

гораздо большими тѣхъ, до которыхъ достигли въ настоящее время. Операція, приобретающая все болѣе и болѣе права гражданства, стала производиться чаще и въ болѣе ранніе періоды заболѣванія, когда опасность ея минимальна и почти всецѣло можетъ быть относима къ непредвидѣннымъ случайностямъ. То же мы должны сказать и о полномъ выздоровленіи, наступающемъ послѣ благополучно-перенесенной операціи. Въ преобладающемъ числѣ случаевъ оно бываетъ полное и при томъ наступающее непосредственно послѣ операціи, въ меньшинствѣ развиваются различнаго рода воспалительные процессы въ брюшинѣ малаго таза или околоматочной клѣтчатки, затягивающіе еще иногда надолго выздоровленіе больной. Эти послѣдніе случаи относятся обыкновенно къ операціямъ, предпринимаемымъ уже поздно, когда существуютъ обширныя плотныя сращенія; бѣлая травма самой операціи и частые разрывы кисты *sub operatione* представляются уже настолько важными моментами, что разрушенія, производимыя ею, и извѣстная степень зараженія излившеюся жидкостью въ тазовой клѣтчаткѣ вызываютъ осложненія, иногда еще долго дающія себя чувствовать.

VIII.

О ПРОНИКАЮЩИХЪ РАЗРЫВАХЪ СВОДОВЪ ВЛАГАЛИЩА У РОЖЕНИЦЪ.

Д-ра Д. С. Щеткина (Рязань).

Полный отрывъ влагалища или одного изъ сводовъ его отъ матки съ выходомъ плоднаго яйца въ полость брюшины принадлежитъ къ числу рѣдкихъ осложненій родового акта; по крайней мѣрѣ, тѣ скудныя свѣдѣнія, которыя добыты мною изъ литературы, подтверждаютъ это, хотя, конечно, въ настоящее время съ точностью опредѣлить, насколько часто встрѣчается

указанное осложненіе, не представляется возможнымъ по той причинѣ, что разрывы сводовъ рукава въ однихъ случаяхъ наступаютъ самостоятельно, въ другихъ же — они происходятъ влѣдствіе неосторожности при производствѣ нѣкоторыхъ акушерскихъ операций. Наконецъ могутъ быть смѣшанные случаи, въ которыхъ совершенно нельзя выяснитъ себѣ, что было главною причиною отрыва влагалища: акушерская операція или какія нибудь другія условія, способствовавшія самопроизвольному происхожденію его. *Spiegelberg* ¹⁾, указывая на статистику *M. Clintok*'а изъ Дублинскаго родильнаго дома, говорить, что изолированные разрывы рукава составляютъ рѣдкость. *Гарингъ* ²⁾ приходитъ къ тому же заключенію на основаніи отчетовъ нашихъ акушерскихъ клиникъ и родовспомогательныхъ заведеній. Большинство женщинъ родитъ безъ спеціального надзора, причемъ нѣкоторыя изъ нихъ погибаютъ, не разрѣшившись отъ бремени: причина смерти чаще всего остается неизвѣстной. Въ акушерскихъ клиникахъ и родильныхъ домахъ своевременно поданная помощь устраняетъ появленіе такихъ осложнений какъ *Colporrhexis*. Слѣдовательно рѣшеніе вопроса о частотѣ и причинахъ этого осложненія на основаніи отчетовъ акушерскихъ клиникъ и родильныхъ домовъ не можетъ быть совершенно точно. Несомнѣнно только то, что изолированные разрывы сводовъ рукава встрѣчаются значительно рѣже разрывовъ матки. Изъ 4-хъ больныхъ *Гугенбергера* ³⁾ 3 поступили въ родовспомогательное заведеніе уже съ образовавшейся *Colporrhexis*. На 45,947 родовъ, происходившихъ въ акушерскихъ клиникахъ и родовспомогательныхъ заведеніяхъ ⁴⁾, по-

1) Учебникъ акушерства, пер. Ямпольскаго, СПБ., 1879 г. ст. 656.

2) Врачъ № 42-й 1890 г. ст. 955.

3) St. Petersburg Medicinische Zeitschrift Bd. V 1875 s. 401—135.

Медицинскій отчетъ Родовспомогательнаго заведенія Воспитательнаго Дома за 1876, 1877 г.

4) *Аафонозъ*. Медицинскій отчетъ Акушерской клиники пр. Славянскаго (1877—1884). СПБ. 1885 г.

Порышевъ. Медицинскій отчетъ Академической клиники Медико-Хирургической Академіи (1874—1888 гг.) Дисс. СПБ. 1887 г.

видимому, только въ одномъ случаѣ произошелъ разрывъ рукава. Въ прежнее время нарушенія цѣлости сводовъ влагалища не отдѣлялись отъ разрывовъ матки и обыкновенно описывались совмѣстно съ послѣдними. *Гугенбергеръ*¹⁾, собравъ 39 случаевъ отрывовъ рукава при родахъ, предложилъ назвать это осложненіе *Colporrhexis* съ подраздѣленіемъ по мѣсту расположенія ея на *antica*, *postica*, *dextra* и *sinistra*. Два послѣдніе вида обыкновенно находятся въ связи съ двумя первыми. Наблюдалось также полное отдѣленіе рукава отъ матки, вслѣдствіе чего связь съ послѣдней совершенно была нарушена (*Colporrhexis completa*). Дѣленіе на передній и задній отрывъ влагалища имѣетъ за себя серьезное основаніе, такъ какъ условія происхожденія того и другаго вида должны быть противоположны. Впослѣдствіи, при разсмотрѣніи этихъ условій, я приведу нѣкоторыя доказательства, подтверждающія высказанное мною мнѣніе. Кромѣ того, необходимо упомянуть объ особомъ видѣ *Colporrhexis*, гдѣ при разрывѣ свода влагалища, брюшина, покрывающая его или проходящая надъ нимъ, какъ напр., спереди, оставаясь цѣлою, только отдѣляется отъ прилежащихъ тканей и приподнимается, какъ это видно изъ наблюдений *Martin'a*²⁾ и *Eugen Picard'a*³⁾). Принявъ во вниманіе роль матки и вагины при родахъ, дѣлается очевиднымъ различіе условій, въ которыхъ находятся эти два органа, а слѣдовательно и условій происхожденія ихъ разрывовъ. Случаи смѣшанные, т. е. тѣ, гдѣ существуетъ одновременно разрывъ свода влагалища и матки, должны быть отнесены къ разрывамъ послѣдней, такъ какъ нарушеніе цѣлости рукава составляетъ продолженіе руптуры матки.

Макеевъ. Отчетъ Акушерской Факультетской клиники Московскаго Университета (1874—1888 г.). Москва, 1889 г.

Медицинскій отчетъ Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія (1873—1880 г.).

Медицинскіе отчеты Родовспомогательнаго Заведенія Московскаго Воспитательнаго Дома (1875—1877 г.).

¹⁾ l. c.

²⁾ Monatschrift f. Geburtskunde Bd. XIII S. 9. 1858.

³⁾ Schmidt's Jahrb. Bd. XII S. 185. 1865 г.

Въ виду рѣдкости солоратгhexis, недостаточно выясненныхъ условий происхожденія ея, а также разнообразія способовъ лѣченія этого осложненія родового акта, слѣдуетъ считать не лишеннымъ интереса каждый отдѣльный случай, а потому я прежде всего опишу по возможности подробно два случая, встрѣтившихся въ моей практикѣ.

Наблюденіе I-е.

Крестьянка Рыковой слободы, Рязанскаго уѣзда, Федосья Николаева Фирсова, поступила въ Рязанскую Губернскую Земскую больницу 25-го декабря 1880 года, въ 2 часа пополудни при запискѣ земскаго врача 1-го участка для подавія акушерской помощи. Роженица была блѣдна, съ мутнымъ взоромъ и безъ пульса. Изъ влагалища выпала распухшая лѣвая ручка плода, спинка его была обращена впередъ. При ощупываніи живота непосредственно подъ брюшными покровами ощущались части младенца и скопленіе жидкости. Роды были четвертые. Диагнозъ «Агонія и разрывъ матки» поставленъ былъ врачомъ, завѣдывавшимъ въ то время женскимъ отдѣленіемъ больницы. Я наблюдалъ роженицу, какъ дежурный врачъ. Полчаса спустя послѣ поступленія, она скончалась въ моемъ присутствіи. По вскрытіи трупа въ полости живота найденъ мертвый плодъ; онъ лежалъ спинкою впередъ и головкою вправо, послѣдъ помѣщался сзади его; въ полости брюшины — скопленіе крови и жидкости. Матка оказалась совершенно цѣлою, находилась сзади плода и вправо отъ позвоночника. Передній сводъ влагалища и отчасти боковые были разорваны. Разрывъ распространялся на передніе листки широкихъ связокъ.

Наблюденіе II-е ¹⁾.

Рязанская мѣщанка Прасковья Федорова Степанова, 24-хъ лѣтъ, слабого тѣлосложенія и средняго питанія, поступила въ Рязанскую Губернскую больницу 3-го октября 1889 г. на 9-мь мѣсяцѣ беременности, съ цѣлью подвергнуться операціи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Размѣры таза слѣдующіе:

С. Е.	17 ¹ / ₂ с.
С. D.	10 »
S. I.	21 ¹ / ₂ »
С. I.	24 »
D. T.	28 »
Ростъ	148 »

¹⁾ Сообщено въ засѣданіи 15-го марта 1890 года Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Первый раз родила 20-ти лѣтъ въ Москвѣ. Роды были окончены щипцами. Плодъ извлеченъ живымъ. Вторые роды происходили 12-го октября 1885 года въ Губернской больницѣ, куда больная поступила черезъ сутки отъ начала родовъ: плодный пузырь былъ разорванъ, зѣвъ вполнѣ открытъ; сердцебиеніе плода не прослушивалось. Черезъ нѣсколько времени послѣ прибытія больной, убѣдившись въ томъ, что роды не подвигаются, я, не смотря на отсутствіе сердцебиенія плода, не бывъ еще увѣренъ въ его смерти, наложилъ щипцы и извлекъ его мертвымъ. Въ первые 4 дня послѣродоваго періода t° достигала 38° съ десятыми, а затѣмъ скоро пришла къ нормѣ. Въ теченіе мѣсяца больная страдала вздутіемъ кишечника, запоромъ и сильными болями въ животѣ, такъ что приходилось впрыскивать морфій подъ кожу. Мочеиспусканіе совершалось изрѣдка, почему постоянно прибѣгали къ катетеру.

12-го ноября реакція мочи стала нейтральная и въ ней появилось много слизи, что сопровождалось болью въ области мочеваго пузыря; катарръ его продолжался цѣлый мѣсяць. 22-го декабря того же года, чувствуя себя хорошо, больная выписалась.

Въ теченіе года послѣ этого она, судя по ея рассказамъ, страдала диспепсіей или катарромъ желудка. Съ того времени появились упорные запоры, которые изрѣдка смѣнялись поносомъ. Вслѣдствіе чего больная должна была постоянно прибѣгать къ слабительнымъ.

23-го мая 1887 г. она опять родила въ больницѣ. На этотъ разъ роды у нея наступили на 9-мъ мѣсяцѣ. По моему совѣту, она пріѣхала изъ г. Зарайска для производства преждевременныхъ родовъ, но во время пути почувствовала родовыя боли, по прибытіи въ Рязань, явилась въ Губернскую больницу, гдѣ у нея было констатировано полное открытіе наружнаго зѣва. Новорожденный оказался очень слабымъ и скончался черезъ 12-ть дней. Послѣродовой періодъ осложнился поносомъ. Больная поправилась и выписалась почти черезъ 2 мѣсяца послѣ родовъ.

14-го февраля 1888 года у нея опять въ Губернской больницѣ были преждевременные роды на 8-мъ мѣсяцѣ беременности. Новорожденный умеръ на слѣдующій день. На этотъ разъ она выписалась на 14-е сутки послѣ родовъ, т. е. 28-го февраля, а на другой день опять поступила съ кровотеченіемъ. Матка сокращалась плохо. Больная оставалась въ больницѣ до 15-го апрѣля.

Въ іюль того же года она приходила ко мнѣ за совѣтомъ по поводу затрудненія и боли при мочеиспусканіи. Выпущенная катетеромъ моча была мутна и содержала массу слизи.

22-го октября больной назначены были души въ 35° R. три раза въ день.

23-го—24-го души продолжали дѣлать.

25-го въ 10 ч. утра появились схваткообразныя боли въ животѣ, въ 3 ч. пополудни сокращенія матки усилились; въ 6 ч. вечера, по словамъ акушерки, наружный зѣвъ былъ раскрытъ на 3 поперечныхъ пальца. Въ 6 ч. 45 мин. плодный пузырь разорвался. Положеніе плода было первое затылочное, пе-

редній видъ. Въ 8 ч. я видѣлъ больную: сокращенія матки стали, по словамъ акушерки, слабѣе.

Въ 9 ч., послѣ того какъ я уѣхалъ изъ больницы, края зѣва уже не прощупывались. Въ 9 ч. 30 м. во время одной изъ родовыхъ потугъ, внизу живота появилось, по наблюденію акушерки, твердое тѣло и затѣмъ животъ сталъ нѣскольکو площе. Это явленіе сопровождалось сильною болью и истеченіемъ крови изъ влагалища; боль распространилась по всему животу, появилась одышка и пульсъ участился до 120 въ 1'.

