

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

Phlegmasia alba dolens puerperalis.—Thrombophlebitis v. femoralis puerperalis.

Течение и проявление послѣродового процесса столь разнообразно, что до сихъ поръ не удалось создать классификацію болѣзней родильницъ, подъ которую можно было бы подвести всѣ случаи родильной горячки.

Въ настоящее время всѣ пришли къ заключенію, что болѣзни родильницъ зависятъ отъ инфекціоннаго начала, которое представляетъ собой тотъ или другой микроорганизмъ, преимущественно же *streptococcus*.

Вліяніе этихъ вредныхъ началъ на организмъ крайне различно. Изученіе послѣродового процесса указываетъ на то, что одна и таже причина—*streptococcus* имѣетъ различныя послѣдствія.

Вслѣдствіе этого, одни раздѣляютъ родильную горячку по клиническому теченію на легкую и тяжелую форму, другіе—по патолого-анатомическому измѣненію на лимфатическую—септицемию и флеботромботическую форму—піэмию, третьи на основаніи этиологіи различаютъ слѣдующіе виды послѣродовыхъ заболѣваній: 1) лихорадки, зависящія отъ цѣпочечнаго кокка и рѣдко отъ другихъ бактерій, 2) заболѣванія, обусловленные гонококкомъ, 3) лихорадки, происходящія отъ гніенія различныхъ мертвыхъ частей матери и плода.

Какъ бы то ни было, въ настоящее время трудно рѣшить, что должно считать патологическимъ послѣродовымъ процессомъ. Конечно здѣсь разумѣются легкіе случаи. Нѣтъ данныхъ, по которымъ можно было бы сказать, гдѣ кончается нормальное состояніе и начинается патологія. Во многихъ отчетахъ родильныхъ учреждений, какъ русскихъ, такъ и нѣмецкихъ, отмѣчается, что случаи съ повышеніемъ температуры до 38,0° считаются нормальными. Почему? Это не объяснено. Всякому врачу акушеру приходилось видѣть случаи, гдѣ, не смотря на хорошее общее состояніе и отсутствіе мѣстныхъ явленій, температура держится

2—3 дня на 38,0°. Трудно сомнѣваться, что здѣсь есть какое то проявленіе родильной инфекціи; все таки подобный случай относится къ нормальнымъ.

Въ какое время послѣ родовъ начинаетъ обнаруживаться инфекция трудно установить, потому что зараженіе можетъ имѣть мѣсто до, во время и послѣ родовъ.

Однимъ изъ скрытыхъ и позднихъ проявленій родильной заразы является заболѣваніе конечностей—*phlegmasia alba dolens*—болѣзненный бѣлый отекъ. Само названіе указываетъ на главныя проявленія болѣзни: боль, бѣловатая окраска кожи, отекъ члена.

Въ рѣдкихъ случаяхъ бѣлый отекъ не ограничивается только конечностями, пораженіе распространяется и на другія части тѣла: наружныя половыя органы, промежность, даже *v. jugularis* и т. д.

Въ настоящее время, благодаря патолого-анатомическимъ вскрытіямъ, установлено, что многіе случаи *phlegmasia alba dolens* зависятъ отъ тромбоза или воспаленія бедренной вены и ея вѣтвей. Еще раньше *Мориссо* считалъ, что въ конечности скопляется жидкость, которая должна была бы быть выведена лохиями. *Ризос* и другіе принимали *phlegm. alb. dol.* за застой молочной жидкости. Въ 1823 г. *Davis* показалъ, что въ основѣ страданія лежитъ воспаленіе венъ—флебитъ. *Вирховъ*, опровергая флебитъ, приписывалъ главное значеніе тромбозу венъ, который имѣетъ своимъ исходнымъ пунктомъ тромбъ у мѣста прикрѣпленія плаценты на маточной стѣнкѣ или тромбъ маточныхъ сосудовъ. *Freund* считаетъ *phlegmas. alb. dol.* застоемъ лимфы, который съ большой срамной губы переходитъ на *adductores* бедра. Постепенно накопились наблюденія, которыя свидѣтельствовали о томъ, что при *phlegmasia* бываетъ тромбозъ только лимфатическихъ сосудовъ или даже нѣтъ никакого тромбоза.

Со времени развитія бактериологіи установилась гипотеза, что *phlegmasia* инфекціоннаго происхожденія. *Widal* ю удалось найти въ кровяниыхъ сгусткахъ у женщинъ въ послѣродовомъ періодѣ чистыя культуры стрептококка, который поселяется на эндотеліи маточныхъ венъ и вызываетъ воспаленіе вены съ послѣдующимъ тромбозомъ, который можетъ постепенно распространиться до *v. femoralis*. *Rivière* подтвердилъ взглядъ *Widal*'а: онъ видѣлъ тромбы на различныхъ мѣстахъ тѣла и считаетъ ихъ инфекціоннаго происхожденія, вслѣдствіе *phlebitis*. По *Шредеру* и *Рунге* *phlegmasia* обусловливается флегмоной соединительной ткани бедра, которая имѣетъ свой исходный пунктъ въ параметріи. *Лазаревичъ* высказывается въ пользу того, что воспаленіе съ параметріи переходитъ на стѣнку венъ, въ которыхъ образуется тромбъ, доходящій до наружной подвздошной вены. *Fehling* совѣтуетъ оставить прежнее названіе *phlegmasia alba dolens*, ибо подъ этимъ названіемъ разумѣлись совершенно различные процессы съ однѣми и тѣми же объективными явленіями, которыя бываютъ при септицеміи и при піеміи.

