

126. Dr. Fr. Matthaei. Zwei Fälle von centralem Dammris. (Deut. med. Woch., № 19, 1894). Два случая центрального разрыва промежности.

Центральные разрывы промежности во время родовъ съ изгна-ніемъ, особенно, плода черезъ разрывъ, принадлежать къ чрез-вычайно рѣдкимъ явленіямъ. Собранный *Charpentier*’омъ въ его монографіи казуистическій матеріалъ пополненный впоследствии *Delcroix*, обнимаетъ всего 74 случая, изъ которыхъ въ 38 родо-разрѣшеніе послѣдовало черезъ образовавшийся разрывъ. Упомя-нувъ о найденныхъ въ литературѣ еще четырехъ случаяхъ (*Bigelow, Coe, Ashton, Marta*), авторъ обогащаетъ казуистику центральныхъ разрывовъ промежности двумя новыми случаями, представившимися его наблюденію въ теченіи короткаго времени одинъ за другимъ. Въ первомъ случаѣ дѣло касалось III-пара, 34 л., два раза нормально рожавшей доношенныхъ дѣтей въ 1881 и 1885 году. Шестъ лѣтъ тому назадъ по причинѣ выпаденія рукава ей была произведена на влагалищѣ и промежности пластическая операція (*prolapsoperation*); послѣдніе роды протекали въ ягодичномъ положеніи при чрезвычайно сильныхъ родовыхъ схваткахъ. Образовавшийся вначалѣ небольшой разрывъ въ срединѣ промежности, въ которомъ показалась ножка плода, подъ вліяніемъ потугъ быстро увеличился и черезъ разрывъ родился ребенокъ (мертвый) вплоть до головки съ обращенной впереди спинкой. Головка затѣмъ также извлечена чрезъ разрывъ. По разрѣзамъ и вѣсу плодъ былъ доношеннымъ. Широко зіяющій разрывъ начинался на 3 см., позади совершенно цѣлой задней спайки, длиною въ 9 см., съ изорванными и разможженными краями, простираясь до сжимающей задній проходъ мышцы, оставшейся неповрежденной. Введенной въ разрывъ рукой подъ мостикомъ изъ уцѣлѣвшей ткани промежности удавалось проникнуть во влагалище съ совершенно неповрежденнымъ, очень узкимъ и неподатливымъ входомъ. По наложеніи частью узловатыхъ, частью непрерывнаго этажнаго кетгутовыхъ швовъ, разрывъ зажилъ первымъ натяженіемъ за исключеніемъ небольшого промежностновлагалищнаго свища въ переднемъ углу раны, закрывшагося чрезъ шесть недѣль. Длина промежности по прошествіи послѣродоваго періода равнялась 7,5 см. Размѣры таза слѣдующіе: D. sp. 24 см., D. cris. 27 см., D. tr. 32,5 см., Conj. ext. 18 см., наклоненіе таза въ вертикальномъ положеніи съ параллельно поставленными ногами—34°, что по сравненію съ нормой (55°—60° *Ресф.*) является слишкомъ малымъ. Второй случай относился къ здоровой