Прибывъ, по приглашенію акушерки, въ 10 ч. въ больницу, я нашелъ слѣдующее: роженица жаловалась на боли, одышку и находилась въ тоскливомъ состояніи; животъ былъ значительно вздутъ; ниже пупка, непосредственно подъ брюшными покровами, прощупывалась мелкая часть плода, выше же — растянутый газами кишечный каналъ не давалъ возможности опредѣлить, что находилось за нимъ; надъ лоннымъ соединеніемъ легко можно было констатировать присутствіе твердаго шарообразнаго тѣла. Пульсъ доходилъ до 120 въ 1 мин. Изъ влагалища въ небольшомъ количествѣ выдѣлялась кровь. Предположивъ, что въ данномъ случаѣ произошелъ разрывъ матки съ выхожденіемъ плода въ полость брюшины, я, не изслѣдуя черезъ влагалище, распорядился приготовить въ операционной все необходимое для лапаротоміи. По окончаніи приготовленій больная была перенесена на операционный столъ. Тогда уже приступлено было къ изслѣдованію *per vaginam*: введя осторожно два пальца во влагалище, я нашелъ, что головка плода стоитъ высоко и для того, чтобы достигнуть ее, необходимо было пройти черезъ отверстіе, которое въ первый моментъ принято было мною за сократившійся наружный зѣвъ шейки матки. Послѣ удаленія пальцевъ изъ влагалища, появилось небольшое кровотеченіе. Не получивъ при этомъ изслѣдованіи данныхъ, которыя помогли бы мнѣ ясно представить себѣ мѣсто поврежденія и мѣсто нахождения плода, я, при соблюденіи антисептическихъ предосторожностей, приступилъ ко вторичному изслѣдованію, но уже полной рукою. Введя послѣднюю во влагалище и затѣмъ подойдя къ отверстию, черезъ которое можно было ощупать головку, я нашелъ, что спереди это отверстіе ограничивается какъ бы полулунною складкою; проведя руку черезъ него къ головкѣ плода и придерживаясь передней стѣнки брюшной полости, я обошелъ головку и ощущалъ правую ручку. Затѣмъ, опустивъ руку ниже головки, я обошелъ послѣднюю сзади и подвигаясь выше, нащупалъ сначала наружный зѣвъ, а потомъ и всю матку. Она была цѣла, сокращена, пуста и лежала высоко, справа отъ позвоночника. Тогда для меня стало ясно, что все яйцо находится въ полости брюшины, проскользнувъ туда между маткой и мочевымъ пузыремъ черезъ разрывъ, образовавшійся въ переднемъ и въ боковыхъ сводахъ влагалища. Когда я извлекъ руку изъ послѣдняго, кровь хлынула сильной струей прямо на полъ. Влагалище тотчасъ было затампонировано кусками іодоформной марли. Принимая въ соображеніе внутреннее кровотеченіе и находженіе всего яйца въ полости живота, я остановился на лапаротоміи, какъ на способѣ, который въ данномъ случаѣ былъ, по моему мнѣнію,

наиболѣе цѣлесообразнымъ. Въ 12 ч. ночи въ присутствіи врачей больницы, Е. Н. Алексѣева, Е. Д. Богоявленскаго, А. Ф. Матвѣева, и трехъ акушерокъ я приступилъ къ лапаротоміи.

Такъ какъ оперировать пришлось внезапно среди ночи и при наскоро устроенной обстановкѣ, то строго провести правила антисептики не было возможности. Операция начата подъ легкимъ хлороформнымъ наркозомъ. Пульсъ былъ очень слабъ и повременамъ доходилъ до 150 въ 1'. Далѣе операция производилась безъ наркоза, такъ что къ концу ея больная была уже въ полномъ сознаніи. Разрѣзъ брюшной стѣнки проведенъ по бѣлой линіи отъ пупка книзу и оконченъ, не доходя до симфиза на 5-ть сантиметровъ. По вскрытіи полости брюшины, разрѣзаны были плодныя оболочки, которыя непосредственно прилегали къ передней брюшной стѣнкѣ; черезъ разрѣзъ оболочекъ вытекали околоплодныя воды, смѣшанныя съ жидкою кровью и большимъ количествомъ свертковъ послѣдней. Затѣмъ начато было извлеченіе плода за ручку. По введеніи другой руки въ полость брюшины, головка была освобождена, послѣ чего весь плодъ съ оболочками и плацентой быстро выскользнулъ наружу, а мѣсто, гдѣ онъ находился, тотчасъ же заполнилось кишечными петлями. Вслѣдствіе этого и значительнаго скопленія крови, матки не было видно; она находилась вправо отъ позвоночника въ поясничной области; отодвинувъ кишечникъ вверхъ, я вывелъ ее наружу. Диагнозъ, поставленный передъ операцией, вполне подтвердился: передній и боковые своды влагалища оказались разорванными, кромѣ того разрывъ продолжался на обѣ широкія связки, причемъ передніе листки послѣднихъ разорваны были до половины, по направленію вверхъ. Обильное кровотеченіе продолжалось. Первою моею мыслью было перевязать кровоточащіе сосуды широкихъ связокъ и сшить разрывъ, но кровотеченіе было настолько обильно, что я ничего не могъ разсмотрѣть въ глубинѣ, тѣмъ болѣе что полость брюшины освѣщалась только при помощи двухъ стеариновыхъ огарковъ, да и тѣ нельзя было держать очень близко, потому что съ одной стороны они мѣшали, а съ другой нужно было тщательно наблюдать, чтобы стеаринъ не попалъ въ полость брюшины. Послѣ нѣкотораго колебанія относительно дальнѣйшаго образа дѣйствій, я хотѣлъ ограничиться тампонадой изъ іодоформной марли. Наполнивъ пространство между пузыремъ и маткою губками и марлей, прижавъ къ нимъ послѣднюю, мнѣ, повидимому, удалось остановить кровотеченіе, но черезъ нѣсколько времени изъподъ марли стала просачиваться кровь и скопилась надъ ней. Удаливъ марлю и губки, я повторилъ тотъ же приемъ, который и вторично не привелъ къ желаемому результату. Операция затягивалась. Больная сдѣлалась блѣдна какъ полотно, наркозъ уже прошелъ, пульсъ слабѣлъ и еще участился, дыханіе останавливалось повременамъ, такъ что больную нужно было заставлять дышать. Положеніе было критическое. Тогда, вытянувъ матку, насколько это было возможно, изъ полости живота наружу, я опрокинулъ ее назадъ и, подведя подъ *portio vaginalis* эластическій жгутъ, захватилъ въ него остававшуюся часть влагалища въ соединеніи съ маткой, широкія, круглыя связки и *ligamento. infundibulo. pelvicum*. Такимъ образомъ жгутъ сверху

проходилъ черезъ *sacum Douglasii*, съ боковъ сжималъ вышеупомянутыя связки, а снизу пересѣкалъ остающуюся часть влагалища; надъ жгутомъ находилась матка, трубы и оба ячника; концы его ущемлены были въ щипцеобразный жомъ. Кровотеченіе тотчасъ остановилось; затѣмъ, при осмотрѣ матки, жгутъ выскользнулъ изъ зажима и кровотеченіе возобновилось. Снова тѣ же части были захвачены въ него, но при затягиваніи онъ оборвался, что опять повлекло за собой кровотеченіе. Однимъ изъ остатковъ жгута въ третій разъ захвачено тоже и концы его опять зажаты въ жомъ. Кровотеченіе прекратилось. Когда въ первый разъ я рѣшилъ наложить жгутъ вышеописаннымъ образомъ, то имѣлъ въ виду временную остановку кровотеченія, въ надеждѣ прибѣгнуть потомъ къ какому-нибудь оперативному способу. Въ виду тяжелаго состоянія больной одинъ изъ врачей, помогавшихъ мнѣ, опасаясь, что она умретъ на столѣ до окончанія операціи, предложилъ оставить матку въ такомъ положеніи внѣ полости брюшины и закрыть брюшную рану, но я не могъ согласиться съ этимъ вслѣдствіе того, что находилъ рискованнымъ и бесполезнымъ для больной оставить съ перетянутыми сосудами такой большой органъ, какъ послѣродовая матка. Поэтому я срѣзалъ ее съ придатками такимъ образомъ, что шейка была разсѣчена вдоль, причѣмъ передняя стѣнка послѣдней отошла вмѣстѣ съ тѣломъ матки, а задняя и боковыя, образуя изъ себя жолобъ, остались надъ жгутомъ и могли служить препятствіемъ къ соскальзыванію послѣдняго¹⁾. Подъ нимъ была еще наложена лигатура изъ толстаго шелка, въ виду того, что жгутъ, вслѣдствіе своей ломкости, былъ ненадеженъ; затѣмъ брюшина, выстилающая Дугласово пространство, пришита непрерывнымъ шелковымъ швомъ къ брюшинѣ передней стѣнки живота. Ножка укрѣплена въ нижнемъ углу раны двумя шелковыми швами съ каждой стороны, проходившими черезъ остатки связокъ надъ жгутомъ. Брюшная рана закрыта глубокими и поверхностными шелковыми швами. Зажимъ оставленъ и прижатъ своимъ свободнымъ концомъ къ брюшной стѣнкѣ. Культия посыпана іодоформомъ и закутана іодоформной марлей, затѣмъ наложена повязка, состоявшая изъ той же марли, салициловой и гигроскопической ваты. Тампонъ изъ іодоформной марли во влагалищѣ перемѣненъ. Операція продолжалась до 2-хъ часовъ ночи. Послѣ нея назначено было вино, возбуждающія, затѣмъ T-га *opii simpl.* по 4 капли черезъ 2 часа, а къ утру сдѣлано подкожное впрыскиваніе морфія. 26-го сильныя боли въ животѣ. Моча выводилась катетеромъ черезъ каждые 3 часа. T° у. 37,4°, п. 120 въ 1'. в. t°. 37,9°, п. 124 въ 1'.

27-го животъ все еще сильно вздутъ, въ немъ боли схватками. Утромъ тошнило и рвало нѣсколько разъ. Больная жалуется на стѣсненіе дыханія и боли подъ ложечкой. Немного слабило и отошли газы. T° у. 38°, п. 116 въ 1'; веч. 38,2°, 112 въ 1'.

28-го. Вздутіе живота уменьшилось; газы продолжали отходить *per*

¹⁾ Препаратъ матки находится въ музеѣ гинекологической клиники Императорской военно-медицинской академіи. (Проф. *К. Ф. Славянскій*).

gestum. Изъ влагалища отдѣлялась кровянистая жидкость. T° у. 38° , п. 108; веч. t° $38,2^{\circ}$, п. 104 въ 1'.

29-го. T° у. $37,7^{\circ}$, п. 88 въ 1'; веч. t° 38° , п. 100 въ 1'.

30-го. Тампонъ изъ влагалища удаленъ. Повязка перемѣнена. Ножка мумифицировалась. Боли въ животѣ и вздутіе его уменьшились. Больная пила бульонъ. Опій отмѣненъ и назначенъ морфій по 0,005 2—3 раза въ день. Спринцеваніе влагалища растворомъ сулемы 1 : 6000, 2 раза въ день. Пульверизація іодоформомъ въ входа во влагалище. T° у. $38,4^{\circ}$, п. 108; веч. t° $38,7^{\circ}$, п. 120.

31-го. Больная жаловалась на боли внизу живота и въ поясницѣ съ правой стороны. T° у. $38,2^{\circ}$, п. 108; веч. t° $38,3^{\circ}$, п. 100.

1-го ноября. Ночь спала хорошо. Самочувствіе лучше. T° у. $37,9^{\circ}$ п. 96; веч. t° $38,1^{\circ}$, п. 100.

2-го. Повязка перемѣнена, зажимъ удаленъ. Вокругъ ножки оказалось много гноя. Изъ влагалища выдѣлялся гной, нѣсколько окрашенный въ бурый цвѣтъ. T° у. $37,6^{\circ}$ п. 92; веч. t° 38° , п. 90.

3-го. Боли въ животѣ прекратились. Сонъ хорошъ. T° у. $37,4^{\circ}$, п. 88; веч. t° $37,6^{\circ}$ п. 90.

4-го. Появился кашель. Ночью была испарина. T° у. $37,3^{\circ}$, п. 90; веч. t° $37,7^{\circ}$, п. 94. Повязка мѣняется черезъ день.

5-го. T° у. $37,5^{\circ}$, п. 82; веч. t° $37,7^{\circ}$ п. 84.

6-го. T° у. $37,6^{\circ}$, п. 88; веч. t° $37,6^{\circ}$ п. 88.

7-го. Послѣ приѣма 15,0 Ol. ricini слабило много, такъ что вечеромъ было дано 4 капли T-rae Oprii simpl.

8-го. Сильная испарина. T° у. $37,4^{\circ}$, п. 90; веч. t° $37,5^{\circ}$, п. 82.

9-го. T° у. $37,4^{\circ}$, п. 84; веч. t° $37,6^{\circ}$, п. 84.

10-го. T° у. $37,4^{\circ}$, п. 80; веч. t° $37,3^{\circ}$, п. 84.

11-го. T° у. $37,3^{\circ}$, п. 82; веч. t° $37,5^{\circ}$, п. 84.

12-го. T° у. $37,2^{\circ}$, п. 80; веч. t° $37,3^{\circ}$, п. 72.

13-го. Ножка отдѣлилась, на мѣстѣ ея образовалось воронкообразное углубленіе, изъ котораго торчали клочки омертвѣвшихъ тканей. Жгутъ лежалъ глубоко на днѣ воронки и былъ удаленъ. Часть швовъ брюшной раны снята. T° у. $37,7^{\circ}$, п. 82; веч. t° 38° , п. 94.

14-го. Дано 15,0 Olei ricini, послѣ чего хорошо прослабило. Пульсъ и t° нормальны.

16-го. Испарина. Больная стала получать твердую пищу.

За все вышеозначенное время моча выводилась катетеромъ черезъ каждые 3 часа. Появилась муть въ мочѣ отъ прихвса слизи, вслѣдствіе чего назначено промываніе мочевого пузыря растворомъ азотнокислаго серебра. Испражнялась нѣсколько разъ.