При септическомъ заболѣваніи родильницы бываетъ параметритъ, который представляетъ флегмону околоматочной клѣтчатки. При параметритѣ воспаление можетъ перейти непосредственно на окружающую въ маломъ тазу бедренные сосуды клѣтчатку и вызываетъ тромбозъ сосуда со всѣми его послѣдствіями. Сначала происходитъ флегмона въ области треугольника *Velpeau*, которая можетъ распространиться книзу. Съ другой стороны воспаление при параметритѣ изъ подъ Пупартовой связки можетъ перейти на клѣтчатку бедра, которая, все болѣе и болѣе поражаясь процессомъ, оказывается захваченной у мѣста большихъ сосудовъ. Послѣдніе воспаляются, но еще раньше они сдавливаются флегмоной и тромбозируются. Въ обоихъ случаяхъ тромбъ бедренной вены обусловливается воспаленіемъ клѣтчатки бедра, *phlegmone cruralis*, которая имѣетъ своимъ исходнымъ пунктомъ параметритъ. Послѣдній еще и другимъ образомъ можетъ вызвать тромбозъ бедренной вены, а именно параметритъ сдавливаетъ вены широкой связки и вѣтви *v. hipogast.* до *v. v. iliaca* и *cruralis*. Въ описанныхъ случаяхъ болѣзнь должна называться *phlegmon. cruralis* или параметритъ, но не *phlegmas. alb. dol.*

При піеміи въ толщѣ маточной стѣнки бываютъ тромбы. Маленькіе кусочки этихъ тромбовъ могутъ разноситься по кровеносной системѣ и въ венахъ нижней конечности дать начало закупоривающему тромбу, вслѣдствіе котораго происходитъ воспаление сосуда. Зараженіе тромба можетъ происходить послѣ его образованія, потому что кокки могутъ прибыть къ нему изъ самихъ сосудовъ или изъ окружающихъ частей, такъ что не для всѣхъ случаевъ прежней *phlegmas.* необходимо первичное зараженіе стрептококками бедренной вены. Въ послѣродовомъ періодѣ безъ всякой піеміи можетъ образоваться тромбъ въ венахъ конечностей, потому что въ стѣнкѣ матки всегда бываютъ тромбы, которые берутъ свое начало изъ сосудовъ мѣста прикрѣпленія плаценты.

Въ всякомъ случаѣ *phlegmas. alba dol.* не представляетъ результата опредѣленной рѣзко ограниченной болѣзни. Она встрѣчается въ разныхъ формахъ: за первичнымъ септическимъ пораженіемъ клѣтчатки слѣдуетъ воспаление и тромбозъ бедренной вены, или воспаление вены вызывается стрептококкомъ или за первичнымъ тромбозомъ слѣдуетъ воспаление вены.

На основаніи вышеизложеннаго видно, что *phlegmasia* бываетъ первичной и вторичной. Когда она является въ видѣ первичнаго страданія, то она зависитъ отъ тромбоза и воспаления сосуда, которые обусловливаются присутствіемъ стрептококка, или происходитъ вслѣдствіе занесенія пробки изъ маточной стѣнки въ сосуды нижней конечности. По этому лучше всего назвать первичное поражение сосудовъ, вызывающее картину *phlegmas.*, какъ предлагаетъ *Fehling*, *thrombophlebitis puerperalis*. Это названіе указываетъ на сущность процесса, хотя трудно сказать, въ какихъ случаяхъ сначала бываетъ воспаление, потомъ тромбозъ или наоборотъ.

Вторичная phlegmasia обуславливается параметритомъ, который ограничивается тазовой клѣтчаткой или переходитъ на клѣтчатку бедра. Въ послѣднемъ случаѣ процессъ долженъ называться phlegmonescruralis. Односторонне судили тѣ авторы, которые считали прежнюю phlegmas. только флегмоной бедра, идущей изъ параметрія. Во первыхъ phlegmas. часто протекаетъ безъ всякаго намека на параметритъ. Во вторыхъ она оканчивается полнымъ выздоровленіемъ безъ образованія абсцесса, чего не могло бы быть, если бы она была только флегмоной. Въ третьихъ клиническія явленія, какъ блѣдный цвѣтъ, разлитая болѣзненность при давленіи, говорятъ противъ флегмоны. Однимъ словомъ, должно выдѣлить особенную форму прежней phlegmas. какъ первичную болѣзнь, которая есть thrombophlebitis. Поэтому правъ *Kehrer*, который говоритъ, что болѣе тщательное клиническое и патолого-анатомическое изслѣдованіе могутъ установить сущность phlegmas. alb. dol.

