

84. O. Morisani. Sulla applicazione del forcipe dopo la sinfisiotomia. (Annali di ostetr. e ginecol., 1893, № 1). О наложеніи щипцовъ послѣ симфизеотоміи.

Автору ставили въ упрекъ необходимость слишкомъ частаго наложенія щипцовъ послѣ проповѣдываемой имъ операціи. Въ дѣйствительности же щипцы, по мнѣнію М., далеко не составляютъ необходимаго дополненія къ симфизеотоміи. Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ операція производится при надлежащемъ показаніи (сѣуженіе *conj. ver.* отъ 67 до 81 mm.) размеры головки плода настолько соотвѣтствуютъ расширившемуся входу таза, что изгнаніе плода вполне можетъ быть предоставлено одиѣмъ силамъ природы, при условіи, конечно, что маточныя сокращенія сохраняютъ свою нормальную силу и правильность. Но именно послѣднее условіе часто, къ сожалѣнію, отсутствуетъ, въ зависимости отъ хлороформнаго наркоза или истощенія силъ роженницы. Въ такихъ случаяхъ поневолѣ приходится прибѣгать къ щипцамъ, наложеніе которыхъ, выполненное цѣлесообразно и съ соблюденіемъ надлежащихъ предосторожностей, ничуть не ухудшаетъ благоприятнаго предсказанія ни для матери, ни для младенца, какъ это явствуетъ изъ богатой собранной авторомъ статистики.

В. Каплянскій.

85. Emil Ries. Klinische und anatomische Studien über Zurückbildung der puerperalen Uterus (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXIV B. I. H.)
Клиническія и анатомическія изслѣдованія относительно обратнаго развитія послѣродовой матки.

Ries останавливается на двухъ мало затрогивавшихся вопросахъ относительно развитія матки въ послѣродовомъ періодѣ: какъ долго остается открытымъ внутренній зѣвъ, и отъ какихъ условій зависитъ болѣе или менѣе раннее закрытіе его, и какъ выражается клинически обратное развитіе мѣста бывшаго прикрѣпленія послѣда? Съ этой цѣлью были изслѣдованы 46 родильницъ на 5—16 день съ нормальнымъ послѣродовымъ періодомъ, изъ нихъ 26 I parae, 20 multiparae, 6 преждевременныхъ родовъ, остальные срочные. Результаты изслѣдованій изложены въ таблицахъ съ указаніемъ возраста, числа родовъ, продолжительности каждаго изъ періодовъ родовъ и т. д. Закрытіе внутреннего зѣва, по наблюденіямъ Ries'a въ нормальныхъ случаяхъ совершается между VIII и XII днями и совпадаетъ обыкновенно съ бѣлыми лохіями и низкимъ стояніемъ дна матки, хотя по этимъ послѣднимъ явленіямъ нельзя дѣлать вывода относительно того, закрытъ ли зѣвъ или нѣтъ. Повидимому при обильныхъ лохіяхъ (количество ихъ неизмѣнялось) зѣвъ дольше остается открытымъ. Число родовъ не вліяетъ на проходимость зѣва, но время прерыванія беременности имѣетъ большое значеніе въ томъ смыслѣ, что зѣвъ закрывается тѣмъ скорѣе, чѣмъ раньше прерывается беременность (послѣ выкидышей на IV—VI день).

Матка оказалась открытой въ 36 случ., полость всегда шире внутреннего зѣва, стѣнки гладкія, мягкія, за исключеніемъ мѣста прикрѣпленія послѣда, покрытаго буграми большей или меньшей величины и различной плотности, иногда же лишь слегка шероховатаго. Возможность констати-

ровать мѣсто прикрѣпленія послѣда *Ries* считаетъ единственнымъ характернымъ признакомъ послѣродового періода. Плотныя ядра бугровъ образуются закупоренными сосудами, которые, не обладая сократительной способностью, кажутся выстоящими изъ мышечной стѣнки, одѣтой слизистой оболочкой; кровь, вытекающая при отдѣленіи послѣда, образуетъ болѣе мягкіе опушки вокругъ старыхъ тромбовъ, иногда эти мягкія массы грибовидно покрываютъ все мѣсто прикрѣпленія послѣда и спускаются въ шейку, такъ что на первый взглядъ производятъ впечатлѣніе полипа. Для микроскопическаго изслѣдованія съ поверхности бугровъ отдѣлялись пальцемъ куски, что удавалось безъ боли и кровотеченія, хотя въ поздніе сроки и не безъ труда; лохи доставались пальцемъ же изъ цервикальнаго канала. Подробное описаніе микроскопическихъ препаратовъ сгустковъ *Ries* располагаетъ по порядку дней послѣродового періода (V—XI) и приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: Попадающіяся въ сгусткахъ и лохияхъ мышечныя клѣтки указываютъ на отсутствіе мѣстами, именно около тромбовъ, слизистой оболочки; на счетъ выдѣленія этихъ мышцъ надо отнести отчасти уменьшеніе въ объемѣ послѣродовой матки. Гигантскія клѣтки наблюдались въ мышечномъ веществѣ и въ децидуальной оболочкѣ по разу. Железы въ первые дни представляютъ узкій извилистый просвѣтъ, лишены эпителія или покрыты плоскимъ эпителиемъ; наряду съ этимъ въ нихъ встрѣчаются клѣтки разбухшія, съ большими отростками, лишенныя способности окрашиваться и стоящія на пути къ разрушенію. Съ дальнѣйшимъ ходомъ обратнаго развитія эти клѣтки уступаютъ мѣсто нормальнымъ кубическимъ, а впослѣдствіи и цилиндрическимъ эпителиальнымъ. Поверхностный эпителий, наблюдающійся съ IX дня, представляется частью кубич., частью совершенно плоскимъ. Формы эпителиальныхъ клѣтокъ въ различныхъ стадіяхъ наглядно изображены на рисункахъ. Разбуханіе эпителія железъ, зависящее отъ слизистаго перерожденія, указываетъ на возобновленіе дѣятельности железъ, просвѣтъ становится шире, слизь выдѣляется на поверхность и приподымаетъ отложившіеся сгустки. Membrana propra железъ не наблюдается, межжелезистая ткань состоитъ по большей части изъ децидуальныхъ клѣтокъ, подвергающихся слѣдующимъ измѣненіямъ: 1) жировому перерожденію съ послѣдовательнымъ распадомъ; 2) гіалиновому перерожденію, причемъ гіалиновое вещество выталкивается изъ клѣтки, а сама клѣтка, уменьшившись въ объемѣ, остается жизнеспособной, или вся клѣтка выдѣляется на поверхность, или же перерожденная клѣтка остается на мѣстѣ, что служитъ причиной endometritidis p. abort. и децидуальныхъ полиповъ; 3) сморщиванію клѣтокъ и превращенію ихъ въ соединительно тканныя; послѣднее измѣненіе не доказано; возможно, что всѣ децидуальныя клѣтки погибаютъ и замѣщаются круглыми клѣточками, превращающимися въ соединительную ткань. Нельзя однако по состоянію децидуальныхъ клѣтокъ и эпителія железъ судить о стадіи послѣродового періода. Въ большинствѣ сосудовъ замѣчается гіалиновое перерожденіе стѣнокъ, въ нѣкоторыхъ неправильное разрастаніе эндотелія, мѣстами же отсутствіе его; въ суженномъ просвѣтѣ помѣщается распадъ, сѣти фибрина и кровавые ша-