20-го. При промываніи пузыря оказался мочевой песокъ.

22-го и 26-го. Были испражненія послѣ приѣма Ol. ricini.

27-го. Грануляціи хорошо выполняютъ воронкообразную полость.

30-го. Носовое кровотеченіе. Appetitъ у оперированной хорошъ.

2-го декабря. Моча стала прозрачнѣе и выпускается рѣже.

7-го декабря. Больная въ первый разъ повернута на бокъ и ей разрѣшено сгибать ноги.

11-го. Воронка значительно уменьшилась. При лежаніи на правомъ боку, оперированная почувствовала въ правой сторонѣ живота стрѣляющія боли, направившіяся отъ поясничной области къ мѣсту прикрѣпленія ножки.

13-го. Слабительныя отмѣнены и назначены большіе клистиры изъ воды.

14-го. Испарина продолжаетъ появляться.

15-го. Клистиры дѣйствуютъ хорошо.

17-го. Мочилась безъ помощи катетера и въ достаточномъ количествѣ. Моча свѣтла. Больная перешла на грубую пищу; аппетитъ очень хорошъ.

18-го. Опять моча выводится при помощи катетера.

23-го. Испарина стала меньше. Рубцеваніе воронки полное.

2-го января 90 г. Больная начала садиться.

4-го. Мочилась безъ посторонней помощи.

9-го. Количество мочи, остающееся въ пузырьѣ послѣ мочеиспусканія, уменьшилось. Разрѣшено ходить.

12-го. Испражняется при помощи катетера.

20-го. Больная пополнила, чувствуетъ себя хорошо.

22-го. Вечеромъ немного ослабло.

23-го. Ночью болѣлъ животъ и спина. T° у. $38,4^{\circ}$, п. 116; веч. t° $37,2^{\circ}$, п. 92. Печень чувствительна. Въ животѣ ничего особаго не замѣчено.

24-го. T° нормальна.

25-го. Больная чувствуетъ себя лучше. Назначено chinin. muriat. 0,3 два раза въ день.

29-го. Приемы хинина прекращены. Промываніе пузыря также оставлено.

30-го. Больная жалуется на схватки въ животѣ и жженіе подъ ложечкой. Клистиры прекращены и дано Natri bicarbon. 0,3 Codeini 0,005 по два порошка въ день.

3-го февраля. Массажъ живота. Жалобы на отсутствіе аппетита, сердцебіеніе и плохой сонъ. Больная нѣсколько похудѣла.

5-го. Фарадизація брюшной стѣнки. Послѣ сердцебіенія и ощущенія жара была сильная испарина. Небольшое самостоятельное испражненіе.

Въ теченіе всего февраля и марта больная пользовалась фарадизаціей и массажемъ живота, пила Эмсъ. Въ апрѣлѣ продолжалось то же лѣченіе; испражненія стали правильныя, только иногда приходилось прибѣгать къ помощи клистировъ. 15-го мая больная, чувствуя себя хорошо, оставила больницу. Все лѣто и осень она была здорова, желудочно-кишечный каналъ функционировалъ совершенно правильно, много лучше, чѣмъ до операціи, даже не смотря на грубую пищу. Въ декабрѣ Степанова вновь поступила въ больницу: у нея опять появился катарръ мочевого пузыря и colpitis, та и другая болѣзнь подъ вліяніемъ соответствующаго лѣченія быстро исчезли.

Просматривая литературу, относящуюся къ colporrhexis, мнѣ удалось собрать всего 80 случаевъ этого осложненія родо-

ваго акта. Не смотря на недостатокъ нѣкоторыхъ свѣдѣній въ описаніяхъ отдѣльныхъ наблюденій, можно сдѣлать болѣе или менѣе вѣроятныя заключенія, касающіяся условій и подробностей появленія *colporrhæxis*.

Полный или почти полный отрывъ влагалища отъ матки наблюдался въ 8-ми случаяхъ, разрывъ задняго свода въ 36-ти, передняго—въ 24-хъ, лѣваго—въ 6-ти и праваго—въ 2-хъ. Въ 4-хъ случаяхъ точно не обозначено, цѣлость какого свода рукава была нарушена. Иногда встрѣчалось сочетаніе отрыва, какъ передняго, такъ и задняго съ правымъ и лѣвымъ. Такъ сочетаніе отрыва послѣдняго съ заднимъ сводомъ отмѣчено въ 6-ти случаяхъ, а праваго—въ 2 хъ. Сочетаніе отрыва передняго съ лѣвымъ—въ 8-ми, а съ правымъ—въ 4-хъ случаяхъ.

На основаніи этихъ цифръ можно заключить, что чаще всего рвутся задній и передній своды и при томъ первый чаще послѣдняго (36 : 24). *Colporrhæxis* несомнѣнно появляется въ большинствѣ случаевъ у многорожавшихъ, а именно изъ 80-ти случаевъ въ 54-хъ были многорожавшія, въ 8-ми первородящія и въ 18-ти не обозначено, которые роды были осложнившіеся разрывомъ влагалища. Относительно положеній плода и предлежаній получились слѣдующія цифры. Головка предлежала въ 39-ти случаяхъ, лицо въ 3-хъ, ягодицы въ 2-хъ, ноги въ 1-мъ, колѣна въ 1-мъ. Поперечное положеніе съ выпаденіемъ ручки и безъ него отмѣчено въ 10-ти случаяхъ, и въ 24-хъ не обозначено, какъ положеніе плода, такъ и предлежаніе. Слѣдовательно, *colporrhæxis* встрѣчается чаще при предлежаніи головкой. Разрывъ свода влагалища произошелъ до совершенія операціи въ 51-мъ случаѣ, послѣ наложенія щипцовъ въ 13-ти, послѣ поворота и извлеченія плода въ 5-ти, при кефалотрипси въ 2-хъ (костью черепа), при попыткѣ извлечь послѣдъ въ 1-мъ, во время освобожденія головки при родахъ тазовымъ концомъ въ 1-мъ и, наконецъ, въ одномъ случаѣ прободеніе задняго свода рукава образовалось вслѣдствіе примѣненія маточныхъ душей, назначенныхъ для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Въ 6-ти наблюденіяхъ не обозначено,

когда именно произошло нарушение цѣлости влагалища. На основаніи приведенныхъ цифръ можно предположить, что разрывы сводовъ влагалища при родахъ чаще бываютъ самостоятельно.

Перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію причинъ colporrhexis и условій благоприятствующихъ появленію ея. *Berry Hart* ¹⁾ въ своей работѣ «*Къ анатоміи и этиологіи разрывовъ перитонеальной части влагалища во время родовъ*», поставилъ себѣ задачей объяснить анатомическую причину colporrhexis. Онъ разсматриваетъ измѣненія, происходящія въ шейкѣ матки и въ тазовомъ днѣ (pelvic floor) во время прохожденія черезъ нихъ младенца. Тазовое дно, по *B. Hart*'у, представляетъ толстый мясистый слой, раздѣленный влагалищемъ какъ бы щелью на передній и задній сегменты. Матка, шейка ея и сегменты тазоваго дна представляютъ одно цѣлое. Маточныя мышцы переходятъ въ шейку, передняя губа которой связана съ задне-верхнимъ угломъ передняго сегмента тазоваго дна, задняя же губа — съ верхнею и переднею частью задняго (сакрального). Эти сегменты не одинаково примыкаютъ къ тазовымъ частямъ: передній слабо (свободно) прикрѣпленъ къ тазу, сакральный же крѣпко соединенъ съ крестцомъ и копчикомъ. Во время родовъ продольныя мышцы матки, сокращаясь, тянутъ шейку и сегменты тазоваго дна кверху, имѣя же точку прикрѣпленія ввизу, должны удлиннить шейку, а такъ какъ послѣдняя связана съ сегментами тазоваго дна, то послѣдніе въ свою очередь подвергаются натяженію по направленію кверху. Сзади шейка соединена съ самой тонкой частью влагалищной стѣнки, спереди же она представляется болѣе крѣпкой. Такимъ образомъ ткани, на которыя дѣйствуютъ мышцы матки, не одинаковы по своей крѣпости, слѣдовательно, если напряжение будетъ очень сильно, онѣ могутъ разорваться и именно въ такомъ мѣстѣ, гдѣ онѣ всего слабѣе, что и бываетъ на самомъ дѣлѣ. Шейка даетъ разрывы чаще, чѣмъ рукавъ, при разрывахъ же

¹⁾ The Edinburgh Medical journal. vol XXIX July, 1883, p. 1—7.

послѣдняго, мѣстомъ нарушенія цѣлости служить преимущественно верхняя часть задней его стѣнки, покрытая брюшиной, и разрывъ обыкновенно бываетъ поперечный. Кромѣ того, при этомъ обыкновенно дѣйствуютъ и другія причины, а именно: болѣе значительное удлинненіе этой части влагалища, вслѣдствіе прижатія ея головкой плода, узкій тазъ, поперечное положеніе младенца, сильно увеличенная головка его и усиленные сокращенія матки. Такимъ образомъ *B. Hart* старается объяснить причину разрыва сводовъ влагалища во время родовъ. *Гугенбергеръ* ¹⁾, на основаніи литературныхъ данныхъ и личныхъ наблюденій, указываетъ на слѣдующіе этиологическіе моменты разрывовъ влагалища, а именно: тонкость и вялость его стѣнокъ, обусловленные предшествовавшими родами, узкій тазъ, большіе размѣры плода, сильныя судорожныя потуги вслѣдствіе злоупотребленія *secale cornutum*, неосторожное примѣненіе инструментовъ и узость влагалища. *Tirgare* ²⁾ высказываетъ почти все то же, что и *Гугенбергеръ*. *A. M. Clintock* ³⁾, разбирая причины *colporrhæxis*, относитъ къ наиболѣе существеннымъ слѣдующія: 1) болѣзненное состояніе влагалища, 2) несоотвѣтственность между объемомъ плода и емкостью таза и 3) костныя неправильности на внутренней поверхности его. Большинствомъ авторовъ (*Michaelis* ⁴⁾, *Boer* ⁵⁾ и друг.) узкій тазъ считается едва ли не самой главной причиной отрывовъ сводовъ влагалища. Дѣйствительно, суженіе таза обозначено въ 34-хъ случаяхъ изъ 80-ти; по всему вѣроятію, и въ нѣкоторыхъ изъ остальныхъ 46-ти наблюдалось то же, но не сообщено авторами. Сюда же, по всей справедливости, долженъ быть причисленъ и относительно узкій тазъ, т. е. тѣ случаи, гдѣ при нормальныхъ размѣрахъ его было несоотвѣтствіе между емкостью таза и подлежащею частью плода, какъ на примѣръ, при *Hydrocephala-*

¹⁾ l. c.

²⁾ Archives de Tocologie vol. VII 1888 p. 413—431 и 465—475.

³⁾ The Dublin Quarterly journal of Medical scienc vol. XLI 1866 p. 257—284.

⁴⁾ По Veit'y Müller's Handbuch der Geburtshülfe.

⁵⁾ По Veit'y Müller's Handbuch der Geburtshülfe.

lus, при большой головкѣ младенца, при выпаденіи ножекъ около нея и, наконецъ, при поперечномъ положеніи. Такихъ наблюдений 11 ¹⁾); слѣдовательно, присоединивъ ихъ къ 34-мъ, получимъ 45 случаевъ солрораггhexis гдѣ была замѣчена несообразность между величиною подлежащей части и емкостью таза. Если къ 45 причислить подлежанія лицомъ и случаи суженія таза вслѣдствіе опухолей, то получимъ еще большую цифру.

Просматривая описанія отдѣльныхъ наблюдений, не трудно согласиться съ мнѣніями вышеприведенныхъ авторовъ относительно причинъ солрораггhexis, но съ тѣмъ вмѣстѣ, нельзя не обратить вниманія на тотъ фактъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ отсутствовали важныя условія, благоприятствующія разрыву рукава, какъ это было, напримѣръ, въ 1-мъ наблюденіи *Schneider's* ²⁾), гдѣ крѣпкая и здоровая роженица, имѣвшая наклоненіе матки впередъ, получила поперечный разрывъ задняго свода влагалища. Тазъ былъ правильный и роды не представляли ничего ненормальнаго, кромѣ задержанія нѣсколько приросшаго дѣтскаго мѣста, удаленнаго врачомъ. Въ этомъ случаѣ *Schneider* признаетъ за этиологическій моментъ солрораггhexis, существовавшее неправильное положеніе матки. При отвисломъ животѣ, какъ извѣстно, дно ея обыкновенно отклоняется впередъ, а зѣвъ къзади къ крестцовой впадинѣ, головка вдавливаясь тогда нижнюю часть передней стѣнки шейки матки во влагалище, но зѣвъ не расширяется, при неправильномъ направленіи давленія потуги не дѣйствуютъ и роды часто тянутся по цѣлымъ днямъ. У первородящихъ разрыва свода не происходитъ, такъ какъ стѣнки его у нихъ очень крѣпки, за то у многорожавшихъ при подобныхъ условіяхъ вялое влагалище испытываетъ сильное напряженіе по направленію кверху и къзади; стѣнки его истончаются и дѣло можетъ дойти до разрыва ихъ. Такимъ образомъ *Schneider* объясняетъ вліяніе наклоненія матки впередъ на

¹⁾ Въ 3-хъ случаяхъ поперечное положеніе наблюдалось при узкомъ тазѣ, а потому они отнесены къ числу 34-хъ.

²⁾ Archiv f. Gynaekologie Bd. XXII, S. 309—317, 1884 г.