Никто не сомнѣвается, что родильная горячка вызывается микроорганизмами, которые служатъ причиной thrombophlebitis v. femoralis, который есть частное явленіе общей картины. Существованіе стрептококка внѣ всякаго сомнѣнія. Является вопросъ, почему въ однихъ случаяхъ бываетъ thrombophlebitis, въ другихъ его нѣтъ, не смотря на то, что инфекція поразила значительные участки половой среды и другіе органы. Все зависитъ отъ моментовъ, которые благоприятствуютъ укрѣплению на венозной стѣнкѣ увлекаемаго потокомъ крови стрептококка.

Всякая роженица теряетъ кровь во время родовъ, послѣ которыхъ значительное количество крови ex vaso наполняетъ брюшную полость, такъ что кровообращеніе въ нижнихъ конечностяхъ замедляется. Въ глубинѣ заслоночныхъ кармановъ застаивается незначительное количество крови, которое легко можетъ подвергнуться процессу свертыванія благодаря присутствію стрептококка. Уже давно было отмѣчено, что при заразныхъ лихорадкахъ накапливается въ крови фибрино-образовательный ферментъ, который способствуетъ образованію призаслоночныхъ пробокъ. Повышеніе температуры ослабляетъ дѣятельность сердца, которая имѣетъ своимъ послѣдствіемъ замедленный токъ крови въ венозныхъ сосудахъ нижнихъ конечностей, который въ свою очередь можетъ совсѣмъ прекратиться въ при заслоночныхъ карманахъ. При плохой инволюціи матки, вслѣдствіе заразы, маточныя вены остаются расширенными, такъ что теченіе крови въ нихъ замедляется, что также предрасполагаетъ къ укрѣпленію стрептококка, вызывающаго воспаленіе и тромбозъ маточныхъ сосудовъ и ихъ развѣтвленій. *Вирховъ* предрасполагающими моментами считаетъ гидремію крови у беременныхъ и увеличеніе фибрина въ ней.

Бываютъ случаи, гдѣ thrombophlebitis v. femoralis появляется среди относительно полного здоровья, безъ какихъ бы то ни было лихорадочныхъ симптомовъ. Въ подобныхъ случаяхъ важную

роль играет конституція больной, которая реагирует на общія явленія, сопровождающіе роды.

Цлохое состояніе общаго питанія понижаетъ жизненную сопротивляемость тканей, и предрасполагаетъ къ заболѣванію.

Во время родовъ матка сильно и часто сокращается. Въ періодѣ прорѣзыванія роженица усиленно работаетъ мышцами верхнихъ, нижнихъ конечностей и живота. Такая напряженная работа оканчивается общимъ утомленіемъ больной, которая, какъ пластъ, лежитъ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ послѣ родовъ. Нервная система больной сильно угнетена и напряжена. Боязнь предстоящихъ родовъ, страхъ во время схватокъ и потугъ, рѣзкая болѣзненность послѣднихъ, вызывающая иногда даже обморочное состояніе, печальныя думы о себѣ и можетъ быть плодъ любви несчастной понижаютъ жизнедѣятельность организма и повышаютъ предрасположеніе къ заболѣванію. Отмѣчено, что всякія функціональныя излишества, сопряженные съ утомленіемъ, истощеніе и угнетеніе нервной системы облегчаютъ вредному началу, проникшему въ организмъ, проявить свое болѣзнетворное дѣйствіе.

Клиническое теченіе болѣзни крайне разнообразно.

Schwarze отмѣчаетъ два случая. Роды нормальны. Въ теченіе первыхъ дней послѣ родовъ незначительное повышеніе температуры, которая пала послѣ промыванія полости матки и снова поднялась съ появленіемъ опуханія конечности. Болѣзнь продолжалась всего шесть дней, и больныя выписались здоровыми.

Hensoldt. Больная 1 р. 26 л., плоскій тазъ. Роды окончены поворотомъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ. Разрывъ промежности III степени. На шестой день послѣ родовъ появилась лихорадка, которая держалась до 14 дня и зависѣла отъ *endometritis*. Затѣмъ 4 дня безъ лихорадки.

На 19 день послѣ озноба сильное повышеніе температуры, которая потомъ въ теченіе 4 дней держалась на средней высотѣ. Одновременно съ повышеніемъ температуры, при совершенно свободномъ параметріи, развилась на лѣвой ногѣ *phlegmasia alba dolens*, которая чрезъ короткое время прекратилась. На 23-й день больная переведена въ гинекологическое отдѣленіе, вслѣдствіе не зажившаго разрыва промежности.

Больная III р. 26 л. *Placenta praevia*. Комбинированный поворотъ. Извлеченіе. У очень анемичной больной на 4 день послѣ родовъ во время сильнаго приступа лихорадки лѣвая нога сдѣлалась очень болѣзненной и сильно опухла. Одновременно появилась значительная инфильтрація лѣваго параметрія. Чрезъ нѣсколько дней лихорадка начала постепенно падать. Другія явленія *phlegmas* мало по малу прекратились, такъ что больная на 39-й день выписалась здоровой.

Hochstetter. Больная III р. 26 л. Роды нормальны. До 10-го дня температура нормальна, на 11-й день ознобъ съ послѣдующей лихорадкой, продолжавшейся до 33-го дня. Только на 26-й день болѣзни появились боли въ лѣвой ногѣ, на которой прощупы-

валась *v. sarphena* въ видѣ плотнаго шнура. На 47-й день больная выписалась здоровой.

