

II.

О тазовомъ днѣ и промежности.

Проф. д-ра А. П. Губарева (въ Москвѣ).

Анатомическое строение и устройство каждого органа приспособлены къ тому, чтобы онъ могъ сохраняться въ цѣлости и не подвергался даже частичному разрушенію вслѣдствіе свойственныхъ ему отравленій. Это общій законъ, который можно прослѣдить во всемъ животномъ царствѣ и пока органъ функционируетъ, входящія въ его составъ, элементы восстанавливаются по мѣрѣ того какъ происходитъ ихъ разрушеніе, зависящее отъ отравленій, ему свойственныхъ. Едвали не единственные исключенія отсюда представляютъ дѣвственная плева и тазовое дно женщины. Оба эти органа подвергаются разрывамъ въ зависимости отъ особенностей своихъ отравленій. Въ первомъ случаѣ послѣдствія разрывовъ не восстанавливаются вовсе, а во второмъ если и восстанавливаются, то весьма рѣдко.

Что при рожденіи ребенка дѣвственная плева разрывается неминуемо, это извѣстно каждому, но что почти съ такимъ же состоятельствомъ и почти столь же неминуемо при этомъ актѣ разрывается и тазовое дно это кажется еще никѣмъ отмѣчено не было. Между тѣмъ можно отыскать много фактовъ, указывающихъ на то, что это послѣднее явленіе встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ это обыкновенно предполагаютъ.

По не совсѣмъ понятному недоразумѣнію принято поврежденія родового канала во время родовъ подводить подъ совершенно искусственныя группы. Такъ обыкновенно отличаютъ

разрывы маточной шейки, разрывы влагалища, разрывы промежности и т. п. и если нѣтъ такихъ видимыхъ поврежденій кожи, или слизистой, то говорятъ, что все осталось цѣло. Въ особенности искусственнымъ представляется дѣленіе разрывовъ промежности на три степени. Здѣсь самое основаніе принятое для дѣленія взято чрезвычайно поверхностно и въ прямомъ и въ переносномъ смыслѣ. Въ прямомъ потому, что это дѣленіе основано на отношеніи поверхностныхъ мышцъ къ поврежденіямъ промежности, а въ переносномъ потому, что признакъ взятъ совершенно случайный.

Въ самомъ дѣлѣ принято первой степени разрывовъ промежности называть поврежденія задней спайки т. е. слизистой оболочки и вообще наружныхъ покрововъ и *musculi constrictoris cunni*. Эти признаки взяты совершенно произвольно и толкованіе имъ дается совершенно искусственное, потому что такой случай, гдѣ только эти, сейчасъ перечисленныя части были бы разорваны во время родовъ едва ли когда бываетъ въ дѣйствительности. На самомъ дѣлѣ при этомъ всегда разрываются фасціи и мышцы тазоваго дна, находящіяся въ *septum recto-vaginale*. Мало того есть много случаевъ, гдѣ задняя спайка остается цѣлой, а разрывается слизистая помѣщающаяся непосредственно выше ея, потому что рубецъ наблюдается какъ разъ на днѣ *fossa navicularis*. Бываетъ и такъ что и слизистая *fossae navicularis* остается цѣлой, и задняя спайка тоже, а тазовое дно между влагалищемъ и *rectum* оказывается надорваннымъ.

Такимъ образомъ границы между первой и второй степенью разрывовъ промежности представляются очень неопредѣленными. Предполагается, что при второй степени разрываются всѣ ткани до *sphincter ani externus*, а въ глубинѣ и глубокія мышцы промежности и фасціи тазоваго дна; между тѣмъ эти мышцы и фасціи могутъ оказаться разорванными даже тогда, когда нѣтъ и первой степени разрыва, потому что наружные покровы остаются цѣлыми.

Можетъ ли головка доношеннаго плода пройти черезъ вульварное кольцо, не повредивши фасціи тазоваго дна и хотя нѣкоторые изъ волоконъ *musculi levatoris ani* это вопросъ, который еще окончательно выясненъ не былъ. Многочисленныя наблюденія, сдѣланные мною въ этомъ направленіи въ особен-

ности въ последнее время въ амбулаторіи Гинекологической Клиники Императорскаго Московскаго Университета (коею я нынѣ завѣдываю) убѣдили меня, что это едва ли когда либо бываетъ.