образование солропарггехис. Тѣ же условія существовали и въ двухъ случаяхъ, описанныхъ *Galabin*¹⁾; онъ говоритъ, что здѣсь не было ни сѣуженія таза, ни очень большой продолжительности родовъ, но за то матка находилась въ антеверсии, и вслѣдствіе этого усиленная потужная дѣятельность была направлена слишкомъ къ задней стѣнкѣ родового канала. *Veit*²⁾ не признаетъ важной роли за наклоненіемъ матки по отношенію къ разрыву влагалища. Однако, мы видимъ, что въ случаяхъ *Schneider*'а и *Galabin* отсутствуетъ несоразмѣрность между объемомъ плода и емкостью таза; акушерскихъ операций не производилось и костныхъ неправильностей на внутренней поверхности таза не наблюдалось, слѣдовательно отсутствовали тѣ причины, которыя признаются всѣми авторами за наиболѣе главныя солропарггехис. *B. Hart*³⁾, разсматривая этиологію разрывовъ влагалища, указываетъ на шейку матки, какъ на самую слабую часть родового канала. Наблюденія показываютъ, что collum uteri дѣйствительно чаще рвется при родахъ чѣмъ своды рукава; если это такъ, то самостоятельныя нарушенія цѣлости сводовъ могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ служить доказательствомъ сравнительной слабости ихъ. *Spiegelberg*⁴⁾ говоритъ: «однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрывъ представляетъ собою только результатъ рубца въ сводахъ, который не способенъ выдержать напора ребенка». *M. Clintock*⁵⁾, *Гугенбергеръ*⁶⁾ и др. придаютъ важное значеніе состоянію влагалища при солропарггехис. Мнѣ кажется, что нерѣдко существованіе рубцовъ въ сводахъ рукава у роженицъ остается не замѣченнымъ, мало того: небольшія нарушенія цѣлости влагалища во время родового акта если не всегда, то часто просматриваются по той причинѣ, что безъ достаточныхъ основаній родильницъ не подвергаютъ

1) Transactions of the obstetric soc. of London, vol. XX за 1878 г. London, 1879 г., p. 295—304.

2) Muller's Handbuch der Geburtshülfe.

3) l. c.

4) l. c.

5) l. c.

6) l. c.

изслѣдованію per vaginam. Въ началѣ моей акушерской практики въ 1883 году въ Рязанской губернской больницѣ за немѣніемъ краниокласта я произвелъ кефалотрипсию у роженицы съ узкимъ тазомъ и съ сильно выдающимся промонторіемъ; при слѣдующихъ родахъ у ней же я сдѣлалъ краниоклазію. Впослѣдствіи при осмотрѣ этой больной въ амбулаторіи больницы замѣчено существованіе небольшого рубца въ заднемъ сводѣ влагалища. Этотъ рубецъ былъ тѣсно спаянъ съ подлежащею костью. Очень можетъ быть, что при кефалотрипси, какъ это наблюдалось нѣкоторыми авторами, произошло нарушеніе цѣлости влагалищной стѣнки. Въ будущемъ не удивительно, если, при однихъ изъ послѣдующихъ родовъ, у больной образуется солпораггхис postica. Изъ наблюденія *Doherty* ¹⁾ видно, какъ немного нужно для того, чтобы произошелъ разрывъ свода рукава: больная его повернулась въ кровати, и уже одного этого было достаточно для разрыва влагалища, конечно, благодаря патологическому состоянію его стѣнки, оставшемуся какъ послѣдствіе прежнихъ родовъ. Наконецъ сравнительно частое появленіе разрывовъ у многорожавшихъ служитъ однимъ изъ вѣсскихъ доказательствъ того, какое важное значеніе имѣетъ состояніе стѣнокъ рукава для появленія солпораггхис. Узкій тазъ у многорожавшихъ можно разсматривать только, какъ предрасполагающую причину, дѣйствующую въ теченіе нѣсколькихъ предъидущихъ родовъ, а патологическія измѣненія стѣнокъ рукава должны быть отнесены къ числу ближайшихъ, непосредственныхъ причинъ солпораггхис. Судорожныя родовыя схватки, являющіяся самостоятельно, а также подъ вліяніемъ *secale cornutum* и другихъ ему подобныхъ средствъ, по наблюденіямъ *W. Goldson*'а ²⁾, *Lehman*'а ³⁾, *Гугенбергера* ⁴⁾, *Bell*'я ⁵⁾, *John-*

¹⁾ Dublin Quart. Journal March. 1842.

²⁾ Böer. Geburtshilfe. Wien, 1818 г.

³⁾ Monatschrift f. Geburtskunde Bd. XII. S. 415.

⁴⁾ Медицинскій отчетъ Родовспомогательнаго заведенія Воспитательнаго дома за 1876—1877 г.

⁵⁾ London Obstetric. Society. Transactions, vol. IV, 1863, p. 197.

ston'a ¹⁾ и др., должны быть отнесены къ числу предрасполагающихъ причинъ разрывовъ влагалищныхъ сводовъ. Дѣйствительно, если при несоразмѣрности между подлежащею частью и емкостью таза, а также при патологическомъ состояніи стѣнокъ рукава наступить усиленная потужная дѣятельность, разры ъ произойдетъ скорѣе, чѣмъ при умѣренныхъ или ослабленныхъ сокращеніяхъ матки. Костные выступы и опухоли стѣнки таза своимъ присутствіемъ съ одной стороны суживаютъ его, а съ другой—если они бываютъ болѣе или менѣе остры, продыравливаютъ рукавъ. На это обратилъ вниманіе *Hofmeier* ²⁾. *Mappes* ³⁾, *Thiriar* ⁴⁾ и др. наблюдали подобныя же случаи. Не только костные выступы въ тазу благопріятствуютъ образованію солпорраггhexis, но и другія опухоли, какъ напр. принадлежащія яичнику, могутъ способствовать появленію этого осложненія (*Luschka* ⁵⁾, *Berry* ⁶⁾). Вполнѣ соглашаясь относительно значенія разсмотрѣнныхъ этиологическихъ моментовъ, я позволю себѣ остановиться на нѣкоторыхъ обстоятельствахъ, могущихъ вліять на появленіе солпорраггhexis. Беременная матка представляетъ изъ себя тѣло, расширяющееся по направленію къ дну; въ покойномъ состояніи она до нѣкоторой степени, по своей формѣ, напоминаетъ клинъ, широкія поверхности котораго обращены впередъ и назадъ, въ этомъ можно убѣдиться разсматривая только что родившую матку. При родовыхъ сокращеніяхъ она приближается къ формѣ конуса, обращеннаго верхушкою внизъ и основаніемъ вверхъ. Матка, какъ извѣстно, покрыта серозною оболочкою и заключена въ полости, выстланной такою же оболочкой. Слѣдовательно, передвиженія этого органа въ брюшной полости совершаются весьма легко. При нормальныхъ условіяхъ, когда роженица начинаетъ натужи-

¹⁾ *Budin*. Des lesions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels. These. Paris. 1878 г.

²⁾ Zeitschrift t. Geburtsh. u. Gynaekologie Bd. X. 1884. S. 1—6.

³⁾ Schmidt's. Jahrb. Bd. 92. 1856. p. 397.

⁴⁾ Presse med. XXXII 21 Mai 1880 г.

⁵⁾ Monatschrift f. Geburtsh. Bd. 27 p. 267.

⁶⁾ London obst. Transact. VII. 1866 p. 263.

ваться, сокращающійся брюшной прессъ сдвливаетъ матку спереди назадъ и прижимаетъ ее къ позвоночнику, а діафрагма въ то же время осаживаетъ ее внизъ и такимъ образомъ изгоняющая сила матки подкрѣпляется въ значительной степени. Сдѣлаемъ предположеніе, что дѣйствіе брюшнаго пресса почему либо исключено, какъ это наблюдается при разрывахъ бѣлой линіи и расхожденіи прямыхъ мышцъ брюшной стѣнки. Последнее иногда бываетъ настолько велико, что внѣ беременности внутренніе края *m. recti abdominis* описываютъ овальное пространство, въ которомъ черезъ кожу легко ощупать петли кишечнаго канала, почки и другіе органы, помѣщающіеся въ брюшной полости. При беременности матка болѣе или менѣе вдвигается между прямыми мышцами, а при вертикальномъ положеніи наклоняется впередъ. Такое значительное расхожденіе *m. recti* замѣчается обыкновенно у многорожавшихъ съ узкимъ тазомъ, особенно, если предшествовавшіе роды были продолжительны и акушерская помощь не подавалась своевременно. У подобныхъ женщинъ во время родовъ матка при каждомъ сокращеніи еще болѣе наклоняется впередъ. Она почти совсѣмъ вылѣзаетъ изъ полости живота, такъ что по одному взгляду на матку можно сдѣлать заключеніе о выхожденіи дна и тѣла ея впередъ между разошедшимися прямыми мышцами брюшнаго пресса. При потугахъ прямая мышца стремятся сблизиться, вслѣдствіе чего ущемляютъ матку между собою; внутренніе края ихъ, пересѣкая широкія и круглыя маточныя связки, сгибаютъ послѣднія подъ угломъ, и такимъ образомъ укорачиваютъ ихъ. Это влечетъ за собою еще большее наклоненіе и даже загибъ матки впередъ. Діафрагма, сокращаясь одновременно съ брюшнымъ прессомъ, опускаетъ до извѣстной степени подвижные органы живота и протискиваетъ за матку кишечный каналъ, слѣдовательно, въ свою очередь нѣсколько способствуетъ тому же явленію. Обыкновенно при зятянувшихся родахъ кишечникъ вздувается и достигаетъ значительныхъ размѣровъ, что еще болѣе усиливаетъ указанное измѣненіе въ положеніи и формѣ матки.

Принимая въ соображеніе условія, въ которыя поставлена матка во время родовъ при полномъ расхожденіи прямыхъ мышцъ брюшной стѣнки, не трудно представить себѣ, какому давленію отъ подлежащей части, особенно когда это есть головка, долженъ подвергаться задній сводъ влагалища, на сколько онъ растягивается и какая опасность грозитъ ему разорваться. При подобныхъ обстоятельствахъ несоотвѣтствіе размѣровъ подлежащей части и таза, въ случаяхъ, гдѣ это имѣется на лицо, а также состояніе стѣнокъ влагалища должны быть приняты въ соображеніе. Мною взятъ самый рѣзкій примѣръ недостаточности брюшнаго пресса при родахъ, а такъ какъ отъ нормальнаго положенія прямыхъ мышцъ до полнаго расхожденія ихъ существуютъ переходныя формы, то и наклоненіе матки впередъ во время родового акта достигаетъ различныхъ степеней; соотвѣтственно этому растяженіе задняго свода влагалища должно быть весьма различно, равно какъ и предрасположеніе его къ *colporrhæxis postica*. Брюшной прессъ по *Schroeder*'у ¹⁾, имѣетъ важное значеніе для предупрежденія разрывовъ матки, къ которымъ, по его мнѣнію, тѣсно примыкаетъ нарушеніе цѣлости влагалища въ верхней его части. *Schroeder* предполагаетъ, что разрывъ произойдетъ гораздо чаще при недостаточной дѣятельности брюшнаго пресса. Въ подтвержденіе своего предположенія онъ приводитъ въ примѣръ многорожавшихъ, у которыхъ чаще наблюдается *ruptura uteri*, чѣмъ у первородящихъ. *Vert*, какъ я уже упомянулъ выше, считаетъ наклоненіе матки впередъ не важнымъ условіемъ для отрыва рукава, тѣмъ не менѣе сопоставленіе наблюденій *Schneider*'а и *Galabin* съ мнѣніемъ *Schroeder*'а и выше изложенными мною разсужденіями по этому вопросу заставляеть склониться въ сторону послѣднихъ авторовъ относительно вліянія такого положенія матки на образованіе разрывовъ задняго свода рукава.

Теперь сдѣлаемъ обратное предположеніе, т. е. возьмемъ случай съ нормальнымъ хорошо развитымъ брюшнымъ прессомъ

¹⁾ Учебникъ акушерства перев. съ 9-го изданія подъ редакціей проф. Рейна. Спб. 1888 г. стр. 611 и 621.

при параличѣ діафрагмы, или значительной ея слабости. Выше я уже замѣтилъ, что беременная матка въ покойномъ положеніи уподобляется до известной степени клину, а при сокращеніи—конусу, обращеннымъ основаніями вверхъ. Форма брюшной полости ¹⁾, судя по гипсовымъ препаратамъ проф. *His*, представляетъ изъ себя клинъ съ закругленнымъ основаніемъ, обращеннымъ къ діафрагмѣ. Верхушка этого клина лежитъ на Пупартовыхъ связкахъ и соотвѣтственно направленію ихъ ограничивается дугообразной линіей выпуклой книзу. Передняя поверхность этого клина бываетъ болѣе или менѣе выпукла, что зависитъ отъ состоянія кишечнаго канала. На задней поверхности находится продольное углубленіе, соотвѣтствующее позвоночнику. Оно доходитъ до promontorium и самое глубокое его мѣсто противъ 3-го и 4-го поясничныхъ позвонковъ. Постепенно расширяясь и становясь мельче, она исчезаетъ на сводѣ діафрагмы. Полость малаго таза въ видѣ круглаго выступа направляется къзади почти подъ прямымъ угломъ къ задней поверхности клина, слѣдовательно, благодаря такой формѣ полости живота, конусъ или клинъ, заложенные въ нее верхушкою внизъ, при сокращеніяхъ брюшнаго пресса должны стремиться ускользнуть по направленію вверхъ и тѣмъ болѣе, что во взятомъ нами случаѣ дѣятельность діафрагмы исключена, почему препятствія съ ея стороны не можетъ уже встрѣтиться. То же самое мы въ правѣ перенести на беременную матку, которая представляется похожею на клинъ или конусъ. Этотъ органъ, покрытый серозной оболочкой, при напряженіи брюшнаго пресса и параличѣ діафрагмы, можетъ легко скользить вверхъ и такимъ образомъ натягивать свои связки и влагалище, причемъ передняя стѣнка его, какъ наиболѣе короткая, особенно при отодвиганіи дна и тѣла матки назадъ, сокращающейся передней брюшной стѣнкой, должна натягиваться сильнѣе чѣмъ задняя. Такія условія несомнѣнно благоприятствуютъ происхожденію *colporrhæxis antica*. Конечно, въ дѣйствительности

¹⁾ *Губаревъ* «Хирургическая анатомія брюшной полости и операція при внутреннемъ ущемленіи кишекъ». Дисс. Москва 1887 г.