женщинъ 25 л., тоже III—рага. Двое предшествовавшихъ родовъ нормальны. На седьмомъ мѣсяцѣ второй беременности паденіе на промежность съ поврежденіемъ рубца, зажившимъ чрезъ нѣсколько дней безъ шва. Теченіе послѣднихъ (3-хъ) родовъ очень быстро. Подъ вліяніемъ сильныхъ потугъ головка выпятила предъ собою промежность въ видѣ свода; истонченная промежность разорвалась по срединѣ и ребенокъ въ затылочномъ положеніи родился черезъ разрывъ. Послѣдній, начинаясь на 2 см. позади задней спайки, простирался вплоть до задняго прохода. Введенной рукой легко можно было проникнуть во влагалище. Входъ послѣдняго, кожа и слизистая наружныхъ половыхъ частей остались неповрежденными. Лѣченіе состояло въ наложеніи непрерывнаго о-этажнаго кетгутоваго шва; заживленіе первымъ натяженіемъ. Размѣры и наклоненіе таза (55°) нормальны. Въ мягкихъ частяхъ никакихъ рѣзкихъ уклоненій. Съ этиологической стороны въ происхожденіи центральныхъ разрывовъ промежности авторъ прилагаетъ первенствующее значеніе слишкомъ малому наклоненію таза, отъ котораго въ свою очередь зависитъ ненормальное положеніе наружныхъ половыхъ частей, расположенныхъ болѣе впередъ и вверхъ, и затѣмъ черезчуръ значительной высотѣ промежности. (Высокая и длинная промежность, равно какъ и слишкомъ узкій входъ во влагалище являются иногда, какъ въ первомъ случаѣ автора, слѣдствіемъ пластическихъ операцій). При существованіи подобныхъ условій поворотъ предлежащей части по направленію къ половой щели затрудненъ и давленіе сосредоточивается въ теченіи долгаго времени на тазовомъ днѣ и промежности. Кромѣ этого въ первомъ случаѣ существовалъ еще цѣлый рядъ другихъ моментовъ, признаваемыхъ различными авторами предрасполагающими къ центральному разрывамъ, а именно: узкій входъ во влагалище, рубцы въ промежности, чрезвычайно бурная потужная дѣятельность и ягодичное положеніе. Что же касается второго случая, то здѣсь, за отсутствіемъ всѣхъ другихъ моментовъ, центральный разрывъ, авторъ объясняетъ черезчуръ быстрымъ теченіемъ родовъ въ зависимости отъ весьма сильной потужной дѣятельности и быть можетъ малой величины головки, размѣровъ которой къ сожалѣнію, онъ не имѣлъ въ своемъ распоряженіи (оба случая постушили подъ наблюденіе автора уже послѣ родовъ съ образовавшимися разрывами). Профилактика центральныхъ разрывовъ должна состоять въ содѣйствіи возможно скорому прорѣзыванію предлежащей части. Головку выжимаютъ по способу *Olshausen'a* со стороны прямой кишки или извлекаютъ щипцами. При ягодич-

номъ наложеніи оттягиваютъ подлежащую часть за паховой сгибъ въ направленіи къ симфизу—при живомъ плодѣ пальцемъ, при мертвомъ—тупымъ крючкомъ. Въ случаѣ недостаточнаго наклоненія таза авторъ совѣтуетъ оперировать при свѣщенныхъ внизу бедрахъ, благодаря чему половая щель смѣщается отчасти внизу и кзади. Если же, не смотря на все принятія мѣры, на глазахъ происходитъ разрывъ, то лучше всего, слѣдуя совѣту *Charpentier*'а, тотчасъ прибѣгнуть къ разсѣченію всего передняго мостика ткани. Этимъ путемъ, по мнѣнію автора, можно воспрепятствовать дальнѣйшему продолженію разрыва на sphincter ani. Цѣлесообразность такого превращенія центрального разрыва въ обыкновенный тѣмъ болѣе очевидна, что при послѣдующемъ наложеніи швовъ является возможность лучшей ориентировки и болѣе тщательнаго прилаживанія раненыхъ поверхностей, а вмѣстѣ съ тѣмъ и больше надежды на заживленіе первымъ натяженіемъ.

Н. Алексенко.

127. **E. Fraenkel. Ueber die Dauererfolge der gegen die Retrodeviationen des Uterus gerichteten Operationen** ¹⁾. (Deut. med. Woch., № 19, 1894 г.). **Объ отдаленныхъ результатахъ операций, направленныхъ противъ загибовъ матки кзади.**

Изъ числа различныхъ оперативныхъ способовъ, предложенныхъ съ цѣлью исправленія подвижныхъ или укрѣпленныхъ загибовъ матки кзади, и при томъ, осложненныхъ иногда выпаденіемъ рукава или самой матки,—какъ по стойкости получаемыхъ результатовъ, такъ и въ отношеніи правильнаго теченія послѣ операціи различныхъ отправленияхъ матки (особенно беременность, роды, послѣродовой періодъ и проч.), являются болѣе надежными, заслуживающими предпочтительнаго вниманія, лишь два способа: прикрѣпленіе матки къ передней брюшной стѣнкѣ (*ventrofixatio uteri*)—способъ *Olshausen*'а и влагалищное укрѣпленіе матки (*vaginofixatio uteri*) *Mackenrodt*'а. Въ подтвержденіе сказаннаго авторъ приводитъ результаты лѣченія въ 4 случаяхъ, оперированныхъ по различнымъ методамъ. Два случая были подвергнуты брюшному укрѣпленію матки по поводу подвижнаго загиба ея кзади; въ одномъ изъ нихъ матка пришита по способу *Olshausen—Sänger*'а, въ другомъ по *Leopold*'у. Состояніе больныхъ до операціи слѣдующее: у одной изъ нихъ постоянныя и мучительныя головныя и поясничныя боли, диспенсія, дисменоррея и крайняя слабость въ

¹⁾ Докладъ въ медицинскои секціи Силезскаго Общества отечественной культуры 19-го января 1894 г.