Hensoldt. Больная I р. 22 л. Роды нормальны. Въ течение первыхъ восьми дней все нормально. Вслѣдъ за потрясающимъ ознобомъ развилась сначала на правой потомъ на лѣвой ногѣ *phlegm. alb. dol.* при совершенно свободномъ параметріи. Лихорадка съ перерывами держалась до 59 дни. Выздоровленіе наступило медленно и больная совершенно оправилась на III день.

Больная *М. Ден—ва* II р. 35 л. средняго роста, слабаватаго питанія, первые роды окончены щипцами. Во время послѣдней беременности здорова. Роды продолжались 6 час. Родилась дѣвочка 7½ ф. 23/III.

На четвертый день послѣ родовъ, при легкомъ знобѣ, повышеніе температуры, которое зависѣло отъ множества мелкихъ обложенныхъ надрывовъ на вульвѣ и влагалищѣ, изъ которыхъ только одинъ началъ очищаться. Матка плохо инволютирована, смѣщена нѣсколько влѣво, лѣвый сводъ уже праваго, немного резистентенъ и болѣзненъ.

На 10 день, при все продолжающейся лихорадкѣ, появились кашель и жидкая мокрота, на 11 день сильное повышеніе температуры до 40,5°. До этого времени больная ни на что не жаловалась, 2/IV одновременно съ повышеніемъ температуры и ознобомъ появились сильныя боли на передней и внутренней поверхности лѣваго бедра, повидимому по ходу *v. cruralis*.

Пульсъ ниже средняго наполненія, 120 ударовъ въ минуту. Лихорадка продолжаетъ держаться на высокихъ цифрахъ. Общее состояніе больной ухудшается. Она значительно исхудала, не спитъ и имѣетъ плохой аппетитъ, боли то, затихаютъ то усиливаются. 4/IV Область лѣваго колѣна сильно опухла и болѣзненна. На слѣдующій день, при повышеніи температуры до 40,4°, опухоль распространилась на нижнія двѣ трети лѣвой ноги, которая сдѣлалась въ объемѣ значительно больше правой.

Съ 4/IV кашель началъ ослабѣвать. Температура по временамъ доходила до нормы. Объемъ ноги оставался безъ измѣненія. Боли по временамъ уменьшались въ своей интенсивности. Больная жалуется на онѣмѣніе конечности и ползаніе мурашекъ. Общее состояніе больной немного улучшилось. Со стороны внутреннихъ половыхъ органовъ никакихъ перемѣнъ.

5/V Боли въ ногѣ до того усилились, что больная крайне безпокойна, плачетъ, не спитъ; пришлось впрыснуть морфій подъ кожу. 16/V Температура субфебрильна. У больной за послѣдніе 2—3 дня поносы. Опухоль ноги распространилась на все бедро, незначительныя движенія котораго вызываютъ сильную боль.

7/VI У больной, лихорадившей въ течение послѣднихъ дней, образовался на наружной поверхности нижней трети бедра абсцессъ, вскрывшійся сегодня. При чемъ выдѣлилось громадное количество гноя. Окружность колѣннаго сустава сильно опухла и очень болѣзненна. 13/VI Подъ хлороформомъ вскрыта огромная флегмона бедра, распространяющаяся отъ тазо-бедреннаго до колѣннаго сустава.

Полость промыта и дренажирована. Послѣ операціи температура пала до нормы. Больная начала поправляться. Повязки мѣнялись чрезъ день. Вслѣдствіе образованія кармановъ и задержки гноя 17/iii были произведены разрѣзы въ подколенной ямкѣ и на внутренней поверхности бедра. Послѣ этой второй операціи количество вонючаго гноя всякій разъ постепенно уменьшалось. Рана начала очищаться и покрываться грануляціями. 10/ix Опухоль ноги значительно уменьшилась, чувствительность покрововъ при давленіи ничтожная. Чрезъ нѣсколько дней появились зудъ и боли свищей, которые держались не долго, но потомъ вскорѣ снова появились. 5/ii Гной изъ раны продолжаетъ выдѣляться въ незначительномъ количествѣ. Грануляціи удовлетворительны. Нѣкоторые свищи закрылись. Общее состояніе больной значительно поправилось; процессъ постепенно шелъ къ лучшему. Вдругъ 18/iii у больной появились жаръ и зудъ въ бедрѣ, температура поднялась до 38,5°. При осмотрѣ на бедрѣ была найдена краснота, характерная для рожи и распространявшаяся на всю голень и часть стопы. Дальнѣйшее теченіе съ рѣзкимъ повышеніемъ температуры вполне подтвердило діагнозъ рожи. 30/iii Началось шелушеніе кожи, которое продолжалось до 28/iv. Подъ вліяніемъ рожи заживленіе раны пошло какъ будто лучше, такъ что ко времени прекращенія шелушенія рана совершенно зажила.

Больная постепенно поправляется. Общее состояніе подъ вліяніемъ усиленнаго кормленія улучшается. Больная начала ходить на костыляхъ, потому что не можетъ двигать лѣвой ногой, которая совершенно неподвижна въ коленномъ суставѣ и мало подвижна въ тазобедренномъ, на лѣвомъ бедрѣ и въ области колѣна шесть рубцовъ отъ бывшихъ разрѣзовъ.