рѣдко встрѣчаются роженицы съ параличемъ діафрагмы, но ослабленіе послѣдней или несоотвѣтствіе въ силѣ между нею и брюшнымъ прессомъ, можетъ быть, и не такъ рѣдки, какъ это кажется на первый взглядъ. Въ большинствѣ случаевъ у рожавшихъ женщинъ дѣятельность діафрагмы и брюшнаго пресса не вполне гармоничны: у нихъ главнымъ образомъ наблюдается ослабленіе брюшнаго пресса. Если на самомъ дѣлѣ женщины съ значительно ослабленной діафрагмой встрѣчаются рѣдко, то всегда возможно подкрѣпить брюшной прессъ искусственнымъ путемъ и такимъ образомъ до извѣстной степени парализовать силу діафрагмы. Наблюденія показываютъ, что при существованіи препятствій для изгнанія плода, происходитъ растяженіе рукава и связокъ матки, вслѣдствіе чего послѣдняя отодвигается вверхъ иногда на столько высоко, что на другой день послѣ родовъ дно ея упирается въ края реберъ; обыкновенно вмѣстѣ съ тѣмъ она отклоняется, или вѣрнѣе отодвигается, въ сторону и почти постоянно вправо. Отодвиганію матки въ сторону при подобныхъ условіяхъ способствуетъ позвоночникъ, который, выдаваясь въ полость живота по срединѣ, уменьшаетъ переднезадній размѣръ ея; при этомъ по бокамъ его образуются углубленія, куда соскальзываетъ и помѣщается матка. Она у такихъ родильницъ представляется какъ бы свободнымъ тѣломъ, которое легко можно опускать внизъ и передвигать изъ стороны въ сторону. Связь ея съ тазомъ скорѣе можно предположить, чѣмъ непосредственно ощутить черезъ брюшную стѣнку. Указанное явленіе обыкновенно наблюдается у многорожавшихъ съ узкимъ тазомъ послѣ продолжительныхъ родовъ. Подобное растяженіе рукава и связокъ повидимому въ большинствѣ случаевъ влечетъ за собой на столько стойкія измѣненія ихъ, что вслѣдъ за новыми родами у подобныхъ родильницъ, не смотря на своевременную подачу акушерской помощи, наступаютъ тѣ же самыя явленія. Я позволю себѣ обратить особое вниманіе на послѣродовое отхожденіе матки съ растянутымъ влагалищемъ и связками въ подреберныя области при положеніи родильницы на спинѣ, даже съ приподнятыми нѣсколько пле-

чами. Этотъ фактъ до извѣстной степени служить подтвержденіемъ высказаннаго предположенія, что беременная матка, которая хотя и разнится вѣсколько по своей формѣ отъ послѣродовой, имѣетъ стремленіе при положеніи беременной или роженицы на спинѣ, особенно когда наступаетъ сокращеніе брюшнаго пресса, отодвигаться вверхъ. Близъ Рязани деревенскія повитухи, когда роды затянутся, примѣняютъ способъ, который носитъ названіе *отведенія золотника* ¹⁾). Какъ производится эта манипуляція, я не видалъ, но, судя по рассказамъ рожениць и больныхъ крестьянокъ, сущность этого способа заключается въ приподнятій матки. Въ деревняхъ нерѣдко рожать стоя, особенно когда роды затягиваются; тутъ предпринимаются самыя разнообразныя мѣры: встряхиваніе рожениць, для чего ее приподнимаютъ на рукахъ и т. п. Если мы поставимъ на ноги роженицу съ такимъ растяженіемъ бѣлой лпни, что матка свободно проходитъ между прямыми мышцами, то не трудно представить, насколько велико будетъ наклоненіе и загибъ ея впередъ.

Такое положеніе и измѣненіе формы матки, какъ уже извѣстно, представляетъ существенное препятствіе для изгнанія плода. Видъ подобной роженицы не могъ не навести даже деревенскую повитуху на мысль о приподнятій наклоненной и согнувшейся впередъ матки. Отсюда, вѣроятно, возникъ способъ, названный отведеніемъ золотника, и весьма возможно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, съ примѣненіемъ его, препятствіе устранялось и давно ожидаемое окончаніе родовъ наступало. Мѣстомъ приложенія силы для приподнятій и выпрямленія матки служатъ въ подобныхъ случаяхъ передняя сторона ея. при чемъ неизбежно происходитъ напряженіе передняго свода. вслѣдствіе того, что матка, благодаря своей формѣ, будетъ стремиться изъ-подъ давленія выскользнуть вверхъ. Если передній сводъ влагалища будетъ не достаточно крѣпокъ, или же прилагаемая сила чрезмерно велика, можетъ произойти отрывъ его отъ

¹⁾ Золотникомъ называется матка.

матки. Условія не измѣняются и въ томъ случаѣ, когда роженица ляжетъ на спину, только наклоненіе и загибъ матки будутъ тогда менѣе выражены. Если же при подобныхъ обстоятельствахъ матку предоставить самой себѣ, то, какъ я уже выше замѣтилъ, опасность грозитъ заднему своду, что и подтверждается наблюдениями *Schneider*'а и *Galabin*. Въ дѣйствительности ничто не мѣшаетъ наклоненію и загибу ея впередъ у роженицъ съ отвислымъ животомъ. По всей вѣроятности, въ этомъ кроется причина преобладанія разрывовъ задняго свода надъ переднимъ. Объяснять относительную частоту *colporrhæxis postica* случайностью, какъ это дѣлаетъ *Гаринъ*¹⁾,— едва ли возможно. До сихъ поръ, говоря о причинахъ *colporrhæxis*, я имѣлъ въ виду исключительно самопроизвольные разрывы влагалищныхъ сводовъ, теперь перейдемъ къ разсмотрѣнію внѣшнихъ насилій, которыя не разъ обуславливали это патологическое явленіе. Травматическія поврежденія, по своему происхожденію, здѣсь могутъ быть подраздѣлены на чисто случайныя, какъ-то, паденіе съ кровати (*Danyau*²⁾), удары въ животъ (*Moldenhauer*³⁾ *Fowler*⁴⁾), и на такія, которыя появились вслѣдъ за совершеніемъ акушерскихъ операцій и могутъ быть приписаны исключительно имъ, какъ на примѣръ, послѣ употребленія душа съ цѣлью вызвать преждевременные роды (*Tarnier*⁵⁾), послѣ наложенія щипцовъ, поворота, извлеченія плода и кефалотрипсиса и т. п. (*Laschappelle*⁶⁾), *Hyernaux*⁷⁾), *Herrgott*⁸⁾), *M. Moysant*⁹⁾), *H. Smith*¹⁰⁾), *M. Petit*¹¹⁾), *Schneider*¹²⁾),

1) l. c. 1044 стр.

2) Memoires de la société des chirurg à Paris. T. II, 1890.

3) Zeitschrift f. Geburtshülfe. T. VI.

4) Schmidt's Jahrb. Bd. 121. S. 327. 1863.

5) Budin. l. c. d. 62.

6) Pratique des accouchem. T. III, p. 193, c. 1885 года.

7) Smidt's Jahrb Bd. 127. 1865. S. 1865.

8) Budin l. c., p. 55.

9) Presse médicale Belge. 17 année 186. p. 77.

10) Obstetric. Transactions vol. XVII, p. 359. 1875. London.

11) Budin l. c. p. 51

12) l. c.

*Nieprasch*¹⁾, *Mondier*²⁾, *Славянский*³⁾ и др.). Особого вниманія заслуживаетъ случай *Tarnier*: у женщины съ узкимъ тазомъ на 8-мъ мѣсяцѣ беременности были предприняты преждевременные роды. Сначала назначены маточные души, которые производились лицомъ уже опытнымъ въ этомъ дѣлѣ и въ присутствіи самого *Tarnier*. Вначалѣ ничего особаго не замѣчалось, однако вскорѣ рука, положенная на животъ беременной, ощущала вибрацію; когда душъ былъ оконченъ, беременная не могла дойти сама до постели, такъ что ее вынуждены были отнести и положить. Четверть часа спустя, появился сильный ознобъ, лице измѣнилось, поблѣднѣло, ощущались боли въ ери-gastrium, пульсъ ускорился и сталъ малъ. Затѣмъ наступила тошнота и рвота. Тѣмъ не менѣе роды пошли. Ночь была проведена дурно. Общій видъ роженицы на другой день измѣнился къ худшему. Подстилка оказалась смоченной кровянистою жидкостью. Въ 6 часовъ вечера наступило полное открытіе зѣва. Состояніе больной было весьма тяжелое. По изслѣдованіи, оказался передній видъ лѣваго крестцово-подвздошнаго положенія. Въ 10 часовъ при помощи пальца, введеннаго въ пахъ, плодъ извлеченъ безъ затрудненія. Черезъ нѣсколько часовъ родильница умерла. Первые роды 4 года тому назадъ у нея были окончены кефалотрипсіей. За отсутствіемъ *Tarnier*, вскрытіе произведено *Pajot*. Въ полости живота найдено умѣренное количество серозно-кровянистой жидкости. Растянутый кишечникъ имѣлъ пятнистый видъ, вслѣдствіе трупной имбибаціи. Матка вяла и мягка, сзади ея, на уровнѣ Дугласовыхъ складокъ, замѣчено широкое черное пятно, имѣвшее экхимотическій или гангренозный видъ. Слѣва матки, со стороны брюшины, въ мѣстѣ, соответствующемъ заднему своду влагалища, замѣчалась подсерозная инфильтрація, занимавшая широкую поверхность, въ центрѣ которой видно было четыре отверстія въ видѣ дыръ

1) Berliner klinische Wochenschrift № 27. S. 388. 1880 г.

2) Gazette médicale. 1837. p. 88.

3) Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней. Т. I, стр. 149. Спб. 1888 г.

лейки. На соответствующемъ мѣстѣ въ заднемъ сводѣ, со стороны влагалища найдено было чернаго цвѣта пространство, имѣвшее гнилостный видъ, въ центрѣ котораго была обширная потеря вещества съ неправильными и зіяющими краями. Въ этомъ мѣстѣ существовало сообщеніе съ полостью брюшины, посредствомъ четырехъ вышеупомянутыхъ отверстій. Кровянистая инфильтрація распространялась по всему малому тазу и окрашивала окружающія части. На брюшинѣ, около описаннаго пораженія замѣчалось нѣсколько небольшихъ фибринозныхъ отложеній. Остальные органы были совершенно здоровы. *Tarnier* продѣлалъ нѣсколько опытовъ съ помпою, которую онъ обыкновенно употреблялъ для маточныхъ душей, при этомъ оказалось, что, при наибольшемъ давленіи, жидкость изъ помпы выбрасывалась на разстояніе, равное 9-ти метрамъ, 35-ти сантиметрамъ.

На трупѣ ударъ такой струи, направленный въ одно и то же мѣсто влагалища, прободалъ его въ теченіе 10 минутъ ¹⁾). Наблюденія и опыты *Tarnier* показываютъ, насколько необходимо при оцѣнкѣ причинъ *colporrhæxis* имѣть въ виду значеніе маточныхъ душей, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ они употреблялись съ цѣлью вызвать искусственные преждевременные роды, особенно у многорожавшихъ. Я потому остановился на случаѣ *Tarnier*, что и мною, какъ это видно изъ описанія II-го наблюденія, примѣнялась та же операція и для той же цѣли. Есть авторы, которые видятъ причину разрывовъ сводовъ рукава главнымъ образомъ въ производствѣ акушерскихъ операцій. *Budin* ²⁾), основываясь на собранныхъ имъ наблюденіяхъ, говоритъ, что растяженіе, которое испытываетъ влагалище, и деганіе, которому оно подвергается, въ случаяхъ, гдѣ подлежащая часть не можетъ встаться, наконецъ давленіе, могущее происходить на нѣкоторыя мѣста его стѣнокъ, должны быть

¹⁾ При производствѣ душей у больной, по утверженію *Tarnier*, струя выбрасывалась на разстояніи 5 метровъ 25 сантиметровъ, слѣдовательно ударъ ея былъ почти на половину слабѣе.

²⁾ I. c. p. 49.

разсматриваемы только какъ предрасполагающія причины. Онѣ благопріятствуютъ разрыву рукава въ тотъ моментъ, когда акушеръ вмѣшивается. Такой способъ происхожденія солроparthexis *Budin* считаетъ за наиболѣе вѣроятный. *Гаринъ*¹⁾ высказываетъ: «надо думать, что болѣе обыкновенная частая причина разрывовъ сводовъ нѣсколько иная и гораздо проще, чѣмъ могло бы казаться съ перваго раза», т. е. появленіе ихъ, по мнѣнію *Гарина*, зависитъ чаще отъ насильственныхъ дѣйствій акушерскихъ инструментовъ. Въ подтвержденіе своего мнѣнія онъ ссылается на пр. *К. Ф. Славянскаго*²⁾, но это не совсѣмъ вѣрно, такъ какъ профессоръ говоритъ, что большею частью поврежденія влагалища при родахъ происходятъ самостоятельно и только въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ они наносятся акушерскими инструментами или рукою при производствѣ поворота. Съ мнѣніемъ *Budin* и *Гарина* совершенно согласиться нельзя, но, съ другой стороны, я не могу взять на себя смѣлость утверждать, что во всѣхъ 51 случаяхъ, отнесенныхъ мною къ числу самостоятельныхъ разрывовъ, послѣдніе наступили исключительно сами по себѣ, безъ какого либо насилія, напр. въ видѣ невѣжественной помощи простой повитухи и т. п., тѣмъ болѣе, что въ обоихъ моихъ наблюденіяхъ, вошедшихъ въ число 51, какъ мы увидимъ ниже, остается подозрѣніе на возможность, хотя бы и въ незначительной степени, насилія. Точно также я далекъ отъ мысли, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ разрывъ свода констатированъ былъ послѣ производства акушерской операціи, исключительно виновата неосторожность и неумѣлость оперировавшаго уже по одному тому, что это осложненіе можетъ встрѣчаться самостоятельно. Сравнительно частое появленіе солроparthexis у многорожавшихъ (54:8) подтверждаетъ только что сказанное.

