

вотеченіе остановлено прижатіемъ ватнаго тампона и затѣмъ сдѣланы боковые разрѣзы. Кровь при этомъ остановлена реан'пинцетами и слѣва шелковой лигатурой. Вслѣдъ за разрѣзами большимъ сегментомъ показалаея головка. Въ виду слабости схватокъ примѣненъ способъ *Cristeller'a* съ разрывомъ влагалища и промежности второй степени. Въ 4 ч. 5 м. родился ребенокъ, а въ 4 ч. 10 м. вышла и послѣдъ. Влагалищный разрывъ зашитъ непрерывнымъ кетгуттовымъ швомъ, на промежностный, прошедшій правѣ *garhe*, положенъ 4 узловатыхъ шелковыхъ шва и непрерывный кетгуттовый,—въ виду кровотоечения по снятіи пинцетовъ, близъ уретры.

При выпискѣ на 14 день найдено: рукавъ развитъ правильно; влагалищная часть широка, коротка, съ довольно глубокимъ разрывомъ слѣва; матка въ переднемъ сводѣ небольшая, безболѣзненная, плотная; своды безболѣзненны и свободны.

Авторъ, указывая на рѣдкость такихъ случаевъ, какъ по узкости и незамѣтности отверстія, такъ и по толщинѣ плены, замѣчаетъ, что данный случай вѣроятно врожденный, ибо въ анамнезѣ указаній на заболѣваніе нѣтъ и рубцовой ткани не найдено. Онъ считаетъ свой случай интереснымъ и потому еще, что имъ доказываея несостоятельность взгляда нѣкоторыхъ авторовъ, считающихъ необходимымъ условіемъ для оплодотворенія попаданіе сѣмени прямо въ цервикальную слизь. Здѣсь плева служила препятствіемъ для этого, такъ что сѣмя проникло или помощію перистальтики рукава или самостоятельно пройдя длинный путь по рукаву до матки.

Терапію авторъ рекомендуетъ крестообразный разрѣзъ во время вѣзыванія подлежащей части, которая должна служить тампономъ при кровоточеніи изъ разрѣзовъ. Разрѣзы ограждаютъ отъ центрального разрыва и устраняютъ нежелательные разрывы самой плены.

**А. Заболотскій.**

#### 6. Н. Fehling. Die künstliche Frühgeburt in der Praxis (Berliner klinische Wochenschrift 1892, № 25). Искусственные преждевременные роды въ частной практикѣ.

Къ сожалѣнію, благами *Lister'*овскаго ученія объ антисептикѣ, говоритъ *Fehling*, гинекологія воспользовалась въ значительно большихъ размѣрахъ, чѣмъ акушерство. Изъ акушерскихъ же операций кесарскому сѣченію ученіе *Lister'a* принесло больше пользы, чѣмъ щипцамъ и перфораци. Желательно потому было бы, чтобы въ будущемъ искусственные преждевременные роды подъ вліяніемъ анти-и асептики дали бы какъ для матери, такъ и для плода лучшіе результаты, чѣмъ въ настоящее время и тогда только это оперативное пособіе въ состояніи будетъ замѣнить, какъ кесарское сѣченіе при условныхъ показаніяхъ, такъ и перфорацию. Сѣтуя на то, что искусственные преждевременные роды крайне мало примѣняются и доказывая это баденской статистикой, согласно которой въ этой странѣ на 1000 родовъ едва ли приходятся одни искусственные преждевременные роды, *Fehling* объясняетъ это явленіе стремленіемъ врачей и специалистовъ бравировать цѣлыми рядами лапаротомій, ими произведенныхъ.

Если къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ приступить не раньше

35 недѣли беременности и не позже 37 недѣли, если затѣмъ ухотъ за новорожденнымъ послѣ операциіи будетъ болѣе тщательнѣе, чѣмъ обыкновенно послѣ рожденія плода, то нѣтъ сомнѣній, что операциіа дастъ прекрасные результаты.

Изъ показаній къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ на первомъ планѣ стоятъ узкіе таза. Въ то время какъ при плоскихъ простыхъ и рахитическихъ тазахъ *Conjug. vera* рѣдко бываетъ ниже 8 см., результаты операциіи при общесъуженныхъ тазахъ менѣе благоприятны, потому что нельзя руководствоваться одной только истинной конъюгатой, такъ какъ тутъ играютъ важную роль и другіе размѣры таза и величина и степень сжимаемости дѣтской головки. При *Conjug. vera* менѣе 7 см. не слѣдовало бы приступать къ этой операциіи. При болѣе рѣдкихъ формахъ ненормальныхъ тазовъ вообще трудно установить точныя показанія.

Слѣдующими за тѣмъ показаніями могутъ служить ретроцервикальные фиброиды, старые эксудаты и опухоли костей таза. Противопоказана операциіа при кистахъ яичниковъ и неоперативныхъ раковыхъ новообразованійхъ.

Очень затруднительны показанія при болѣзняхъ матери и плода. Показана операциіа при паренхиматозномъ и интерстициальномъ нефритѣ, какъ въ угоду матери, съ прекращеніемъ беременности которой заболѣваніе почекъ можетъ улучшиться, такъ и въ угоду плода, могущаго погибнуть отъ измѣненія въ послѣдѣ вследствие заболѣванія почекъ матери. Болѣзни сердца и легкихъ крайне рѣдко послужатъ поводомъ къ вызыванію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Острыя инфекціонныя заболѣванія по *Fehling's* у не могутъ служить показаніемъ къ операциіи, ибо плодъ выдерживаетъ продолжительное время высокія температуры.