Въ самомъ дѣлѣ если подвергнуть тщательному изслѣдованію заднюю спайку и нижній отдѣлъ задней стѣнки влагалища, то можно отмѣтить нѣкоторыя весьма интересныя особенности.

Если ввести во влагалище согнутый крючкомъ указательный палецъ и направить его конецъ кзади и кнаружи, то нетрудно встрѣтить эластическій тяжъ, соответствующій положенію *musculi levatoris ani*. Если прослѣдить оба эти тяжа (правый и лѣвый), то можно отмѣтить, что кзади по направленію къ крестцу они сходятся. Если женщина нерожавшая, то мѣсто схожденія обѣихъ половинокъ мышцы подъежающей задній проходъ, представляется въ видѣ неясно очерченнаго эластическаго сопротивленія сливающагося съ эластическимъ сопротивленіемъ задней спайки (т. е. собственно съ сопротивленіемъ *musculi constrictoris cunni*). Если женщина рожавшая, то мѣсто, гдѣ кзади сходятся тяжи *musculi levatoris ani* прощупывается янѣе. Здѣсь тотчасъ выше кольца *musculi constrictoris cunni* и *musculi sphincteris ani externi* можно отыскать небольшую ямку, черезъ которую конецъ пальца можетъ вдавливаться слизистую задней стѣнки влагалища и проникнуть въ просвѣтъ кишки. Въ рѣзкихъ случаяхъ здѣсь ясно замѣтно какъ бы истонченіе *septi recto-vaginalis*. Такъ какъ хорошо выраженной эта ямка встрѣчается только у рожавшихъ, или родившихъ хотя бы одинъ разъ женщинъ, то ея присутствіе можно разсматривать какъ одинъ изъ признаковъ бывшихъ родовъ доношеннаго плода и съ этой точки зрѣнія эта ямка можетъ представить интересъ въ судебно-медицинскомъ отношеніи. Ее можно было-бы назвать *fossa maternitatis* (quia maternitatem denotat).

Обыкновенно эта ямка помѣщается какъ разъ по средней линіи, но если роды были слишкомъ продолжительны, напр. вслѣдствіе аномалій таза, или глубокаго поперечнаго стоянія головки (*tiefer Querstand*), то ямка можетъ быть смѣщена въ

ту, или другую сторону. Происхождение этой ямки можно представить себѣ слѣдующимъ образомъ.

Во время прохожденія головки при ея прорѣзываніи происходитъ значительное растяженіе тазоваго дна, столь наглядно изображенное на прекрасныхъ рисункахъ *Varnier* *) (см. рис. 1).

Разсматривая рис. 1, не трудно убѣдиться, что во время растяженія тазоваго дна при родахъ (пунктиръ на рис. 1) наибольшему растяженію подвергаются главнымъ образомъ тѣ волокна *musculi levatoris ani*. (R' рис. 1), которыя прикрѣпляются спереди прямой кишки. Если мышечныя волокна вслѣдствіе эластичности еще могутъ растягиваться, то этого вовсе нельзя сказать о соединительно тканыхъ составныхъ частяхъ тазоваго дна—о фасціяхъ, покрывающихъ верхнюю (*fascia pelvea*) и нижнюю (*fascia perinei media*) поверхность подъемлющей задній проходъ, мышцы. Неудивительно поэтому, что волокна R' рис. 1., и покрывающія ихъ фасціи должны надрываться при прохожденіи головки черезъ мышечную часть родового канала.

