

II.

Объ казуистикѣ центральныхъ разрывовъ промежности.

А. А. Сицинскаго.

Разногласіи между авторами о томъ, что должно считать типическимъ центральнымъ разрывомъ промежности, не существуетъ. Таковымъ признается поврежденіе промежности, при которомъ во время родовъ разрывается вся толща тканей промежности, но въ одной только срединной ея части, въ то время какъ задняя спайка половой щели съ одной стороны, а прямая кишка и заднепроходное отверстіе съ другой — остаются цѣлыми.

Другими словами, типическій центральный разрывъ промежности или, какъ картинно выражается *Spiegelberg*, прободеніе промежности симулируетъ собой громадный влагалищно-промежностный свищъ, черезъ который могутъ родиться весь плодъ и послѣдъ.

Не больше какъ 100 лѣтъ тому назадъ, о подобныхъ разрывахъ промежности акушеры не имѣли никакого представленія и изученіе ихъ заграницей началось лишь съ 30-хъ годовъ настоящаго столѣтія съ появленіемъ работъ *Velpeau*, *Moreau*, *Duparcque*'а и др. *Duparcque* нашелъ въ тогдашней литературѣ рядъ случаевъ такихъ «родовъ черезъ промежность», но, допуская фактическую ихъ возможность, онъ въ то же время утверждалъ, что это еще не доказано ни однимъ несомнѣннымъ примѣромъ.

Хотя въ настоящее время возможность подобныхъ родовъ черезъ промежность болѣе не оспаривается, однако такіе роды и теперъ встрѣчаются необыкновенно рѣдко.

На этомъ основаніи д-ръ *Баскинъ*, написавшій «Клиническія наблюденія надъ разрывами промежности во время родовъ», не ввелъ ихъ даже въ классификацію разрывовъ промежности. «Каждый отдѣльный случай центрального разрыва, говоритъ онъ, представляетъ собой настолько интересное и рѣдкое явленіе, что заслуживаетъ отдѣльнаго подробнаго изслѣдованія» (стр. 19).

Роды черезъ промежность *Schröder*, *Spiegelberg* и другіе авторы также признаютъ крайне рѣдкимъ.

Д-ръ *Тарановъ*, взявшій на себя трудъ подробнаго и всесторонняго изученія вопроса о центральныхъ разрывахъ промежности, въ своемъ предварительномъ сообщеніи ¹⁾ говоритъ, что ему удалось собрать изъ доступныхъ ему источниковъ за цѣлое столѣтіе 90 случаевъ изъ иностранной литературы, а въ русской литературѣ онъ нашелъ описаніе всего лишь 10 случаевъ, къ которымъ присоединяетъ 3 собственныхъ.

Третій изъ описанныхъ имъ случаевъ представляетъ картину обыкновеннаго разрыва промежности 2 степени, но причисленъ д-ромъ *Тарановымъ* къ центральнымъ на основаніи ближайшаго наблюденія за его происхожденіемъ—разрывъ начался съ центральной части промежности и осложнился разрывомъ задней спайки половой щели. Въ I и въ II его случаяхъ получился типическій центральный разрывъ промежности, но плодъ родился въ обоихъ случаяхъ естественнымъ путемъ черезъ вульварное кольцо.

Къ числу центральныхъ разрывовъ промежности въ Россіи должно прибавить случай, имѣвшій мѣсто въ Повивальномъ Институтѣ въ 1884 г., который своевременно будетъ опубликованъ д-ромъ *С. Т. Виридарскимъ*. Къ сожалѣнію, въ этомъ случаѣ остается неизвѣстнымъ, какимъ путемъ родился плодъ.

Въ нашемъ случаѣ весь плодъ и послѣдъ родились черезъ искусственно проложенные пути въ промежности.

Въ виду крайней рѣдкости подобныхъ случаевъ родовъ, мы рѣшились представить вниманію уважаемаго Общества

¹⁾ *М. Тарановъ*. „Къ ученію о централн. разрыв. промежности. 1892. „Медицина“.

и нашъ случай, оговариваясь впередъ, что случай этотъ, по независящимъ обстоятельствамъ, не обследованъ такъ полно, какъ бы это могло быть желательно.

Вотъ его краткое описаніе:

Н. П.—ва, 26 л. отъ роду, замужня, первородящая, поступила въ Петергофскій придворный госпиталь 8 августа 1894 г., въ 2 часа ночи.