26/iv Подъ вліяніемъ массажа и ваннъ опухоль ноги значительно уменьшилась. Больная ходитъ съ палкой, потому что увеличилась подвижность тазобедреннаго сустава, и она можетъ слегка владѣть лѣвой ногой.

20/v Лѣвое бедро значительно толще праваго, при давленіи немного болѣзненно. Полный анкилозъ колѣннаго сустава. Пассивное движеніе лѣвой ноги въ этомъ суставѣ невозможно, потому что самое легкое сгибаніе вызываетъ сильную боль.

Останется ли отечность ноги, возстановится ли движеніе колѣннаго сустава сказать трудно? Требуется еще дальнѣйшее лѣченіе, отъ котораго больная отказалась.

Чрезъ годъ и три мѣсяца послѣ родовъ больная съ трудомъ ходила безъ палки, легко утомляется, чувствуетъ боль въ лѣвой ногѣ и не разгибаетъ колѣна.

Такимъ образомъ больную начало лихорадить съ 4-го дня послѣ родовъ вслѣдствіе существованія *ulcera puerperal.* На девятый день обнаружили симптомы со стороны легкихъ, на 11-й день, при рѣзкомъ повышеніи температуры, появилась сильная боль въ лѣвомъ бедрѣ. Чрезъ 2 дня послѣдовало опуханіе колѣна, которое быстро распространилось кверху и книзу. Въ параметрії можно было найти остатки прежде бывшаго параметрита, откло-

неніе матки влѣво, узость свода. Болѣзненные явленія характерныя для thrombophlebitis puerperalis, v. femoralis, почти безъ перемѣны сохранились въ теченіе двухъ мѣсяцевъ. Послѣ чего не на мѣстѣ первоначальнаго появленія опухоли, а на бедрѣ появился абсцессъ, который потребовалъ хирургическаго вмѣшательства. Флегмона бедра долго не заживала и въ концѣ осложнилась рожей раны. Больная годъ и три мѣсяца была прикована къ кровати. Болѣзнь не окончилась полнымъ выздоровленіемъ.

Zwicke. Больная VI р. 43 л. *Varices.* Послѣдніе роды нормальны. Дитя умерло на 12 день отъ *Trism'a*. На девятый день послѣ родовъ больная замѣтила съ внутренней стороны лѣваго бедра болѣзненное опуханіе, которое быстро распространилось книзу. Приступы жара и зноба. На 4 день болѣзни больная пришла въ клинику съ флегмоной бедра и голени лѣвой конечности. На бедрѣ флегмона рѣзко была выражена по направленію v. Saphen. На нѣкоторыхъ мѣстахъ гангрена кожи. Т—38,4°; Р—112. Вѣлокъ въ мочѣ. Было сдѣлано II разрѣзовъ на голени, чрезъ которые было выпущено большое количество кровянистой жидкости къ немного коричневой гнойной массы. Въ области разрѣзовъ было обнаружено нѣсколько закупоренныхъ тромбами венъ.

На бедрѣ сдѣлано 2 разрѣза. Промываніе ранъ 5% растворомъ карболовой кислоты.

Возвышенное положеніе, ежедневная повязка. Слѣдующіе два дня t°—36,1°—39,2°; Р—76. 104. Пять разъ жидкія испражненія. На слѣдующій день при перемѣнѣ повязки была найдена рожистая краснота на наружной поверхности бедра, которая чрезъ день распространилась на заднюю поверхность. Т—40,3°. Несмотря на большіе дозы хинина температура оставалась очень высокой 40,0°—40,3°; Р. 124—136. На нѣкоторыхъ мѣстахъ голени гангрена кожи. Изъ разрѣзовъ во время промыванія выдѣлялись въ большомъ количествѣ куски омертвѣвшей ткани. На 7-й день пребыванія въ клиникѣ задержаніе мочи, бурный бредъ; t°—41,0°; Р. 140. Рожистая краснота поблѣднѣла. Вечеромъ коллапсъ. Вскрытіе: Myocarditis, Nephritis et hepatitis parenchymatosa. Oedema pulmon.

Приведенные случаи указываютъ на разнообразную клиническую картину thrombophlebitis puerperalis.

Болѣзнь начинается по Рунге въ теченіе второй недѣли послѣ родовъ, по Шредеру на девятый, по Ribemont—Dessaigues чрезъ 12—15 дней, по Dieulafoy чрезъ 5—15 дней. Въ вышеприведенныхъ наблюденіяхъ чаще всего девятый день былъ началомъ болѣзни, самый ранній срокъ 4-й день, самый поздній 19-й.

Бываютъ случаи, гдѣ уже съ 4—5 дня на лицо всѣ симптомы болѣзни, которые иногда могутъ обнаружиться только чрезъ 20 дней послѣ родовъ или даже позже.