Слѣдствіемъ такихъ надрывовъ являются: 1) ослабленіе тазоваго дна, потому что надорванныя мышцы и фасціи не могутъ, по особенностямъ своего анатомическаго расположенія, снова сростись, чему кромѣ того очень способствуетъ раннее вставаніе послѣ родовъ; 2) нѣкоторое опущеніе стѣнокъ влагалища, которыя лишаются поддерживающаго ихъ аппарата. Въ свою очередь слѣдствіемъ расслабленія тазоваго дна является расслабленіе тазовой фасціи (*fascia pelvea*) покрывающей верхнюю поверхность *musculi levatoris ani*. Въ зависимости отъ этого можно отмѣтить еще одну интересную особенность, добываемую при внутреннемъ изслѣдованіи. Если согнутымъ указательнымъ скользнуть по верхней поверхности *musculi levatoris ani* и стараться сдвинуть покрывающую его фасцію (*fascia pelveam*), то можно замѣтить, что фасція эта образуетъ складку, въ которую упирается конецъ изслѣдующаго пальца. Складка эта можетъ давать ощущеніе острого края и располагается обыкновенно параллельно направленію *arcus*

*) *H. Varnier*. Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical. Thèse P. 1888 Planche 8.

tendineus и чѣмъ ближе къ arcus tendineus она образуется, тѣмъ рѣзче и стойче представляется ея сопротивленіе.

Какъ извѣстно самая плотная часть, находящейся въ полости малаго таза fasciae pelvae соотвѣтствуетъ какъ разъ arcus tendineus. Если отпрепаровать эту фасцію отъ покрывающей ее подбрюшинной клѣтчатки, то можно замѣтить, что тазовая фасція постепенно истончается по мѣрѣ приближенія къ средней линіи. Нерѣдко вдоль arcus tendineus на верхней поверхности musculi levatoris ani можно видѣть особое утолщеніе тазовой фасціи, ограниченное снутри полулунной линіей, такъ что фасція здѣсь имѣетъ видъ серповиднаго отростка (вродѣ processus falciformis) свободный край котораго обращенъ кнутри и указываетъ границу, отдѣляющую наружную болѣе толстую часть тазовой фасціи отъ внутренней болѣе тонкой части этой фасціи. Этотъ послѣдній отдѣлъ напоминаетъ ту фасцію, которая покрываетъ переднюю поверхность musculi sterno-cleido-mastoidei т. е. по физическимъ свойствамъ своимъ приближается къ рыхлой клѣтчаткѣ.

Во всѣхъ случаяхъ, когда тазовое дно бываетъ ослаблено вслѣдствіе надрывовъ, или вслѣдствіе преждевременнаго увяданія, или наконецъ вслѣдствіе ослабленія вліянія антагонистовъ тазоваго дна (брюшныхъ мышцъ), ибо по закону, отмѣченному еще *Bichat* для сохраненія полной силы мышцы, или мышечной группы, необходимо постоянное воздѣйствіе соотвѣтствующихъ антагонистовъ; во всѣхъ этихъ случаяхъ ослабленіе касается главнымъ образомъ внутреннихъ (ближайшихъ къ средней линіи) отдѣловъ мышцъ и фасцій, входящихъ въ составъ тазоваго дна. Объективно это выражается только что описанной складкой, которую находятъ изслѣдующій палець.

Весьма вѣроятно, что складка эта образуется изъ того утолщеннаго отдѣла тазовой фасціи, о которомъ мы только что упоминали. Къ сожалѣнію требованія антисептики, связанныя съ моею теперешнею дѣятельностью, не позволяютъ мнѣ посвятить провѣркѣ этого объясненія столько времени, сколько нужно, чтобы подтвердить его путемъ тщательной препаровки.

Всѣ эти объективные признаки ослабленія тазоваго дна встрѣчаются значительно чаще у многорожавшихъ женщинъ.

Какъ уже было упомянуто, повидимому, даже многіе изъ нихъ можно разсматривать какъ доказательство бывшихъ родовъ доношеннаго плода.

Теперь спрашивается слѣдуетъ ли перечисленные нами явленія, зависящія отъ ослабленія тазоваго дна отнести къ состояніямъ патологическимъ и если слѣдуетъ, то надо ли ихъ лѣчить и какимъ путемъ.