До беременности была вполне здорова, равно въ лѣтствѣ не припомнить тяжелыхъ заболѣваній.

Первыя мѣсячныя пришли на 15-мъ году, установились сразу и ходили черезъ 3 недѣли по 3—4 дня, умѣренно, безъ болей.

Послѣднія мѣсячныя, насколько припомнить больная, были въ ноябрѣ 1893 года.

Теченіе беременности нормальное.

Времени перваго движенія плода не помнить. Боли начались 7-го августа, въ 10 часовъ вечера, сразу и довольно сильно.

Больная средняго роста и тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія тѣла, блондинка. Температура тѣла нормальная. Больная нервна и впечатлительна.

Объемъ живота не представлялъ ничего особеннаго. Размѣры таза: d. trochant. 33½ ctm., Sp. 25, Cr. 28, Conjug. ext. 19, Conjugata diagonalis вслѣдствіе низкаго стоянія головки не измѣрена.

При осмотрѣ наружныхъ половыхъ частей ничего ненормальнаго не отмѣчается. Промежность высока. Шейка матки сглажена, наружный зѣвъ открытъ на 2 поперечныхъ пальца, воды стоятъ, пузырь при схваткахъ напрягается. Предлежитъ головка въ переднемъ видѣ I затылочнаго положенія, въ верхнемъ отдѣлѣ полости малаго таза. Большой сдѣлана ванна и очищенъ кишечникъ. Схватки были средней силы, продолжаясь около 1 минуты, черезъ каждыя 4—5 минутъ. Въ 9 час. утра, 8/VIII отошли воды; схватки, на нѣкоторое время стихнувъ, опять сдѣлались энергичными и достаточно продолжительными. Почти одновременно съ излитіемъ водъ наступило полное раскрытіе маточнаго зѣва. Головка постепенно совершала поступательное движеніе и начала врѣзываться. Сначала при каждой схваткѣ головка показывалась въ половой щели, а по окончаніи ея уходила въ глубь. Во время-же послѣднихъ нѣсколькихъ схватокъ головка уже не уходила назадъ и сильно растягивала промежность, которая истончилась и выпятилась впередъ, особенно въ нижней половинѣ промежности, ближе къ заднепроходному отверстию. Послѣднее также было сильно выпячено наружу. Въ предвидѣніи разрыва промежности акушеркой сдѣланы были 2 боковыя насѣчки, глубиною около 1 сантиметра. Но вотъ новая схватка, головка видна черезъ половую щель, промежность еще болѣе выпятилась, акушерка удвоила вниманіе—какъ вдругъ, поддерживая промежность, она почувствовала что надъ рукой у нея выпячивается геморроидальная шишка. Въ виду этого акушерка руки отъ промежности не отняла, а слѣдомъ наступила опять схватка, при которой шишка быстро начала расти у нея подъ ладонью и при ближайшемъ осмотрѣ оказалась носикомъ плода съ частью лица, показавшимся черезъ разрывъ промежности у заднепроходнаго отверстия. Еще моментъ и вся головка плода въ эту-же схватку вышла

черезъ разрывъ промежности, минуя естественный путь черезъ вульварное кольцо. Небольшой перерывъ,—новая схватка и весь плодъ родился черезъ искусственно-проложенный путь, въ 10 час. утра 8/VIII, т. е. черезъ 12 час. отъ начала родовъ и черезъ 1 часъ послѣ отхожденія водъ и полнаго раскрытія зѣва. Минуть черезъ 10 по рожденіи плода произвольно тѣмъ-же путемъ вышелъ послѣдъ со всѣми оболочками, послѣ чего больной дано было *sesale*. Матка хорошо сократилась. Кровотеченіе незначительное. Общее самочувствіе больной довольно удовлетворительно. Родился живой, доношенный, здоровый мальчикъ. Вѣсъ его 3650 граммъ, длина тѣла 51 сант. Размѣры головки: прямой—13½ сант., малый поперечный—8¼, большой поперечный—9, діагональный (отъ подбородка къ макушкѣ)—15¾.

