матки, ведущія за собою дисменоррею и безплодіе, которыя не могли быть устранены другими путями. Вообще съ этимъ лѣченіемъ нужно быть очень осторожнымъ и прибѣгать къ нему только въ крайнихъ случаяхъ.

На этомъ основаніи никогда не слѣдуетъ вводить внутриматочныхъ пессаріевъ, если матка хоть нѣсколько ограничена въ подвижности и представляетъ какія либо явленія воспаленія или остатки его въ окружающихъ её тканяхъ.

## ЗАМѢЧЕННЫЯ ОПЕЧАТКИ:

<i>Страница.</i>	<i>Строка.</i>	<i>Напечатано:</i>	<i>Слѣдуетъ читать:</i>
30	17 сверху	задѣють	задѣвають
36	16 »	противупоказаніямъ	противупоказаніемъ
54	9 снизу	губгве	губгае
61	7 »	гистеротомы	гистеротомъ
63	19 сверху	мѣрѣ	мѣстѣ
87	17 снизу	мѣсто	мѣстѣ
96	13 »	раскаливающіяся	раскаливающіеся
—	7 »	горячія	горячіе
102	4 сверху	8—10 струлъ	8—10 дней струлъ
—	3 снизу	васкуляризація	васкуляризація
104	2 сверху	обмываются	обмывается
106	5 снизу	полости	полость
112	10 сверху	войти	видти
118	6 »	На прилагаемомъ рисун- кѣ видно, что смотря	Смотри
—	15 »	внутриматочныя инъекціи	онѣ
128	13 »	лучше можно	лучше