рики. Васкуляризація тромба замѣчена лишь на одномъ препаратѣ. Въ глубинѣ тромбовъ проходятъ щели, съ трудомъ отличимыя отъ сосудовъ, служащія, быть можетъ, для циркуляціи соковъ. Распадъ сгустковъ обусловливаетъ качество и количество лохій, такъ какъ всѣ составныя части тѣхъ и другихъ одинаковы, и съ теченіемъ послѣродового періода, когда лохіи становятся бѣды клѣточными элементами, количество сгустковъ въ маткѣ уменьшается. При медленномъ обратномъ развитіи слизистой оболочки сгустки задерживаются до первой менструаціи, которая можетъ дать поводъ къ сильному кровотеченію, если при этомъ открываются не вполне затромбированные сосуды. Отдѣленію остатковъ deciduae способствуютъ кровезлиянія, наблюдающіяся въ глубинѣ отпадающей оболочки и обусловливаемые застоємъ, вызваннымъ въ свою очередь массой закупоренныхъ сосудовъ. Въ виду связи клиническихъ явленій съ найденными анатомическими измѣненіями R. въ случаяхъ съ продолжительными кровяными лохіями предлагаетъ пальцемъ изслѣдовать полость матки и удалять встрѣчающіеся въ ней сгустки или обрывки deciduae, такъ какъ этотъ способъ даетъ лучшіе результаты въ смыслѣ обратнаго развитія матки, чѣмъ выжидательная терапия. Кроме того, оставаясь въ полости матки и покрываясь наслоеніями свертывающейся крови, обрывки deciduae могли бы дать начало настоящимъ плацентарнымъ полипамъ.

А. Пенарская.

86. И. М. Львовъ. О лучшемъ уходѣ за пуповиннымъ остаткомъ. (Медиц. Обозр. 1893, № 3).

Каждый изъ существующихъ способовъ ухода за пуповиннымъ остаткомъ обладаетъ извѣстными достоинствами и недостатками. Такъ, прежній способъ автора (присыпки смѣсью 10 ч. *magisterii bismuthi* и 1 ч. іодоформа), обладая свойствомъ вызывать сухую мумификацію пуповиннаго остатка, не сопровождающуюся ни раздраженіемъ, ни отдѣленіемъ, представляетъ то неудобство, что отпаденіе пуповиннаго остатка происходитъ не раньше 6—7 дней, а нерѣдко затягивается до 10, въ силу чего сплошь и рядомъ приходится отпускать матерей съ неотдѣлившимся пуповиннымъ остаткомъ у плода. При другихъ способахъ (перевязка гипсомъ, талкомъ, маслянистыми веществами), хотя отпаденіе пуповиннаго остатка происходитъ рано, но получается влажная мумификація съ загрязненіемъ раны; скорѣе всего пуповинный остатокъ отпадаетъ при перевязкѣ маслянистыми веществами. Работою д-ра *Холмогорова* между прочимъ выяснено, что въ отпадающей пуповинѣ микроорганизмы, какъ патогенные, такъ и непатогенные, всегда присутствуютъ, не причиняя вреда новорожденному, стало быть отъ перевязочнаго матеріала не требуется особенно сильныхъ противугнилостныхъ средствъ. Лучшіе результаты даетъ способъ *Артемьева* (перевязка гигроскопической ватой безъ купанья до отпаденія пуповины). Отыскивая средство, которое бы удовлетворяло цѣли—скараго отпаденія пуповины при правильномъ заживленіи пупочной раны, авторъ остановился на глицеринѣ. Примѣняется онъ слѣдующимъ образомъ: послѣ ванны пуповинный остатокъ вытирается до суха: тонкій компрессъ изъ ги-