Дѣйствительно, если бы отрывъ сводовъ появлялся только какъ слѣдствіе акушерскихъ операцій, то на какомъ основаніи первородящія были бы болѣе гарантированы отъ образованія сол-

¹⁾ 1. с. ст. 1045.

²⁾ 1. с. ст. 148.

porarhexis, чѣмъ многорожавшія, тѣмъ болѣе, что напр. наложенію щипцовъ женщины чаще подвергаются при первыхъ родахъ, нежели при послѣдующихъ; по крайней мѣрѣ мои личныя наблюденія не идутъ въ разрѣзъ съ этимъ фактомъ. Здѣсь я не имѣю въ виду узкій тазъ, а наиболѣе частое явленіе, дающее показаніе къ наложенію щипцовъ, это—слабость потугъ и другія осложненія родовъ, требующія той же операціи. Иногда по характеру поврежденій можно судить, къ какому разряду долженъ быть отнесенъ тотъ или другой случай, т. е. къ самопроизвольнымъ или къ искусственнымъ. Такъ разрывы, зависящіе отъ примѣненія инструментовъ, образуются обыкновенно въ тѣхъ мѣстахъ влагалища, гдѣ проходили ихъ ложки, если это, напри- мѣръ, были щипцы или кефалотрипторъ (*Славянский*) ¹⁾. Поперечный или косой разрывъ, направляющійся по columna gigantum, въ большинствѣ случаевъ происходитъ отъ инструментальной травмы (*Freund*) ²⁾. Несомнѣнно, есть и такіе случаи, которые могутъ служить подтвержденіемъ предположенія, высказаннаго *Budin*, т. е. что вмѣшательство акушера обыкновенно причиняетъ разрывъ, тогда какъ все остальное служитъ только благопріятствующими условіями для его происхожденія. Конечно, останутся наблюденія, гдѣ очень трудно рѣшить вопросъ, чему отдать предпочтеніе, тѣмъ ли причинамъ, которыя *Budin* считаетъ за предрасполагающія, или же вмѣшательству акушера. Въ моемъ первомъ случаѣ поперечное положеніе плода слѣдуетъ считать однимъ изъ главныхъ условій происхожденія colporarhexis. Почему у роженицы произошелъ разрывъ свода рукава, а не матки, можно объяснить себѣ меньшею крѣпостью его вслѣдствіе какого-либо патологическаго процесса, существовавшаго до родовъ или появившагося въ теченіе ихъ, но какая была причина разрыва передняго свода, а не какого либо другаго,—это остается совершенно не выясненнымъ. Мнѣ кажется, что здѣсь возможны только два предположенія, а именно: первое—это сравнительная слабость передняго свода относи-

¹⁾ l. c. стр. 199

²⁾ Gynaekol. klinik. 1885. S. 162.

тельно остальных и второе—нѣкоторыя манипуляціи, принимаемыя деревенскими повитухами при зятянувшихся родахъ, въ числѣ которыхъ отведеніе золотника могло играть не маловажную роль. Во второмъ наблюденіи мы имѣемъ узкій тазъ, растяженіе бѣлой линіи, наклоненіе матки впередъ, преждевременные роды, вызванные маточными душами, наложеніе щипцовъ при зятянувшихся двухъ первыхъ родахъ; слѣдовательно почти всѣ условія, которыя обыкновенно приводятся авторами для объясненія происхожденія *colporrhæxis*. Подъ вліяніемъ двухъ первыхъ родовъ влагалище не могло не пострадать, не могло не растянуться, равно какъ и маточныя связки. Двое послѣдующихъ родовъ вслѣдствіе того, что они были преждевременные, не вызвали отрыва влагалища отъ матки и только пятые, почти срочные, осложнились *colporrhæxis*. Маточныя души, принимая во вниманіе наблюденіе *Tarnier*, могли при измѣненномъ уже предъидущими родами рукавѣ, съ своей стороны, способствовать разрыву его. Одно остается темнымъ, почему лопнулъ не задній, а передній сводъ, когда существовало растяженіе бѣлой линіи и наклоненіе матки впередъ, именно тѣ условія, которыя, по наблюденіямъ *Schneider*'а и *Galabin*, могутъ приводить къ *colporrhæxis postica*, даже при нормальномъ тазѣ. Въ 8 часовъ вечера, т. е. часа за полтора до появленія этого осложненія я видѣлъ роженицу; у нея уже стали развиваться потуги, при чемъ матка далеко выдавалась впередъ. Обративъ вниманіе на это явленіе, я высказалъ мысль акушеркѣ и дежурному интерну, что хорошо бы въ подобныхъ случаяхъ придерживать матку и не позволять ей при потугахъ такъ далеко выдаваться впередъ, чѣмъ движенію содержимаго ея представляется препятствіе, такъ какъ оно, уклоняясь отъ надлежащаго направленія, упирается въ задній сводъ и крестецъ. Высказавъ это, я показалъ какъ слѣдовало бы, по моему мнѣнію, придерживать матку; упираясь ладонями и пальцами рукъ въ переднюю стѣнку, которая лежала непосредственно подъ растянутою кожею и другими слоями брюшной стѣнки за исключеніемъ мышечнаго, я прижималъ матку во время потуги

къ позвоночнику, наблюдая при этомъ, чтобы она не отходила вверхъ. Посовѣтовавъ продолжать этотъ приемъ, я оставилъ больницу.

Мысль о придерживаніи матки при родахъ бинтомъ не нова, и есть поклонники наложенія его на животъ рожениць. Недавно д-ръ *Alfred Chadwick* ¹⁾, основываясь на своихъ наблюденіяхъ, произведенныхъ надъ 3,000 родовъ, горячо высказался за наложеніе акушерскаго бинта съ самаго начала ихъ, а у женщинъ съ отвислымъ животомъ онъ совѣтуетъ бинтованіе его въ теченіе послѣднихъ мѣсяцевъ беременности, родовъ и 2-хъ мѣсяцевъ послѣ нихъ. Я предложилъ для удерживанія матки ручной приемъ, который послѣ моего отъѣзда практиковался. Ничего нѣтъ невѣроятнаго, что въ одну изъ потугъ матка, благодаря своей формѣ, а также формѣ брюшной полости, о чемъ уже было выше подробно объяснено, изъ подъ-рукъ могла скользнуть вверхъ, натянуть передній сводъ, который вслѣдствіе предшествовавшихъ обстоятельствъ, не отличаясь надлежащей крѣпостью, лопнулъ. Въ данномъ случаѣ брюшная пресса подкрѣплялась, или лучше сказать замѣнялась ручнымъ давленіемъ, а сила діафрагмы оставалась та же, почему матка должна была подаваться вверхъ, а при такомъ положеніи вещей наибольшее натяженіе испытывается переднимъ сводомъ, который и оказался несостоятельнымъ. Конечно все это—ни болѣе ни менѣе, какъ только мое предположеніе. Если оно согласно съ дѣйствительностью, то невольно возникаетъ мысль объ опасности наружнаго поворота (*Wigand*) при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ, какъ на примѣръ, при патологическомъ состояніи влагалища, особенно если слѣдовать совѣту *Kilian*'а, хотя проф. *Красовскій* ²⁾ и говорятъ, что до сихъ поръ неизвѣстно ни одного случая, въ которомъ наружный поворотъ можно было бы считать причиною смерти роженицы, но слѣдуетъ принять въ соображеніе и то, что далеко не всѣ врачи могутъ равняться по

¹⁾ The Lancet. April. 26. 1890 г.

²⁾ Оперативное акушерство. Спб. 1889 г. ст. 450.

техникѣ, а также по правильной постановкѣ показаній къ наружному повороту. То же самое разсужденіе можетъ относиться къ смѣшанному повороту *Braxton Hicks*'а. Въ предположеніи, что разрывъ свода влагалища можетъ образоваться при совершеніи вышеупомянутой операціи, меня утверждаютъ тѣ 5-ть наблюденій, гдѣ *colporrhæxis* была констатирована послѣ поворота и извлеченія плода. Я позволилъ себѣ нѣсколько долѣе остановиться на этой операціи въ виду возможнаго вліянія ея на образованіе *colporrhæxis* и принимая въ соображеніе судебно-медицинское значеніе подобныхъ случаевъ.

Относительно распознаванія разрывовъ сводовъ рукава можно сказать, что оно въ однихъ случаяхъ бываетъ очень легко, а въ другихъ затруднительно. Все будетъ зависѣть съ одной стороны отъ того, сопровождалась ли *colporrhæxis* рожденіемъ плода или выходеніемъ его въ полость брюшины и съ другой—насколько велико нарушеніе цѣлости вагины. Когда разрывъ свода бываетъ великъ и содержимое матки выходитъ въ полость живота, наступаютъ слѣдующія явленія: родовыя схватки прекращаются, животъ становится плоске, но черезъ нѣсколько минутъ кишечникъ вздувается, а потому животъ снова увеличивается, изъ половыхъ органовъ выдѣляется кровь, пульсъ значительно учащается и дѣлается малымъ. Роженица находится въ страхѣ и жалуется на боли. Однимъ словомъ явленія при *colporrhæxis* тѣ же, что и при *ruptura uteri*. Ощупываніе частей плода подъ брюшными покровами еще болѣе увеличиваетъ это сходство, только изслѣдованіе *per vaginam*, если возможно проникнуть до мѣста разрыва или черезъ него въ полость брюшины, выясняетъ съ чѣмъ имѣется дѣло. При *colporrhæxis* матка находится сократившейся и цѣлой, что даетъ основаніе точно установить діагнозъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда разрывъ бываетъ замѣченъ уже послѣ рожденія младенца *per vias naturales*, распознаваніе не представляетъ особыхъ затрудненій, но если нарушеніе цѣлости свода не велико и, особенно, когда при томъ брюшина осталась не поврежденной, оно легко можетъ быть просмотрѣно.

Предсказаніе при солпорарrhexis весьма затруднительно вслѣдствіе рѣдкости этого явленія. Литературныя данныя, которыя я имѣю, обнимаютъ слишкомъ большой періодъ времени и захватываютъ различныя стадіи развитія акушерства. Масса случаевъ проведена не антисептически, а потому по отношенію къ предсказанію не могутъ быть разсматриваемы съ современной точки зрѣнія. Едва ли возможно и въ ближайшемъ будущемъ дѣлать предсказанія при солпорарrhexis, такъ какъ роженицы съ этимъ осложненіемъ въ большинствѣ случаевъ поступаютъ въ надлежащія руки уже послѣ того, какъ онѣ находились въ самыхъ неблагопріятныхъ условіяхъ по отношенію къ антисептикѣ, что конечно не можетъ не вліять на исходы и значительно колеблетъ предсказаніе. Изъ 80-ти случаевъ разрывовъ влагалища, которые имѣются у меня, въ 54-хъ наступила смерть, въ 25-ти—выздоровленіе и въ 1-мъ—исходъ неизвѣстенъ. На основаніи этихъ цифръ, % смертности равняется 67,5 слѣдовательно большинство больныхъ погибло.

Смертельный исходъ зависитъ отъ: воспаленія брюшины, шока, септического зараженія и кровотеченія. Пять роженицъ скончались не разрѣшившись отъ бремени. (*Boer*¹⁾ *Mile*²⁾, *Seibold*³⁾, *Saviard*⁴⁾, наблюденіе I-е). Итакъ, смерть наступила отъ тѣхъ же причинъ, отъ которыхъ обыкновенно умираютъ съ разрывомъ матки. Въ виду нѣкоторыхъ особенностей описаннаго мною наблюденія (II-е), я остановлюсь далѣе на кровотеченіи, какъ на одной изъ выдающихся причинъ смерти при солпорарrhexis. Хотя и говорятъ (*Гугенбергеръ* и др.), что кровотеченіе при этомъ чаще бываетъ умѣренное, тѣмъ не менѣе оно не разъ было причиною смерти. Если не всегда больныя истекали кровью на глазахъ у врачей, то во всякомъ случаѣ большія потери ея способствовали истощенію и развитію септического зараженія, которыя быстро приводили къ смер-

1) Geburtshülfe in 7 Büchern. Wien. 1810.

2) Гугенбергеръ.

3) l. c.

4) l. c.

тельному исходу. (*Lehman*¹⁾, *Martin*²⁾, *Fowler*³⁾, *E. Picard et Michel Rey*⁴⁾, *B. Hicks*⁵⁾, *I. Thiriar*⁶⁾, *Galabin*⁷⁾, *A. M. Clintock*⁸⁾, *Dührssen*⁹⁾, *Munde*¹⁰⁾, *Mondiere*¹¹⁾, *Гугенбергеръ*¹²⁾, *Moldenhauer*¹³⁾, *Гаринъ*¹⁴⁾, *Beeby*¹⁵⁾, *Knoff*¹⁶⁾ и др.).