Болѣзнь часто сопровождается предвѣстниками, къ которымъ должно отнести повышеніе температуры, воспаленіе тазовыхъ венъ или ихъ тромбозъ. При осторожномъ внутреннемъ изслѣдованіи удастся иногда въ тазу прощупать закупоренныя вены

широкой связки или вѣтви v. hypogastric. Послѣднія часто легко прощупываются вдоль spin. ischii. Къ предвѣстникамъ можно отнести болѣзни мягкихъ родовыхъ путей, которые особенно часто и легко подвергаются заболѣванію послѣ акушерскихъ операцій или продолжительныхъ родовъ при узкихъ тазахъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ болѣзнъ появляется у совершенно здоровыхъ не лихорадящихъ родильницъ, обыкновенно же ей предшествуетъ однократное или многократное повышеніе температуры. Появленіе thrombophlebit'a безъ предшествующей лихорадки зависитъ отъ способа измѣренія температуры. Можетъ случиться, что въ часы измѣренія температура нормальна, въ то время какъ въ другіе часы она повышена. Съ тѣхъ поръ, какъ начали чаще и правильнѣе измѣрять температуру родильницъ, увеличилось число лихорадящихъ. Съ другой стороны отсутствіе предшествовавшей лихорадки оправдываетъ взглядъ *Fehling'a*, что thrombophlebitis puerperal. можетъ произойти безъ всякаго зараженія. Всегда существующіе послѣ родовъ на стѣнкѣ матки тромбы могутъ оторваться и дать начало тромбозу какой бы то ни было тазовой вены или ея вѣтви. Тромбъ остается не зараженнымъ или его инфекція происходитъ послѣ его образованія.

Существованіе параметрита и его продолженія—phlegmone sigualis вовсе не обуславливаетъ появленіе thrombophlebit'a. Пораженіе параметрія послѣ родовъ встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ тромбофлебитъ. При томъ бываетъ и такъ, что оба эти страданія появляются одновременно, или тромбофлебитъ протекаетъ безъ какого бы то ни было пораженія околоматочной кѣлѣчатки. Такимъ образомъ параметритъ нельзя отнести къ непрѣмнымъ спутникамъ или предшественникамъ тромбофлебита. Еще раньше послѣдній былъ раздѣленъ на первичный и вторичный. Существованіе перваго внѣ всякаго сомнѣнія, на что указываютъ и вышеприведенныя наблюденія, гдѣ не было ни разу предшествовавшего параметрита. Только одинъ разъ онъ появился одновременно съ пораженіемъ лѣвой ноги. Вторичный тромбофлебитъ отступаетъ на задній планъ при существованіи вызывающей его болѣзни. Клиническое теченіе того и другого одинаково.

Pinard считаетъ предвѣстникомъ боль въ груди, плечѣ и боку и кровавую мокроту, которая появляется на нѣсколько дней позже и указываетъ на эмболию легочныхъ капилляровъ. Эти чисто грудныя явленія характеризуютъ особую форму тромбофлебита съ легочнымъ началомъ — phlegmasia alb. dol. *Vaquez'a*.

Сама болѣзнъ начинается своеобразными мѣстными явленіями, которыя состоятъ въ тромбозѣ v. sigualis или ея вѣтвей, боляхъ и опухоли конечности и т. д.

Боль, которая появляется раньше отека, бываетъ въ области тромбоза. Она очень сильна и имѣетъ характеръ то тупой, то рвущей боли. Иногда боль локализируется въ одномъ мѣстѣ, въ тазу, ягодицахъ, пахахъ, бедрѣ, подколенной ямкѣ, икрѣ или лодыжкѣ, въ другой разъ она распространяется то вверхъ, то внизъ или сразу появляется на нѣсколькихъ мѣстахъ. Боли уси-

ливаются отъ давленія и движенія конечностью и сопровождаются судорогами, ощущеніемъ напряженія или холода. По временамъ боли ослабѣваютъ, въ другое время онѣ до того сильны, что больныя едва ихъ переносятъ.

Кожа въ первые дни теряетъ тактильное и температурное чувство, напротивъ того болевая чувствительность повышена. Затѣмъ появляются въ различныхъ мѣстахъ гиперестезіи. Мышечное чувство сохранено. Электромышечная возбудимость также сохранена. Больная конечность неподвижна, находится въ легкой флексіи съ поворотомъ кнаружи, иногда въ полной экстензіи съ легкимъ поворотомъ кнаружи или внутрь. Интензивность болей зависитъ, можетъ быть, отъ воспаления невритомы *N. cruralis* и особенно *N. ischiadic.* или отъ неподатливости окружающихъ нервъ частей: костей и фасцій, къ которымъ отечныя ткани прижимаются. Боль пропорціональна отеку и начинаетъ ослабѣвать съ уменьшеніемъ послѣдняго.