При бѣгломъ взглядѣ на половыя части—громадная, повидимому половая щель представлялась раздѣленной поперечнымъ тяжемъ на 2 половины: верхнюю меньшую и нижнюю большую. При ближайшемъ осмотрѣ, верхняя половина, имѣвшая округло-треугольную форму, оказалась ничѣмъ инымъ, какъ неповрежденнымъ и отодвинутымъ кверху *introitu vaginae*, который былъ обойденъ при рожденіи плода, поперечный тяжъ—не разрушенной задней спайкой половой щели, нижележащая же половина представляла собой центральную рану промежности. Форма этой раны неправильно-многоугольная, приближающаяся къ четырехугольной; верхняя граница этого 4-хъ-угольнаго расхожденія тканей составляетъ, какъ сказано, задняя спайка губъ, нижній же край ея идетъ на границѣ кожи и слизистой оболочки заднепроходнаго отверстія, сначала поперечно по передней его сторонѣ, а затѣмъ поворачиваетъ на правую боковую сторону, занимая здѣсь ¼ окружности заднепроходнаго отверстія. Разрыву подверглась вся толща тканей промежности; края раны разорванные, неровные; поверхность разрыва шероховата, мѣстами покрыта темно-багровыми участками разможенныхъ тканей. Въ глубинѣ раны, разрывъ, дойдя до *columna rugarum posterior*, раздѣляется на 2 вѣтви, расположенныя по обѣимъ ея сторонамъ, вслѣдствіе чего получились 2 глубокихъ боковыхъ разрыва задней стѣнки влагалища: лѣвый длиной въ 2½ сантим., правый—1½ сант. Оставшаяся неразорванной задняя спайка половой щели состояла изъ складки кожи и слизистой оболочки, при чемъ на слизистой оболочкѣ по срединной линіи замѣчался поверхностный продольный надрывъ ея. Распластанная на пальцѣ перемычка эта имѣла въ ширину всего около 1½ сантим. Прямая кишка и заднепроходное отверстіе остались не поврежденными.

Во входѣ во влагалище, кромѣ 2-хъ боковыхъ надрывовъ, у наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала съ правой стороны замѣчается одинъ болѣе глубокой надрывъ и по сосѣдству нѣсколько мелкихъ.

Непосредственно послѣ родовъ приступлено къ операціи зашиванія подъ хлороформнымъ наркозомъ при строгомъ соблюденіи всѣхъ анти-и асептическихъ предосторожностей. Задняя спайка половой щели перерѣзана по срединѣ; края раны сравнены; съ поверхности раны сръзано все сильно разможенное и подозрительное, а самыя поверхности сглажены; затѣмъ разрывъ зашитъ по типу *colporrhineorrhaphiae*; сначала защиты разрывы задней стѣнки влагалища, а затѣмъ промежность. Во время операціи употреблялась сулема 1 : 2000 и растворъ борной кислоты

(2^о). Послѣ зашиванія и высушиванія рана присыпана порошкомъ іодоформа и покрыта іодоформенной марлей. Ноги связаны, положеніе спинное, моча выпускалась катетеромъ. Послѣоперационный уходъ обычный.

9/уш. т^о утромъ 37,8°, вечеромъ 36,4°. Появилась легкая отечность наружныхъ половыхъ частей и краснота краевъ раны.

10/уш. т^о утромъ 36,9°, вечеромъ 37,4°. Явленія тѣ-же.

11/уш. т^о утромъ 37,4°, вечеромъ 38,9°. Швы разошлись.

По удаленіи ихъ на поверхности раны замѣтны омертвѣлыя клочья. Рана очищена и смазана t-ra jodi.

12/уш. т^о упала до 37° и съ этого времени дальнѣйшее теченіе было безлихорадочное. Матка все время была плотна, подвижна, безболѣзненна; involуція ея совершалась обычнымъ путемъ. Параметри были свободны. Очищенія были безъ запаха, въ среднемъ количествѣ, но кровянистый характеръ ихъ продолжался сравнительно долго—до 4-хъ недѣль. Первый стулъ на 5-е сутки помощью масляной клизмы. Въ теченіи первыхъ 6 дней моча не отдѣлялась произвольно, приходилось выпускать ее катетеромъ; только съ 7-го дня больная въ состояніи была самопроизвольно мочиться. Ребенка кормить со 2-го дня родовъ.