Не подлежитъ сомнѣнію что незначительныя степени ослабленія тазоваго дна, точно также какъ и незначительныя разрывы промежности, могутъ не вызывать никакихъ болѣзненныхъ симптомовъ, но всякое зіяніе половой щели будетъ ли оно зависѣть отъ разрыва промежности, или отъ расслабленія тазоваго дна, есть уже само по себѣ явленіе весьма нежелательное, потому что оно благоприятствуетъ проникновенію всякихъ заразныхъ началъ въ полость полового канала. Прямымъ слѣдствіемъ этого является раздраженіе слизистой и усиленная секретія, что въ свою очередь ведетъ къ гипертрофіи слизистой оболочки и къ послѣдующему выпаданію стѣнокъ влагалища и т. п. Все это, конечно, должно вліять на этиологію различныхъ заболѣваній половой сферы и, какъ условія этиологическія, заслуживаетъ вниманія и изученія, хотя само по себѣ едва ли можетъ потребовать спеціальнаго лѣченія.

Совершенно иное значеніе приобретаетъ устойчивость и сопротивляемость тазоваго дна въ тѣхъ случаяхъ, когда приходится лѣчить выпаденія и опущенія стѣнокъ влагалища и вообще органовъ малаго таза; т. е. тогда, когда эти явленія вызываютъ болѣзненные симптомы.

Въ нѣкоторыхъ другихъ работахъ по этому же вопросу (см. этотъ журналъ за 1896 годъ) я уже обращалъ вниманіе на капитальное значеніе возстановленія тазоваго дна при хирургическомъ лѣченіи разрывовъ промежности и опущеній матки и стѣнокъ влагалища; теперь я хотѣлъ бы отмѣтить огромное значеніе свойствъ тазоваго дна для предсказанія относительно конечныхъ результатовъ всякаго лѣченія опущеній тазовыхъ органовъ женщины.

Если антагонисты тазоваго дна—мышцы брюшнаго пресса не выполняютъ своего назначенія, напр. при отвисломъ животѣ, то трудно ожидать, чтобы возстановленное оперативными

шрїемами тазовое дно могло сохранить свою устойчивость. Далѣе, свойства мышцъ тазоваго дна и въ частности musculi levatoris ani тоже должны быть принимаемы во вниманіе, потому что долготѣнее отсутствіе сокращеній отдѣльныхъ пучковъ этой мышцы, лишившихся вслѣдствіе надрывовъ нѣкоторыхъ изъ своихъ точекъ прикрѣпленія, можетъ повести къ жировому перерожденію и къ утратѣ способности сокращаться. Въ этихъ случаяхъ возстановленіе тазоваго дна будетъ сводиться къ шиванію однихъ фасцій и—мало надежды, чтобы стянутыя швами фасціи сохранили прочную связь по удаленіи швовъ. Быть можетъ послѣдующаго расхожденія сшитыхъ краевъ фасціи и можно избѣгнуть помощью погруженныхъ швовъ, напр. изъ пучковъ тонкой никкелевой проволоки, какъ это предложено для зашиванія грыжевыхъ отверстій, но при обычномъ наложеніи швовъ изъ Silkwormgut прочнаго соединенія не получается и надо ожидать послѣдующаго расхожденія сшитыхъ фасцій, которыя не могутъ замѣнить недостающаго эластическаго мышечнаго тазоваго дна. Поэтому въ тѣхъ случаяхъ, когда при внутреннемъ изслѣдованіи не находятъ вышеописаннаго эластическаго сопротивленія мышечныхъ тяжей—обѣихъ половинъ мышцы, подъемлющей задній проходъ, то предсказаніе при всякихъ пластическихъ операціяхъ на стѣнкахъ влагалища и на промежности ухудшается въ значительной степени, въ особенности, если эти пособія назначены для устраненія всякаго рода опущеній: въ этихъ случаяхъ прочнаго результата ожидать нельзя. Примѣненіе массажа и гимнастика, а также электризація могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ возстановить ослабленную функцію мышцъ, но для этого необходимы благоприятныя условія со стороны организма и раннее возстановленіе разрушенныхъ прикрѣпленій мышцъ; въ случаѣ затяжныхъ, а въ особенности при преждевременномъ увяданіи тканей трудно ожидать существеннаго улучшенія.