Больныя съ солпораргхемис по отношенію къ лѣченію должны быть раздѣлены на двѣ группы; къ первой—слѣдуетъ отнести тѣхъ, которыя еще не родили, причѣмъ плодъ весь или только отчасти выступилъ въ брюшную полость; ко второй—тѣхъ, у которыхъ былъ замѣченъ разрывъ влагалища послѣ рожденія младенца, или во время одной изъ операцій, предпринятой съ цѣлью родоразрѣшенія. Это дѣленіе на двѣ группы, по своему существу, даетъ понять, что больныя, отнесенныя къ первой изъ нихъ, до лѣченія разрыва рукава должны еще подвергнуться той или другой акушерской операціи для удаленія плода и послѣда. При солпораргхемис съ выхожденіемъ всего младенца или части его въ брюшную полость обыкновенно предпринимались слѣдующія операціи: поворотъ на ножку съ извлеченіемъ, наложеніе щипцовъ, краніотомія и наконецъ лапаротомія, произведенная *Galabin* только для извлеченія дѣтскаго мѣста изъ полости живота и—мною для удаленія плода и послѣда. Вслѣдъ за разрывомъ свода рукава, въ полость брю-

1) Гугенбергеръ.

2) l. c.

3) l. c.

4) l. c.

5) *Lancet* 23 Jun 1869 p. 119.

6) l. c.

7) l. c.

8) l. c.

9) *Berliner Klin. Wochenschr.* 1888 № 1 S. 8.

10) *Annales de Gynécologie.* 1887. Janvier p. 71.

11) l. c.

12) l. c.

13) l. c.

14) l. c.

15) *The British Med. Journ.* 1879. Vol. I p. 76.

16) *Deutsche Klinik.* 1853 № 42 S. 462.

шины происходит изліяніе крови и околоплодныхъ водъ, туда же попадаетъ *mesonium* и *vernix caseosa*, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда все яйцо выступаетъ въ животъ. Хотя проф. *Schroeder*¹⁾ говоритъ, что *vernix caseosa* и первородный калъ сами по себѣ не влекутъ зараженія, тѣмъ не менѣе всѣ эти скопленія въ брюшинѣ могутъ служить прекрасной питательной средой для различныхъ микроорганизмовъ, поступленіе которыхъ весьма легко при открытой ранѣ и при тѣхъ акушерскихъ операціяхъ, о которыхъ только что было сказано. Рассмотримъ теперь каждую операцію отдѣльно по отношенію къ матери, такъ какъ жизнь младенца здѣсь не можетъ играть никакой роли: онъ почти всегда погибаетъ въ случаяхъ *solroragrhesis*, отнесенныхъ къ первой группѣ. Для поворота на ножку необходимо войти въ полость живота рукою, растянувъ при этомъ образовавшійся разрывъ свода, и затѣмъ уже совершить самый поворотъ плода, расположившагося между петлями кишечнаго канала; при такой операціи, конечно, органы матери подвергаются травмѣ и возможность занесенія септического яда весьма велика. При наложеніи щипцовъ происходитъ нѣчто подобное, но, по всей вѣроятности, травма внутреннихъ органовъ при осторожномъ примѣненіи этого инструмента происходитъ въ меньшей мѣрѣ и ограничивается главнымъ образомъ только областью разрыва. Краниоклазія, особенно при узкомъ тазѣ, по всѣмъ даннымъ наиболѣе цѣлесообразна. Само собой разумѣется, что, говоря о двухъ послѣднихъ операціяхъ, я имѣлъ въ виду только тѣ случаи, когда головка находится въ разрывѣ и ее можно фиксировать черезъ брюшные покровы. По удаленіи плода и послѣда, кровотеченіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ несомнѣнно усиливается по той причинѣ, что внутрибрюшное давленіе уменьшается и, если можно такъ выразиться, самопроизвольная тампонада исчезаетъ. Очищеніе брюшины отъ всего того, что загрязнило ея, конечно, невозможно, особенно, если припомнить форму полости живота, изображен-

¹⁾ 1. с. ст. 616.

ную на препаратахъ пр. *His'a*. Въ заключеніе обо всѣхъ трехъ упомянутыхъ операціяхъ можно съ полнымъ правомъ сказать слѣдующее: онѣ при *colporrhæxis* служатъ только для удаленія плода и въ то же время могутъ способствовать инфекціи организма. При этомъ, какъ степень поврежденія, такъ и сила кровотеченія остаются неточно опредѣленными, а слѣдовательно и мѣры, предпринимаемыя для прекращенія послѣдняго, должны быть отнесены скорѣе къ вѣроятнымъ, чѣмъ къ вѣрнымъ. Лапаротомія, послѣдняя операція, о которой я упомянулъ выше, на основаніи литературнаго матеріала, собраннаго мною, примѣнена была при *colporrhæxis* только два раза. Въ виду этого я нѣсколько подробнѣе разсмотрю оба случая. Больная *Galabin*¹⁾ имѣла нормальный тазъ, роды продолжались недолго, матка была антевертирована. Роженица встала и во время стула сильно натуживалась. Вскорѣ послѣ этого головка опустилась и наступили роды. Послѣдъ не выходилъ, потягиваніе за пуповину привело къ тому, что она оторвалась. Тогда при внутреннемъ изслѣдованіи во влагалищѣ была найдена часть толстой кишки, вышедшей черезъ разрывъ въ заднемъ сводѣ, посредствомъ котораго матка на половину была отдѣлена отъ рукава. Животъ былъ сильно вздутъ и болѣзненъ. Лапаротомія. При вскрытіи брюшины излилось *громадное* количество темной крови. Послѣдъ лежалъ сверху мочеваго пузыря и удаленъ безъ затрудненія. На слѣдующій день — явленія тяжелаго перитонита, отъ котораго больная умерла. На первый взглядъ можетъ показаться страннымъ предпринять лапаротомію для удаленія послѣда, который лежалъ такъ близко отъ мѣста разрыва и при томъ такого, который отдѣлялъ матку отъ влагалища на половину, слѣдовательно давалъ возможность легко пройти черезъ него рукою въ полость брюшины; но при болѣе тщательномъ разборѣ даннаго случая, предпринятая *Galabin* операція имѣла большой смыслъ. Полость брюшины была вскрыта, предстояло вправить выпавшую часть кишки,

¹⁾ I. c. cas. I.

и оцупью искать дѣтское мѣсто. Лапаротомія показала громадное скопленіе крови въ животѣ, которая, конечно, осталась бы тамъ, если бы операція не была предпринята. Больная умерла отъ перитонита: это могла быть случайность и, весьма вѣроятно, подготовленная громадной потерей крови. Предпринявъ произведенную мною подобную же операцію, я имѣлъ въ виду слѣдующія основанія. Все плодное яйцо находилось въ полости живота, изслѣдованіе сопровождалось кровотеченіемъ, брюшина была вскрыта, слѣдовательно наиболѣе основательное удаленіе всего того, что находилось въ полости ея, могло быть совершено только при помощи лапаротоміи, равно какъ и наиболѣе вѣрное и тщательное опредѣленіе происшедшаго поврежденія влагалищнаго свода и маточныхъ связокъ. Я не имѣлъ въ виду экстирпаціи матки съ придатками, но обстоятельства заставили меня поступить такъ, какъ это было сдѣлано. По извлеченіи младенца и послѣда изъ полости живота и очищеніи ея мною были предприняты мѣры остановить продолжающееся кровотеченіе. Я закладывалъ губки на мѣсто разрыва и прижималъ къ нимъ матку, но это не приводило ни къ чему; кровь не переставала идти. Я думалъ наложить лигатуры на кровоточащія сосуды, но не видалъ ихъ. Ввести въ разрывъ кусокъ іодоформенной марли, выпустивъ конецъ его во влагалище, зашить брюшную рану и примѣнить давленіе я счелъ рискованнымъ на основаніи слѣдующихъ соображеній. Матка, какъ я уже говорилъ выше, съ растянутыми связками всегда отклоняется въ сторону отъ позвоночника, преимущественно въ правую и помѣщается въ поясничной области; она была найдена въ такомъ положеніи при лапаротоміи, слѣдовательно существовало полнѣйшее основаніе предположить, что и послѣ операціи она отойдетъ туда же, тогда заложная марля въ разрывъ почти потеряетъ значеніе тампона. Положимъ, что, во время зашиванія раны стѣнки живота, можно было бы черезъ брюшные покровы удерживать руками матку, прижимая ее къ симфизу, но затѣмъ такой образъ дѣйствія въ теченіе нѣсколькихъ часовъ едва ли былъ бы возможенъ безъ вреда для зажи-

вленія разрѣза брюшной стѣнки. *Dührssen* ¹⁾ могъ поступать такимъ образомъ, потому что онъ не дѣлалъ лапаротоміи у своей больной. Во всякомъ случаѣ, послѣ наложенія давящей повязки матка отошла бы на то мѣсто, гдѣ была до операціи, и, какъ я уже упомянулъ, значеніе тампона изъ іодоформной марли утратилась бы до извѣстной степени. Однимъ словомъ все будущее строилось бы на случайностяхъ. Наудачу наложенный жгутъ на оставшуюся часть влагалища и маточныя связки тотчасъ прекратилъ кровотеченіе; когда же онъ лопнулъ, то послѣднее возобновилось съ той же силой; вторично наложенный остатокъ его произвелъ опять полную остановку кровотеченія.

Снять жгутъ, дѣйствіе котораго было такъ рельефно, положить тампонъ изъ іодоформной марли въ предположеніи, что, можетъ быть, такой образъ дѣйствія приведетъ къ желанному результату, мѣнять вѣрное на неизвѣстное, казалось непростительнымъ. Оставить омертвѣвать матку надъ жгутомъ ничѣмъ не оправдывалось, поэтому я срѣзалъ ее.

Вслѣдъ за удаленіемъ всего или части плоднаго яйца изъ полости брюшины первая группа сама собой перестаетъ существовать и лѣченіе собственно *solroraghexis* въ тѣхъ и другихъ случаяхъ не можетъ разниться между собой. Терапія собственно разрывовъ сводовъ влагалища обыкновенно сводилась къ соотвѣтственному положенію больной; такъ, на примѣръ, при *solroraghexis sinistra* назначалось продолжительное лежаніе на лѣвомъ боку (*Smith* ²⁾), затѣмъ примѣнялось давленіе, ледъ на животъ, иногда тампонада губкой, въ послѣднее же время іодоформной марлей (*Dührssen* ³⁾); наконецъ совмѣстно съ этимъ наложеніе швовъ на разрывъ (*Everke* ⁴⁾). Внутри назначался опій, ледяныя пилюли и возбуждающія. Разбирая всѣ условія, въ которыя ставится роженица при *solroraghexis* съ выходомъ плоднаго яйца въ полость живота, не трудно придти къ заключенію, что

¹⁾ l. c.

²⁾ Transactions of the obstetric. Soc. of London, vol. XVII for. 1875.

³⁾ l. c.

⁴⁾ l. c.

единственная операція, которая должна быть предпринимаема для удаленія плода и послѣда, есть чревосѣченіе. Я позволю себѣ сказать болѣе: при всякой солрораггhexis съ нарушеніемъ цѣлости брюшины лапаротомія необходима даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда отрывъ свода рукава замѣченъ былъ послѣ окончанія родовъ. Къ этой операціи слѣдуетъ прибѣгнуть потому, что при помощи ея вѣрнѣе опредѣляется важность и степень поврежденія, возможно тщательное очищеніе полости брюшины и наиболѣе вѣрная остановка кровотеченія. Однимъ словомъ, чревосѣченіе способствуетъ устраненію тѣхъ вредныхъ послѣдствій, которыя влечетъ за собой солрораггhexis и которыя чаще всего являются причиной смерти больной. *Jaille* ²⁾ на подобныхъ основаніяхъ высказался за необходимость чревосѣченія при разрывахъ матки даже и тогда, когда удаленіе плода было совершено черезъ влагалище. Въ подтвержденіе значенія этой операціи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ роды совершились *per vias naturales* или плодъ былъ удаленъ тѣмъ же путемъ, я приведу наблюденіе *Beeby* ¹⁾. Первородящая 27-ми лѣтъ, крѣпкаго тѣлосложенія, роды протекли нормально. Младенецъ живой и здоровый. Кровотеченія значительнаго не было, но черезъ нѣсколько времени пациентка стала жаловаться на боль въ животѣ; дыханіе ускорилося, пульсъ участился до 120 въ 1' и сдѣлался малымъ. Даны были возбуждающія. Коляпсѣ. Смерть наступила 9 часовъ спустя послѣ родовъ. При вскрытіи найденъ разрывъ задняго свода съ кровоизліяніемъ въ полость брюшины. Данный случай показываетъ, насколько при солрораггhexis можетъ быть сильно внутреннее кровотеченіе, существованіе котораго въ первое время послѣ родовъ иногда остается неизвѣстнымъ и тѣмъ не менѣе быстро приводитъ къ смертельному исходу. Во время предпринятая лапаротомія показала бы настоящее положеніе вещей и дала бы возможность принять надлежащія мѣры. Изъ наблюденія *Knoff*'а ¹⁾ можно убѣдиться, какъ иногда бы-

²⁾ Etude sur la gastrotomie dans les ruptures uterines. Paris. 1888.

¹⁾ 1. с.

¹⁾ 1. с.