Вслѣдствіе несогласія больной, къ вторичному зашиванію приступлено было лишь черезъ 2 недѣли послѣ родовъ (22/уш), сращеніе хотя и получилось, но не полное, что вѣроятно зависѣло какъ отъ вялости самой раны, такъ и плохаго прилаживанія краевъ раны, вслѣдствіе обильнаго разрастанія соединительной ткани, остался небольшой влагалищно-промежностный свищъ, съ которымъ больная и выписалась изъ госпиталя 31/уш 94 г.

При выпискѣ самочувствіе больной было прекрасное, ребенокъ здоровъ.

Въ виду относительно большой рѣдкости случаи, аналогичные описанному, невольно вызываютъ на комментаріи, какъ по отношенію ихъ леченія, такъ и въ смыслѣ предупрежденія ихъ образованія.

При леченіи уже образовавшихся центральныхъ разрывовъ промежности дается совѣтъ тотчасъ послѣ родовъ перерѣзать перемычку и немедленно зашивать промежность. Поступивъ согласно такому совѣту и обставивъ операцию должнымъ образомъ, намъ тѣмъ не менѣе не удалось достигнуть заживленія первымъ натяженіемъ. Оцѣнивая возможные причины неудачи, мы вынесли то впечатлѣніе, что здѣсь помимо возможности загрязненія раны и другихъ причинъ, выдающуюся роль играетъ сильный травматизмъ всѣхъ тканей промежности, прободающей ее головкой плода. Въ самомъ дѣлѣ, разъ черезъ промежность рождается доношенный ребенокъ вѣсомъ въ 3650 граммъ, то можно представить себѣ, въ какомъ состояніи

должны быть все ткани промежности: ушибъ, размноженіе, кровоизліянія, послѣдовательный отекъ, — вотъ главнѣйшія причины, которыя естественно ведутъ къ некрозу пострадавшихъ тканевыхъ частицъ и отнюдь неблагоприятствуютъ заживленію первымъ натяженіемъ. Какъ-бы асептически ни велась операція, какъ-бы тщательно не очищалась раневая поверхность, повидимому, невозможно удалить все, что можетъ потерять свою жизненность и въ первые-же дни омертвѣваетъ. Такимъ образомъ условія для prima intentio здѣсь неблагоприятны, а потому казалось-бы, что не слѣдуетъ спѣшить зашиваніемъ промежности тотчасъ послѣ родовъ. Черезъ 3—4 дня послѣ родовъ уже ясно обозначится граница между омертвѣвшимъ и живымъ, — тогда, повидиму, наступаетъ наиболѣе благоприятный моментъ, очистивши надлежащимъ образомъ рану, приступитъ къ восстановленію промежности, съ предварительной перерѣзкой задней спайки или безъ нея, смотря по удобству для оператора. При зашиваніи немедленно послѣ родовъ разрывовъ промежности, подобныхъ описанному, создаются неблагоприятныя условія для отторженія и удаленія омертвѣвшаго. Фиксированныя въ швахъ омертвѣлыя частицы мѣшаютъ сращенію первымъ натяженіемъ, а при значительной массѣ омертвѣлаго, не имѣя выхода, всасываются въ кровь и могутъ вызвать повышеніе температуры. Въ описанномъ случаѣ въ первые три дня при почти нормальной температурѣ больной, были лишь легкая отечность наружныхъ половыхъ частей и краснота краевъ раны. На 4-й день t^0 сразу поднялась до $38,9^0$, швы разошлись, а по снятіи ихъ поверхность раны оказалась покрытой кусочками омертвѣлой ткани, вѣдвдрившимися внутрь здоровыхъ частей. По очищеніи раны t^0 упала и болѣе не повышалась. Отсюда казалось-бы возможнымъ допустить, что въ тѣхъ случаяхъ центрального разрыва промежности, въ которыхъ черезъ него рождается плодъ и послѣдъ, выгоднѣе приступать къ зашиванію не сейчасъ послѣ родовъ, а спустя 3—4 дня, въ теченіи которыхъ обозначится, что омертвѣло и подлежитъ поэтому предварительному удаленію. Въ этомъ отношеніи наше впечатлѣніе сходится съ выводами д-ра *Таранова*, который говоритъ, что оперативное лѣченіе не только центральныхъ разрывовъ, но иногда даже и простыхъ,

не всегда приводит къ цѣли и въ этомъ отношеніи новѣйшее антисептическое время, почти не отличается отъ прежняго до антисептическаго. Причину этого явленія онъ видитъ, главнымъ образомъ, въ недостаточно точной оцѣнкѣ степени тѣхъ измѣненій, которымъ подвергаются ткани промежности во время родовъ ²⁾).