Однимъ изъ частыхъ послѣдствій расслабленія тазоваго дна является, какъ уже было упомянуто, опущеніе и выпаденіе стѣнокъ влагалища и по мѣрѣ увеличенія такого выпаденія наблюдается избытокъ слизистой оболочки этихъ стѣнокъ. Такое гипертрофическое состояніе слизистой влагалища не-

рѣдко пользуется особеннымъ вниманіемъ при выработкѣ различныхъ методовъ пластическихъ операцій, при которыхъ обыкновенно удаляютъ этотъ излишекъ слизистой оболочки. Хотя такіе оперативные приемы и даютъ удовлетворительные результаты, но нельзя не отмѣтить, что принципиально такой образъ дѣйствія едва ли можно признать рациональнымъ. Въ самомъ дѣлѣ, вырѣзая часть гипертрофированной слизистой оболочки, мы не устраняемъ той причины, которая вызвала эту гипертрофію, а только исправляемъ ея послѣдствія. Неудивительно поэтому, что такія пластическія операціи вовсе не исключаютъ возможности появленія рецидивовъ. Съ другой стороны, устранивши причину выпаденія слизистой оболочки, напр. возстановивши тазовое дно, мы можемъ поставить гипертрофированную часть слизистой въ такія условія, при которыхъ она перестаетъ гипертрофироваться, а ея избытокъ можетъ исчезнуть.

Исходя изъ этой точки зрѣнія на избытокъ тканей при опущеніяхъ и выпаденіяхъ стѣнокъ влагалища, я сталъ стремиться сохранять при пластическихъ операціяхъ всѣ имѣющіяся здоровыя ткани, расширяя примѣненіе того принципа, которымъ съ такимъ успѣхомъ пользуются при зашиваніи свищей по методу *Collis* т. е. безъ вырѣзыванія тканей, а помощью простаго ихъ расщепленія. Оказалось, что такое консервативное отношеніе къ тканямъ влагалищныхъ стѣнокъ при пластическихъ операціяхъ не только не ухудшаетъ конечныхъ результатовъ, но во многихъ случаяхъ можетъ оказывать существенныя услуги, значительно упрощая многіе оперативные приемы и въ особенности послѣдующее лѣченіе. Всего нагляднѣе вліяніе такого сохраненія тканей обнаруживается при возстановленіи промежности въ тѣхъ случаяхъ, когда кромѣ того имѣется выпаденіе задней стѣнки влагалища, т. е. въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ примѣнима классическая операція *Hegar*'а — *colproperineorrhaphia*.

Дѣлая возстановленіе промежности по лоскутному способу *Lawson Tait*, не трудно убѣдиться, что если влагалищный лоскутъ отсепарованъ на достаточную глубину, то всегда остается нѣкоторый избытокъ тканей. Вслѣдствіе этого, послѣ шиванія промежности нерѣдко получается выступъ на задней

спайкъ, торчащій въ видѣ придатка, прикрывающаго входъ во влагалище. Если избытокъ тканей значительный, то обыкновенно приходится удалять часть влагалищнаго лоскута и при этомъ нетрудно отмѣтить довольно характерную особенность: форма оживленной поверхности очень напоминаетъ те, что получается послѣ вырѣзыванія слизистой при типической операциі *Hegar*'а. Изъ этого слѣдуетъ, что отсепаровка слизистой оболочки задней стѣнки влагалища совершается гораздо легче и быстрѣе, если отдѣлять слизистую идя снизу вверхъ, какъ это удается очень легко при операциі *Tait*, чѣмъ идя сверху внизъ, какъ это рекомендуется при классическомъ производствѣ операциі *Hegar*'а. Отсепаровавши влагалищный лоскутъ, отсекаютъ ножницами излишекъ слизистой и накладываютъ швы также, какъ при операциі *Hegar*'а. Этимъ упрощеннымъ приѣмомъ я пользовался нѣсколько лѣтъ и былъ доволенъ результатами. Однако послѣднее время я замѣтилъ, что вырѣзываніе избытка слизистой вовсе не нужно и что можно получить тѣже результаты, какіе получаются помощью операциі *Hegar*'а сохранивши всю слизистую.