стро наступаетъ смерть отъ кровотеченія: его больная умерла во время попытки произвести извлеченіе младенца. Вскрытіе показало обширное кровоизліяніе въ полость брюшины. Отсюда ясно, насколько быстро должна быть подаваема помощь при подобныхъ обстоятельствахъ. Мнѣ кажется, что удаленіе плода *per vias naturales*, когда онъ хотя бы отчасти лежитъ въ полости живота, представляетъ нѣкоторый рискъ; по крайней мѣрѣ, основываясь на моемъ личномъ наблюденіи (II-ое), я могу утверждать, что плодъ, вышедшій въ полость брюшины, до известной степени тампонируетъ разрывъ свода и такимъ образомъ уменьшаетъ кровотеченіе. У моей больной, вслѣдъ за изслѣдованіемъ, черезъ влагалище кровь выливалась въ значительномъ количествѣ, затѣмъ, когда младенецъ и послѣдъ были удалены, кровотеченіе усилилось. На основаніи этого я высказываюсь скорѣе противъ операцій, предпринимаемыхъ для удаленія плода *per vias naturales*, въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ весь или отчасти вышелъ въ полость брюшины. Первая помощь при подобныхъ обстоятельствахъ, повидимому, должна быть подана слѣдующимъ образомъ. Во-первыхъ, рукавъ необходимо затампонировать іодоформной марлей или какимъ-либо другимъ антисептическимъ перевязочнымъ матеріаломъ и, во-вторыхъ, животъ слѣдуетъ туго забинтовать. Затѣмъ, когда уже все будетъ готово къ лапаротоміи, тогда только можно удалить бинтъ и по возможности быстро произвести операцію. Если больная находится въ частномъ домѣ, гдѣ рисковано предпринять чревосѣченіе, слѣдуетъ перенести или перевести ее въ ближайшее учрежденіе, гдѣ лапаротомія уже получила право гражданства. Кровотеченіе *colporrhæxis* представляется болѣе опаснымъ, чѣмъ при *ruptura uteri* по слѣдующимъ соображеніямъ: въ послѣднемъ случаѣ разрывъ идетъ по маточной ткани, способной къ сокращенію и, слѣдовательно, способной сжимать сосуды, заложенные въ ней, тогда какъ при разрывѣ сводовъ влагалища и связокъ матки подобныхъ условій не существуетъ. По этой причинѣ тампонада разрывовъ матки и сводовъ рукава по своему вліянію до нѣкоторой степени должна быть различна. На

страницѣ 384-й мною перечислены авторы, наблюдавшіе сильное кровотеченіе при солрораггhexis. За исключеніемъ одной больной *Dührssen*'а, всѣ остальные 15 умерли. Если присоединить сюда еще и тѣхъ, которыя не остались въ живыхъ, благодаря тому, что кровотеченіе способствовало ослабленію организма и, такимъ образомъ, ставило его въ невозможность бороться съ септическимъ ядомъ, то процентъ погибшихъ отъ этой причины значительно увеличится. Больная *Dührssen*'а спасена отчасти потому, что ей было сдѣлано переливаніе 0,6% раствора поваренной соли въ *vena basilica*. *Dührssen* выздоровленіе своей пациентки приписываетъ главнымъ образомъ тампонадѣ нижней части брюшной полости вмѣстѣ съ давленіемъ, примѣненнымъ снаружи. Онъ увлекся до такой степени, что сомнѣвается въ пользѣ лапаротоміи въ его случаѣ по отношенію къ своевременной остановкѣ кровотеченія. Для спасенія жизни моей больной пришлось пожертвовать маткой; конечно на первый взглядъ эта мѣра можетъ быть рекомендована только въ исключительныхъ случаяхъ, но, принимая въ соображеніе будущее такой женщины, нельзя не признать за удаленіемъ матки другаго значенія этой операціи: она, какъ извѣстно, навсегда гарантируетъ больную отъ новой беременности и тѣмъ устраняетъ съ этой стороны опасность для жизни. Особенное значеніе получаетъ вырѣзываніе матки тамъ, гдѣ имѣется узкій тазъ и настолько узкій, что срочные роды безъ акушерской помощи могутъ быть только какъ исключеніе. Выше, при обсужденіи причинъ солрораггhexis, на основаніи нѣкоторыхъ соображеній я пришелъ къ заключенію, что непосредственная ближайшая причина разрыва свода влагалища есть состояніе его стѣнокъ. Допустимъ, что послѣ солрораггhexis больная выздоровѣла, разрывъ сросся, конечно съ образованіемъ рубца. Наступила новая беременность и роды при узкомъ тазѣ, какъ это бываетъ въ большинствѣ случаевъ. Не трудно представить себѣ, какому риску вновь подвергается такая роженица. Въ подтвержденіе сказаннаго, могу привести наблюденіе *Do-*

berty ¹⁾, въ которомъ разрывъ задняго свода рукава произошелъ у роженицы въ тотъ моментъ, когда она повернулась въ кровати, при чемъ матка сразу наклонилась въ сторону противоположную разрыву. Влагалище находилось въ патологическомъ состояннн послѣ предшествовавшихъ родовъ, вслѣдствіе чего разорвалось, и роженица умерла. *Spiegelberg* ²⁾ говоритъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрывъ представляетъ собою только результатъ рубца въ сводахъ, который не способенъ выдержать напора ребенка. Изъ 80-ти наблюденій въ 2-хъ, *Ross'a* ³⁾ и *I. H. Bell'a* ⁴⁾, отмѣчена послѣдующая беременность и въ 2-хъ роды (*Hyernaux* ⁵⁾, *Stirling* ⁶⁾). Только больная *Stirling'a* имѣла узкій тазъ, остальные же три—нормальный, послѣдующіе роды у нея окончены были щипцами.

Въ случаяхъ *Ross'a* и *Bell'a* указано на сильныя потуги, у *Bell'a* послѣ двухъ приемовъ *secale cornutum* по полдрахмѣ. Въ наблюденіи *Hyernaux* разрывъ произошелъ послѣ наложенія щипцовъ при нормальномъ тазѣ. Конечно эти 4 случая не должны подрывать высказаннаго мною мнѣнія, что подобныя больныя по выздоровленіи подвергаются значительному риску при послѣдующихъ родахъ, особенно когда причина разрыва зависѣла не отъ какой нибудь случайности, наиримѣръ, въ видѣ неумѣренныхъ дозъ *secale cornutum* или неловкаго наложенія щипцовъ при нормальномъ тазѣ, то есть такой случайности, которая въ будущемъ не должна повторяться. То же самое бываетъ и при разрывахъ матки.

Существуютъ наблюденія *Bandl'a* ⁷⁾, *Rakm* ⁸⁾, *Lederer* ⁹⁾, и др., гдѣ послѣ бывшихъ разрывовъ матки наступала вновь

¹⁾ Dublin Quart. Jour. Mai 1845.

²⁾ I. с. ст. 657.

³⁾ Гугенбергеръ.

⁴⁾ I. с.

⁵⁾ Schmid's Jahrb. Bd. 127. 1865 S. 185.

⁶⁾ Canstatt's Jahresber 1868.

⁷⁾ Ueber Ruptur der Gebärmutter. 1875.

⁸⁾ Centralb. f. Gyn. 1879.

⁹⁾ Prager med. Wochenschr. 1887. № 15.

беременность и роды съ благополучнымъ исходомъ, но, съ другой стороны, описаны и такіе случаи, гдѣ при слѣдующихъ родахъ матка вновь разрывалась, и роженицы погибали (*Wenzel*¹⁾), или же для спасенія ихъ жизни необходимо было прибѣгнуть къ той или другой операціи за невозможностью родоразрѣшенія, какъ это, напр., было у *Deutsch*'а²⁾), которому пришлось произвести *accouchement force* у роженицы, имѣвшей за 4 года передъ тѣмъ разрывъ матки и которой тогда была сдѣлана лапаротомія. По мнѣнію *Deutsch*'а, роды, тянувшіеся двое сутокъ, не могли окончиться по той причинѣ, что задняя стѣнка матки развивалась нормально, передняя же, благодаря существованію рубца, оставшагося послѣ лапаротоміи, и сращенію его съ передней брюшною стѣнкою, отставала въ гипертрофіи. При такихъ условіяхъ родовыя сокращенія были безуспѣшны относительно вставленія головки. *Spiegelberg*³⁾) указываетъ на рубцы послѣ кесарскаго сѣченія или прежнихъ разрывовъ матки, какъ на предрасполагающій моментъ къ руптурѣ ея. Въ послѣднее время *Piskacek*⁴⁾), на основаніи собранныхъ имъ 80-ти случаевъ разрывовъ матки изъ новѣйшаго антисептическаго періода, высказывается противъ широкаго примѣненія чревосѣченія и допускаетъ его только тогда, когда весь плодъ выступилъ въ брюшную полость, когда шейка матки еще не изглажена, или при рубцовомъ суженіи ея, а также при обильномъ кровотеченіи, если всѣ предпринятые мѣры къ прекращенію его оказались безсильны. Хотя дѣйствительно цифры, приведенныя *Piskacek*'омъ, говорятъ не въ пользу лапаротоміи при *ruptura uteri*, тѣмъ не менѣе вопросъ объ этомъ нельзя считать оконченнымъ, такъ какъ число произведенныхъ лапаротомій всего 23, а больныхъ, лѣченныхъ другими способами, 57. Кромѣ того, въ группу чревосѣченій включены весьма разнообразныя операціи, а именно: *Porro*, сшиваніе разрывовъ матки, или же

1) American Journ. of obst. p. 373.

2) Centralb. f. Gynaecologie № 14, 1889.

3) l. c. ст. 639.

4) Beiträge zur Therapie und Casuistik der Uterusrupturen. Wien 1889.

такія, какъ напр. случай *Leopold'a*¹⁾, въ которомъ края разрыва, вслѣдствіе невозможности наложить швы, были только сравнены и прилажены другъ къ другу. Затѣмъ введены полоски іодоформной марли: одна въ полость матки, а другая въ Дугласово пространство, конецъ послѣдней выпущенъ въ нижній уголъ брюшной раны. Въ виду всего этого выведенный *Piskacek*'омъ $\%$ смертности послѣ лапаротоміи при *ruptura uteri* нельзя считать безошибочнымъ и строить на немъ какіе бы то ни было выводы. Не только что разныя операціи не должны быть соединяемы въ одну группу для опредѣленія процента того или другаго исхода ихъ, но даже одна и та же, произведенная въ различное время отъ начала родовъ и при различной обстановкѣ веденія ихъ, можетъ ввести въ заблужденіе, особенно тогда, когда имѣется дѣло съ небольшими цифрами. Слѣдуетъ не забывать, что, вообще, акушерскія операціи весьма часто производятся при самыхъ разнообразныхъ условіяхъ. Роженицы очень нерѣдко попадаютъ къ акушеру послѣ того, какъ онѣ побываютъ въ невѣжественныхъ рукахъ. Акушерская операція часто дѣлается на субъектахъ, не подготовленныхъ заранѣе и не огражденныхъ асептикой и антисептикой, а потому процентируютъ ея исходы дозволительно только съ крайнею осторожностью. Здѣсь невольно пришлось мнѣ отнестись критически къ работѣ *Piskacek'a* вслѣдствіе того, что я уже выше упомянулъ о выводахъ, сдѣланныхъ *Jaille* по отношенію къ лапаротоміи при разрывахъ матки, выводовъ, которые совпадаютъ съ взглядами, высказанными мною на чревосѣченіе послѣ *colporrhexis*. *Piskacek*, ограничивая показанія къ лапаротоміи при разрывахъ матки, между прочимъ совѣтуетъ своевременнымъ производствомъ кесарскаго сѣченія предупредить разрывы старыхъ рубцовъ матки, оставшихся послѣ той же операціи, произведенной при предъидущихъ родахъ. Трудно предположить, чтобы рубцы, образовавшіеся послѣ кесарскаго сѣченія, были бы болѣе склонны къ разрыву, чѣмъ таковыя же,

¹⁾ Centralblatt f. Gynaecol. № 26 S. 421, 1888.

оставшіеся въ стѣнкѣ матки вслѣдъ за произвольнымъ разрывомъ ея, а если это такъ, то консервативный методъ лѣченія, держаться котораго предлагаетъ *Piskacek*, до извѣстной степени заранее уже предрѣшаетъ производство кесарскаго сѣченія при новой беременности у той же особы. Примѣненіе тампонады изъ іодоформной марли и введеніе іодоформнаго фитиля при разрывахъ матки и сводовъ рукава не могутъ быть причислены къ числу средствъ, дѣйствующихъ вѣрно. Самъ *Piskacek* совѣтуетъ прибѣгнуть къ лапаротоміи въ томъ случаѣ, когда всѣ предпріятыя мѣры къ прекращенію кровотеченія окажутся безуспѣшными ¹⁾).

Въ заключеніе, мнѣ кажется, можно высказать слѣдующее:

1) Если во время родовъ произойдетъ разрывъ свода влагалища и плодъ выйдетъ въ полость брюшины, хотя бы даже отчасти, какъ это бываетъ, напр., при поперечномъ положеніи его съ выпаденіемъ ручки, необходимо прибѣгнуть къ чревосѣченію и поступить сообразно съ обстоятельствами.

2) Наложеніе щипцовъ, поворотъ на ножку, краниотомія и т. п., при нахожденіи плода въ полости брюшины, не должны примѣняться.

3) Когда *solroraghexis* обнаружена по окончаніи родовъ, одна только лапаротомія вѣрнѣе всѣхъ другихъ методовъ лѣченія можетъ оградить больную отъ смерти вслѣдствіе внутренняго кровотеченія.

4) При разрывѣ свода влагалища съ отслоеніемъ брюшины, безъ нарушенія цѣлости ея, чревосѣченіе не показано, развѣ только при какихъ либо исключительныхъ обстоятельствахъ. Здѣсь необходимо примѣненіе тампона и давящей повязки.

5) Женщины съ узкими тазами, имѣвшія уже *solroraghexis*, подвергаются большей опасности при слѣдующихъ родахъ.

¹⁾ Литературные источники, не указанные въ сноскахъ этой работы:
I. Williams. The Brit. Med. Journ. Feb. 12. 1881. p. 231—232.
Th. Hepites. Centralblatt für Gynäcologie № 47, 1889, S. 824.