Отекъ появляется одновременно съ остальными симптомами болѣзни или скоро слѣдуетъ за ними. Иногда же онъ обнаруживается чрезъ нѣсколько дней, бываетъ незначителенъ или совершенно отсутствуетъ. Онъ начинается въ верхней или нижней части бедра или даже около пальцевъ ноги, гдѣ онъ можетъ остаться. Все зависитъ отъ того, въ какой венѣ произошелъ тромбъ—въ *v. v. cruralis, saphena, poplitea*. Отекъ не ограничивается мѣстомъ своего первоначальнаго происхожденія, но быстро распространяется вверхъ или внизъ, постепенно захватывая весь членъ. Иногда же отекъ появляется въ одномъ мѣстѣ, въ то время какъ тромбозъ выраженъ въ другомъ. „При первоначальномъ воспаленіи одной изъ вѣтвей *v. saphenae* отекъ направляется снизу вверхъ. Въ общемъ онъ слѣдуетъ направленію, въ которомъ удлиняется тромбъ. Можно себѣ представить, что непосредственно подъ тромбомъ давленіе въ венахъ наибольшее, такъ что количество просачивающейся чрезъ стѣнку плазмы здѣсь гораздо большее, чѣмъ на периферіи, гдѣ благодаря коллатеральнымъ путямъ давленіе выравнивается. *Kehrer.*“ Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ коллатеральныя пути достаточно развиты, отекъ бываетъ не рѣзко выраженъ, и больная конечность на нѣсколько см. толще здоровой. Въ противномъ случаѣ отекъ до того великъ, что объемъ конечности становится значительно больше здоровой, иногда даже вдвое.

Кожа представляется бѣловатой, матоваго цвѣта вслѣдствіе ишеміи. Она гладкая, блестящая, сильно напряжена; въ первые дни болѣзни при надавливаніи пальцемъ не образуется углубленіе, затѣмъ только при сильномъ и продолжительномъ давленіи остается неглубокая ямка. При сильно выраженномъ отеѣ въ теченіе всей болѣзни отъ давленія не остается слѣда. Этотъ отекъ не имѣетъ сходства съ другими отеками, зависящими отъ пропитыванія ткани серозной жидкостью. Подкожная клѣтчатка при разрѣзѣ кажется студенистой, плотной. Температура кожи въ

области отека выше, чѣмъ на соотвѣтствующемъ мѣстѣ здоровой конечности.

При осторожномъ и умѣренномъ давленіи можно прощупать пораженный участокъ вены въ видѣ твердаго, болѣзненнаго, извилистаго шнурка. Въ области клапановъ вена образуетъ значительныя расширенія, которые осязаются пальцемъ. Константирование закупоренной вены обусловливается интенсивностью отека, поверхностнымъ или глубокимъ положеніемъ пораженнаго сосуда. Величина закупореннаго участка иногда бываетъ очень велика. Тамъ, гдѣ нѣтъ инфекции, тромбъ имѣетъ незначительную величину. Онъ можетъ распространяться въ восходящемъ или нисходящемъ направленіи. Иногда онъ начинается въ венахъ таза и доходитъ до вѣтвей *v. femoralis*. Въ другихъ случаяхъ онъ начинается въ *v. v. poplitea* или *saphena* и продолжается вверхъ до *v. femoralis*. Если тромбъ доходитъ до *v. iliaca communis*, то онъ можетъ вызвать тромбофлебитъ второй конечности. Когда закупорена глубокая вена, на поверхности кожи бываютъ, хотя не всегда, голубоватыя сѣти расширенныхъ мелкихъ сосудовъ.

Преимущественно поражается лѣвая нога. Очень рѣдко болѣзнь начинается съ правой ноги, какъ въ одномъ случаѣ *Hensoldt* а. Встрѣчается одновременное поражение обѣихъ нижнихъ конечностей. Чаше бываетъ, что за пораженіемъ лѣвой ноги чрезъ 8—12 дней заболѣваетъ правая нога при значительномъ повышеніи температуры и ожесточеніи другихъ явленій. Въ отмѣченныхъ выше восьми случаяхъ двустороннее поражение ногъ было одинъ разъ. *Pinard* видѣлъ заболѣваніе нижнихъ конечностей шесть разъ на 29 случаевъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ тромбофлебитъ поражаетъ и верхнія конечности. *Ribemont-Dessaigues* упоминаетъ о случаѣ, гдѣ были поражены обѣ ноги и правая рука.

Лихорадка при тромбофлебитѣ не имѣетъ правильнаго теченія. Начало болѣзни сопровождается ознобомъ и повышеніемъ температуры. Ознобъ продолжается различное время: $\frac{1}{2}$ —2 часа. Послѣ него больныя имѣютъ жалкій, разбитый видъ, температура достигаетъ значительной высоты. Во всякомъ случаѣ въ день проявленія болѣзни температура выше предыдущаго дня. Если больную раньше лихорадило, то температура въ день заболѣванія доходитъ до $40,5^{\circ}$; что было въ нашемъ случаѣ. Обыкновенно же она достигаетъ $39,0^{\circ}$. Въ теченіе болѣзни она чаще всего держится въ предѣлахъ $38,0^{\circ}$ — $39,0^{\circ}$, только въ тяжелыхъ случаяхъ достигаетъ до $40,0^{\circ}$ и болѣе; такъ напр. въ смертельномъ случаѣ *Zwicke* температура, не смотря на большіе дозы хинина, держалась на $40,0^{\circ}$ — $40,3^{\circ}$ и въ день смерти поднялась до $41,0^{\circ}$. Въ общемъ на теченіе температуры оказываетъ вліяніе предшествовавшее состояніе родильницы и тяжесть инфекции. Въдѣ тромбофлебитъ есть частное проявленіе піеміи. Если до заболѣванія не было лихорадки, то температура держится все время около $39,0^{\circ}$, если больную до того лихорадило, то температура достигаетъ $40,5^{\circ}$. Лихорадка чаще всего бываетъ послабляющаго характера, рѣдко перемежающаго, иногда она спускается до

нормы, чтобы снова подняться. Рѣзкое повышеніе температуры обуславливается ожесточеніемъ болѣзни, которое часто сопровождается отекомъ другой конечности или какимъ нибудь другимъ осложненіемъ, напр. рожей, флегмоной и т. д. Большею частью паденіе температуры представляетъ первый признакъ начинающагося выздоровленія. Лихорадка прекращается раньше другихъ симптомовъ болѣзни, которая еще долго можетъ продолжаться.