Для выполненія этого, я поступаю слѣдующимъ образомъ. Сдѣлавши поперечный разрѣвъ черезъ остатки промежности и продолживши оба его конца кпереди къ основанію малыхъ губъ, отсепаровываютъ влагалищный лоскутъ совершенно также, какъ это дѣлается при операциі *L. Tait*'а. За симъ пальцемъ обернутымъ марлей, отдираютъ этотъ лоскутъ, проникая въ толщъ *septum rectovaginale*, въ *spatium ischiorectale*.

Иногда приходится при этомъ разсѣчь ножницами рубцовую ткань, если не удастся проникнуть на достаточную глубину тупымъ путемъ. Послѣ этого середина влагалищнаго лоскута фиксируется *Kocher*'овскимъ пинцетомъ, и приступаютъ къ наложенію швовъ. Первый шовъ (см. рис. 3) накладывается скорняжный. Онъ обходитъ въ видѣ кисетнаго шва по свободному краю влагалищнаго лоскута. (№ 1 рис. 3).

Остальные швы накладываются также, какъ при операциі *L. Tait*, но съ непремѣннымъ условіемъ захватить швами остатки тазоваго дна—мышцы подъемяющей задній проходъ и покрывающихъ ее фасцій.

Необходимо также помнить предосторожность, отмѣченную *Doyen*—никогда не слѣдуетъ стягивать концы скорняжнаго шва одновременно съ завязываніемъ его, потому что при этомъ шовъ легко можетъ перерѣзать ткани. Поэтому сначала надо стянуть шовъ и сблизить края раны, а потомъ завязать его. Само собою разумѣется, что швы накладываются исключительно изъ *silkwormgut* (натуральнаго или искусственнаго).

Преимущества только что описанной операціи очевидны. 1) Чрезвычайная простота и быстрота, съ которой она производится, исключаетъ надобность въ хлороформированіи—достаточно сдѣлать инъекцію кокаина; 2) всѣ швы находятся снаружи на промежности, а не во влагалищѣ, какъ нѣкоторые изъ швовъ при операціи *Hegar*'а; 3) всѣ ткани сохраняются и ничего не вырѣзывается; наконецъ, 4) такимъ путемъ достигается дѣйствительное возстановленіе тазоваго дна.

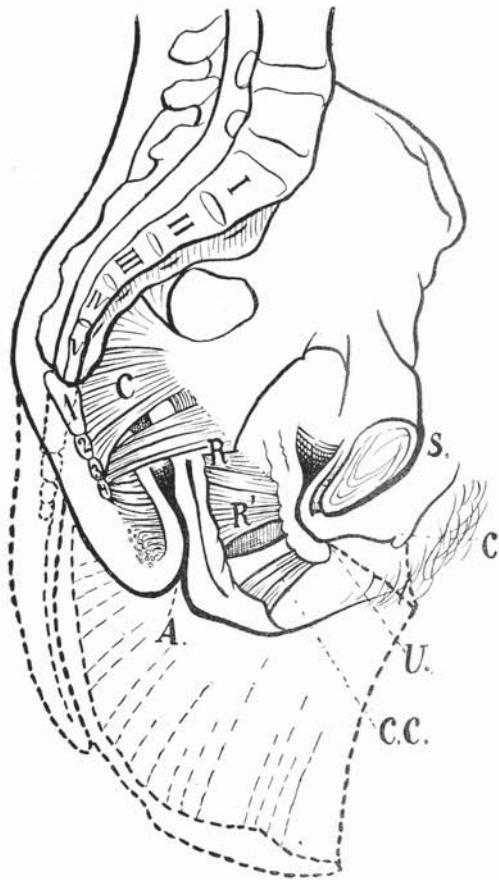
Эта операція и ея преимущества были мною описаны въ прошломъ году въ *Centralblatt für Gynaecologie* *) и помѣщенный выше рисунокъ (рис. 3) заимствованъ мною изъ этой статьи.