Вообще искусственные преждевременные роды преимущественно примѣнны у многоплодныхъ, ибо теченіе первыхъ родовъ составляетъ одно изъ самыхъ существенныхъ анамнестическихъ данныхъ при рѣшеніи приступить къ оперативному вмѣшательству. И семейное положеніе больной должно быть принято въ расчетъ, т. е. замужняя она или дѣвица, ибо несообразнымъ кажется «*внушить*» дѣвицѣ желаніе имѣть живого ребенка и ради этого сдѣлать кесарское сѣченіе тамъ, гдѣ показаны искусственные преждевременные роды.

Раньше чѣмъ приступить къ операциіи обязательно убѣдиться въ томъ живъ-ли плодъ, ибо при мертвомъ плодѣ крайне рѣдко придется прибѣгнуть къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ. Затѣмъ далѣе требуется тщательное неоднократное измѣреніе таза. Не только разстоянія между *Spinaeil.*, *Cristae*, *Trochanteres* и *Conj. ext.* должны быть извѣстны, но и разстоянія между *Spin. sup. ant. dextr.* и *Spin. post. sin.* и обратно очень важны при подозрѣніи на узость таза; не слѣдуетъ также упустить измѣренія поперечника выхода таза. Самое важное это внутреннее измѣреніе таза, причѣмъ приходится обращать особое вниманіе на костныя возвышенія лоннаго соединенія и *Synspondrosis sacroiliaca*, на двойной мысъ и т. д. Финаломъ служить измѣреніе *Conjug. verae*.

Въ такой же мѣрѣ важно имѣть ясное представленіе о величинѣ плода вообще и въ особенности о величинѣ подлежащей головки, для достиженія

чего пальцами обѣихъ рукъ измѣряется затылочно-лобный размѣръ головки. При предлежаніи другихъ частей плода слѣдуетъ наружными ручными приѣмами превратить это положеніе въ черепное.

Приступая къ изложенію способовъ вызванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, *Fehling* раньше всего останавливается на предложеніи *Prochownik'a* примѣнить у женщинъ въ послѣднихъ 10—12 недѣляхъ беременности діетическое лѣченіе (*Entfellungscur*), результатомъ котораго является значительное уменьшеніе, какъ вѣса плода, такъ и въ объемѣ головки. Совмѣстно съ другими способами *Fehling* не отказывается воспользоваться и предложеніемъ *Prochownik'a*.

Первымъ условіемъ къ возбужденію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ должна быть проходимость внутреннего зѣва на 1—2 пальца. Это достигается лучше всего душами изъ теплой воды (*Kiwisch*). слѣдуетъ избѣгать горячихъ душь въ 40°, ибо они сильно высушиваютъ рукавъ, стѣнки его дѣлаются неподатливыми. О способѣ *Schrader'a*: 35 градусныя души въ перемежку съ 6 градусными, *Fehling* личнаго опыта не имѣетъ, но по указанію Марбургской клиники они примѣняются не безъ пользы.

У перворождающихъ употребленіе душь иногда оказывается недостаточнымъ, поэтому приходится прибѣгнуть къ *Laminaria*.

Мнѣнія *Баландина*, что вагинальныя души уменьшаютъ возбудимость матки *Fehling* не раздѣляетъ. Въ случаяхъ, когда ни души, ни *laminaria* не приводятъ къ желанному результату приходится прибѣгнуть или къ цервикальному кольпоринтеру или къ введенію въ шейку матки тампона изъ іодоформированной марли или же къ отсепарированію плоднаго мѣшка отъ стѣнокъ нижняго отрѣзка матки (*Hamilton*). Если ни одно изъ указанныхъ способовъ не ведетъ къ цѣли, остается разорвать околоплодный пузырь (*C. Braun*).

При примѣненіи способа *Krause*, *Fehling* предлагаетъ ввести бужъ (№ 10) не по передней или задней стѣнкѣ матки (мѣсто сидѣнія послѣда), а сбоку.

Предсказаніе для матери *Fehling* ставитъ въ зависимость отъ анти или асептического веденія операціи,— для плода — отъ черепнаго предлежанія его. Въ подкрѣпленіе послѣдняго онъ приводитъ изъ диссертациі *Rössing'a* слѣдующія данныя.

Изъ 62 дѣтей въ черепномъ положеніи родились живыми 92%, выписались живыми 71%, изъ 23 же дѣтей въ ягодичномъ положеніи родилось живыми 75,7%, выписаны живыми только 33%. Принимая это во вниманіе онъ совѣтуетъ всякое предлежаніе плода наружными приѣмами превратить въ черепное. Въ случаяхъ, гдѣ съ самаго начала родовыя боли слабы и мало дѣйствуютъ на раскрытіе матки, врачъ можетъ быть заставленъ наложить высокія щипцы или даже перфорировать. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ сдѣлать поворотъ по *Braxton Hicks* какъ только шейка будетъ раскрыта пальца на два, чтобы впослѣдствіи, если для этого представится необходимость, извлечь плодъ за ранѣе уже низведенную ножку.

**Б. Фейнбергъ.**