Важнѣе вопросъ о *предупрежденіи* центральныхъ разрывовъ промежности. Этиологія ихъ, знаніе которой намъ необходимо для выработки профилактическихъ мѣръ, не даетъ никакихъ указаній, потому что сама она блуждаетъ во тмѣ.

Сколько авторовъ, почти столько же различныхъ мнѣній о причинахъ происхожденія центральныхъ разрывовъ промежности. Въ этомъ отношеніи, повидимому, наибольшее значеніе имѣеть очень высокая промежность и особое состояніе мышцъ женщины, которое можно характеризовать терминомъ «ломкость» ихъ. Недаромъ *Hecker* и *Schröder* говорятъ, что встрѣчаются иногда промежности, которыя рвутся, какъ трутъ. Это подтверждаетъ и *Горвицъ*, говоря, что есть промежности, при которыхъ разрывы составляютъ какъ бы фатальную необходимость и за симъ добавляетъ, что подобныя промежности встрѣчаются въ практикѣ нерѣдко и онъ не знаетъ никакихъ явленій, которыя бы характеризовали подобнаго рода промежности. Тожественнымъ образомъ высказывается и проф. *Феноменовъ*.

Но вопросъ о надлежащемъ развитіи и укрѣпленіи у женщины мышечной системы вообще и тазоваго отдѣла въ частности входитъ уже въ кругъ гигиены и школьнаго воспитанія женщины.

Для акушера-практика, важнѣе рѣшить вопросъ, какъ вести ему себя, когда онъ призванъ къ родамъ и предвидитъ угрожающій разрывъ промежности.

Здѣсь мы касаемся общаго вопроса о предупрежденіи разрывовъ промежности вообще, такъ какъ врачу, трудно предвидѣть при угрожающемъ разрывѣ промежности, будетъ-ли послѣдній простымъ или центральнымъ, вслѣдствіе чего и предупреждающія мѣропріятія, здѣсь носятъ общій характеръ. Это во 1-хъ.

А во вторыхъ, если *проникающіе* центральные разрывы промежности составляютъ относительно рѣдкое явленіе, то

²⁾ *Тарановъ*, 1. с., стр. 26.

неполные, такъ называемые, непроникающіе центральные разрывы, должны встрѣчаться и встрѣчаются гораздо чаще, хотя этому невозможно привести никакой статистики.

Представимъ себѣ ту форму неполнаго центрального разрыва промежности, гдѣ при растягиваніи промежности напирющей головкой появляется на извѣстномъ протяженіи трещина слизистой оболочки и разрываются мышцы промежности, наружные-же покровы и задняя спайка остаются цѣлыми, — или случаи, гдѣ разрывается только внутренній мышечный слой, — и въ результатѣ женщина лишается промежности, какъ фізіологической опоры тазовымъ органамъ, а ее замѣняетъ собою слизисто-кожная складка, неспособная нести роль промежности. Получается та картина, которую такъ наглядно нарисовалъ въ прошломъ засѣданіи Общества нашъ уважаемый предсѣдатель проф. *Оттз* въ своемъ докладѣ «О ложномъ консерватизмѣ въ дѣлѣ сохраненія промежности во время родовъ и о восстановленіи старыхъ разрывовъ ея».

Не касаясь общеизвѣстныхъ способовъ предупрежденія разрывовъ промежности, остановимся лишь на новомъ указаніи, которое даетъ проф. *Оттз* въ своемъ докладѣ, какъ предохранить промежность отъ разрыва: «разъ промежности угрожаетъ опасность разрыва, разсѣкайте ее по шву до задняго прохода». Совѣтъ этотъ представляется намъ вполне цѣлесообразнымъ, особенно въ случаяхъ высокой промежности или малаго наклоненія таза у первородящихъ. Въ самомъ дѣлѣ, не говоря уже о томъ, что при этомъ вмѣсто разорванной раны получается рѣзанная, при заживаніи и восстановленіи промежности не могутъ имѣть мѣста въ послѣдствіи тѣ яко бы промежности, состоящія изъ одной кожнослизистой складки, о которыхъ говоритъ проф. *Оттз*. Профилактическіе разрѣзы промежности до задняго прохода безусловно могутъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ предотвратить проникающіе центральные и полные разрывы ея. Вотъ главнѣйшія выгоды метода, предложеннаго проф. *Оттомъ*.