Въ послѣднее время я могъ убѣдиться, что примѣненіе скорняжнаго шва можетъ оказывать большія услуги и при полномъ разрывѣ промежности. Въ самомъ дѣлѣ при возстановленіи промежности при полномъ ея разрывѣ можно поступить точно также, какъ при только что описанной операціи. Дѣлають обычный *Tait*овскій разрѣзъ въ видѣ буквы Н и отсепааровываютъ задній лоскутъ (ректальный лоскутъ) на такую же глубину, какъ и влагалищный. При наложеніи швовъ самый задній шовъ обходитъ край ректальнаго лоскута и стягиваетъ его кисетнымъ швомъ. Въ результатѣ получается полное возстановленіе отверстія задняго прохода и ни одного шва въ полости кишки.

Вообще примѣненіе скорняжнаго шва при пластическихъ операціяхъ на стѣнкахъ влагалища заслуживаетъ большаго вниманія и должно найти примѣненіе чаще, чѣмъ это дѣлается.

*) *Gubaroff*. Ueber einige Vereinfachungen der Kolpoperineorrhaphie. *Centralblatt für Geburtshilfe und Gynaecologie* 1897 № 48.

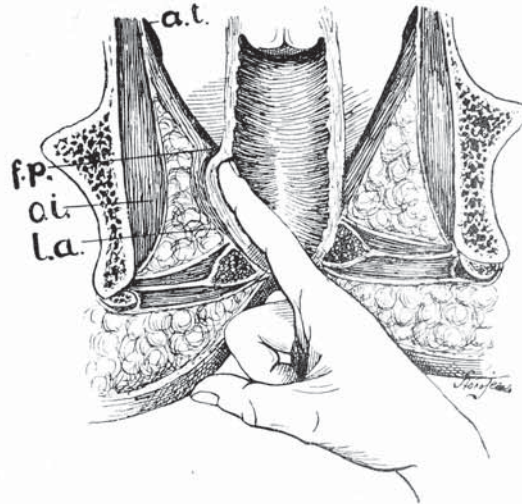
Рис. 1.



Обясненіє рисунка. (Рисунокъ Л. Н. Тарабуевъ заимствованъ у Varnier)
S. Symphysis ossium pubis; C.—clitoris; U—urethra, C.C.—constrictor cunni;
A.—anus; C, R, R'—musculus levator ani. Римскія цифры обозначаютъ крест-
цовые, арабскія копчиковые позвонки.

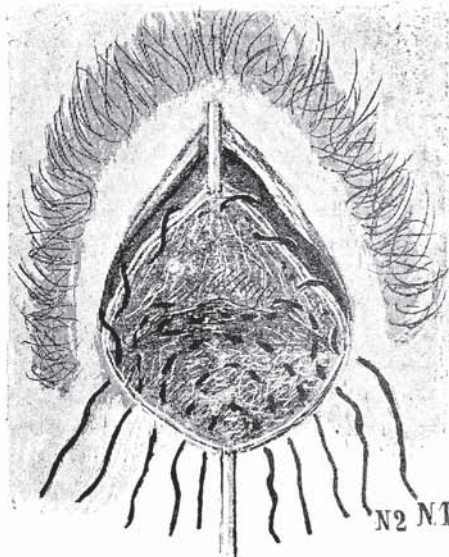


Рис. 2.