Правда, *Michaëlis* еще въ концѣ прошлаго столѣтія выступилъ съ предложеніемъ разрѣзать промежность по шву ³⁾, но

³⁾ *Феноменовъ*. „Оперативное акушерство“, 1893, стр. 85.

въ доантисептическое время, когда подобныя раненія не могли быть гарантированы отъ септического зараженія и всѣхъ послѣдствій такового, мысль эта не получила широкаго практическаго примѣненія и была совершенно забыта. Поэтому идея, высказанная проф. *Оттомъ*, является совершенно новой. Она составляетъ неизбѣжный логическій выводъ изъ просмотра ученія о предохраненіи промежности во время родовъ съ точки зрѣнія новаго безгнилостнаго направленія хирургіи. Въ то время какъ вся хирургія сильно двинулась впередъ при безгнилостныхъ методахъ лѣченія, вопросъ о предохраненіи промежности во время родовъ оставался до сихъ поръ почти въ томъ же положеніи, въ какомъ онъ былъ и въ доантисептическое время.

Проф. *Отту* принадлежитъ честь, что онъ выдвинулъ этотъ весьма важный въ практическомъ отношеніи вопросъ на очередь и далъ мощный толчекъ его дальнѣйшему развитію. Конечно, только значительное накопленіе клиническаго матерьяла по данному вопросу дастъ въ будущемъ возможность всесторонне оцѣнить предложенный методъ и отвести ему надлежащее мѣсто въ ряду другихъ акушерскихъ хирургическихъ пособій. Въ настоящее время возможна скорѣе теоретическая его разработка. Съ этой точки зрѣнія новый методъ, повидимому, не встрѣчаетъ серьезныхъ возраженій. Такъ онъ удовлетворяетъ анатомическимъ требованіямъ. Большинство мышцъ промежности суть парныя мышцы, соединяющіяся между собою по линіи шва. Разрѣзая по немъ промежность, разрѣкается возможно меньшее число мышцъ и промежность послѣ зашиванія и заживленія ставится въ тѣ-же анатомо-фізіологическія условія, какъ и до разрѣза.

Далѣе, нѣтъ нужды говорить о томъ, что клиническія наблюденія вполне допускаютъ возможность испытанія на практикѣ новаго метода, — стоитъ вспомнить *Шредера*, который на основаніи своихъ тщательныхъ изслѣдованій входа во влагалище послѣ родовъ опредѣляетъ частоту собственно разрывовъ промежности у перворождающихъ въ 34¹/₂%, а разрывовъ уздечки у нихъ-же — въ 61%⁴).

Наконецъ, этотъ методъ рѣзко отличается отъ практикуемой въ настоящее время боковой эпизиотоміи. Послѣ прак-

⁴) *Шредеръ*, „Учебн. Акушерства“, 1888, стр. 624.

тической опѣнки ея, сдѣланной проф. *Феноменовымъ*, нѣтъ надобности на этомъ останавливаться. Укажемъ лишь мимоходомъ, что боковыя насѣчки и въ случаѣ д-ра *Веридарскаго*, гдѣ ихъ было сдѣлано два и въ нашемъ, не спасли женщинъ отъ центральнаго разрыва промежности и такимъ образомъ еще лишній разъ дали доказательство того, что боковыя эпизиотоміи не въ состояніи предотвратить центральные разрывы промежности.

Слабую и наиболѣе уязвимую сторону вопроса о профилактическихъ разрѣзахъ промежности составляетъ несомнѣнно крайняя субъективность въ постановкѣ показаній по ихъ производству. Здѣсь мыслимы случаи, такъ сказать, «напрасныхъ» разрѣзовъ. И однако-же эта сторона наиболѣе трудно поддается урегулированію.

Такимъ образомъ, все вышеизложенное приводитъ насъ къ выводу о желательности испытанія на практикѣ профилактическихъ разрѣзовъ промежности при надлежащихъ показаніяхъ.