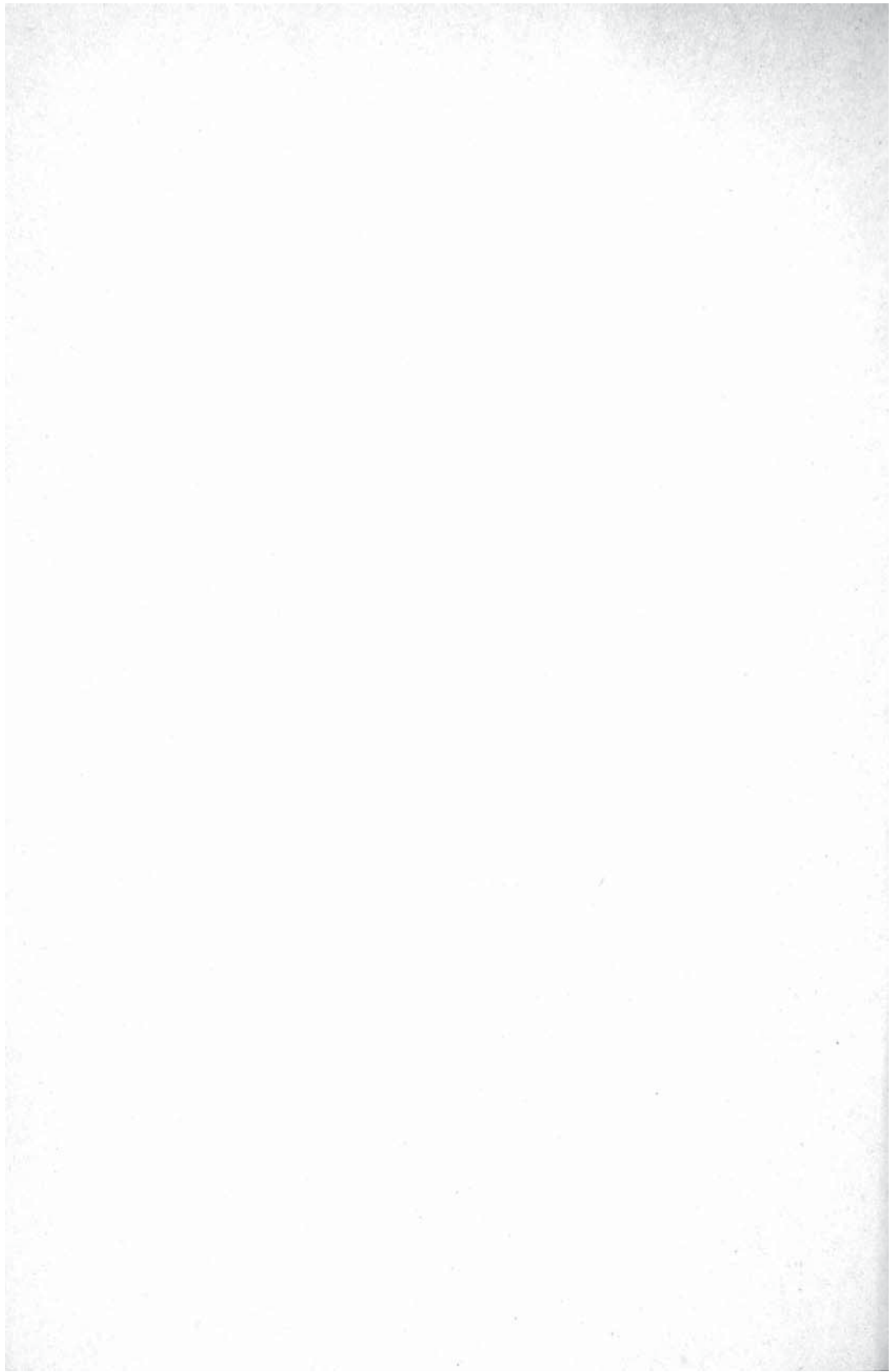


Объяснение рисунка. Фронтальный разрез через тазовые органы женщины (Схема). Введенный во влагалище палец скользит по верхней поверхности *musculi levatoris ani l. a.* и наталкивается на складку; *f. p.*—*fascia pelvea*; *o. i.*—*musculus obturator internus*; *a. t.*—*arcus tendineus*.

Рис. 3.



Объяснение рисунка. Схема наложения швов при упрощенном способе производства *colporegineorrhaphiae*. Способ автора. № 1. Скорняжный шов, обходящий по краю влагалищного лоскута. № 2. один из швов, захватывающий остатки тазового дна.



Прекрасный примѣръ примѣненія скорняжнаго шва на передней стѣнкѣ влагалища представляетъ операція *Stoltz'a* изъ Нансу; но объ этой операціи и о нѣкоторыхъ ея модификаціяхъ, которыя намъ кажутся пригодными для практическихъ цѣлей, мы поговоримъ тогда, когда у насъ накопится достаточно наблюденій, чтобы сдѣлать какіе-либо выводы.