Пульсъ слѣдуетъ за повышеніемъ температуры и при высокой лихорадкѣ достигаетъ 120 и болѣе ударовъ въ минуту. Аппетитъ съ начала болѣзни ослабленъ или даже совсѣмъ отсутствуетъ. Стулъ задержанъ или больную слабитъ, въ мочѣ появляется бѣлокъ. При продолжительномъ теченіи болѣзни больная теряетъ въ вѣсѣ, становится блѣдной, малокровной, вслѣдствіе сильныхъ болей она страдаетъ безсонницей.

Если тромбофлебитъ начинается среди полного здоровья, то болѣзнь продолжается короткое время при незначительныхъ симптомахъ. Въ подобныхъ случаяхъ болѣзнь можетъ продолжаться около шести дней и окончиться полнымъ выздоровленіемъ, какъ это было въ двухъ случаяхъ *Schwarze*. *Шредеръ* опредѣляетъ продолжительность болѣзни 8—14 дней, *Ribemont-Dessaignes* 3—4 недѣли, *Руне* нѣсколько недѣль. Довольно часто болѣзнь продолжается 3—4 мѣсяца и даже значительно больше. Въ легкихъ случаяхъ болѣзнь продолжается нѣсколько дней или 2—3 недѣли. Всѣ явленія исчезаютъ безъ слѣда, такъ что роженица пользуется полнымъ здоровьемъ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ болѣзнь продолжается 2—4 мѣсяца. Къ счастью для больной лихорадка не держится все время. Она прекращается довольно рано, остаются боль и отекъ и связанные съ ними послѣдствія. Въ скоромъ времени отекъ тоже начинается уменьшаться и больная мало по мало начинаетъ владѣть больной ногой. Самый упорный и продолжительный симптомъ болѣзни—отекъ. Часто проходятъ цѣлые мѣсяцы, а онъ остается безъ измѣненія и только подъ вліяніемъ энергичнаго леченія постепенно всасывается. При этомъ можетъ случиться, что онъ не исчезнетъ совсѣмъ, а остается нѣкоторая припухлость ноги. Особенно долго тянутся тѣ случаи, гдѣ наступаетъ нагноеніе съ образованіемъ абсцессовъ и омертвѣніемъ кожи и подкожной клетчатки. Въ нашемъ случаѣ чрезъ два мѣсяца послѣ начала болѣзни появилась флегмона бедра, которая продержала больную въ постели больше года. Пізмія наступаетъ очень рѣдко вслѣдствіе распаденія тромба. Преимущественно процессъ оканчивается благопріятно полнымъ выздоровленіемъ послѣ долгаго и медленнаго всасыванія отека. Пока существуетъ отекъ боли могутъ беспокоить больную и повременамъ достигаютъ значительной степени. Даже по выздоровленіи нога легко утомляется при ходьбѣ и иногда появляются въ ней довольно сильные боли. Въ рѣдкихъ случаяхъ быстро наступаетъ смерть, которая обуславливается тяжелой инфекціей и глубокими измѣненіями, которыя

она вызываетъ: гангренѣю кожи и подкожной клѣтчатки, рожей, лимфагитами, что особенно рѣзко выступило въ случаѣ *Zwiske*.

Въ настоящее время къ большимъ рѣдкостямъ относятся безусловно смертельныя формы *phlegmas. alb. dol.*: синкопальная убивающая въ нѣсколько минутъ вслѣдствіе сердечной эмболии и легочная—зависящая отъ легочной эмболии, приводящей смотря по ея размѣрамъ къ быстрой смертельной или медленной асфиксѣи.

Послѣ болѣзни остаются иногда настоящій или временный параличъ конечности съ атрофіей мышцъ, невралгіи п. п. *cruentalis* и *ischadicus*., которыя ожесточаются во время мѣсячныхъ. Неподвижность суставовъ вслѣдствіе воспаления въ нихъ самихъ или окружающихъ частяхъ часто бываетъ послѣдствіемъ тромбоза. Отекъ и боль могутъ часто возвращаться и повести къ хроническому опуханію конечности, такъ что образуется нѣчто въ родѣ элевантіазиса. Къ непріятнымъ послѣдствіямъ принадлежить особенное уродство ноги и пальцевъ извѣстное подъ названіемъ флебитической косолапости *Verneuil'a*.

Распознаваніе довольно легко на основаніи вышеизложеннаго У родильницы чрезъ нѣсколько дней послѣ родовъ появляется боль и отекъ ноги и лихорадка. Смѣшать можно съ обыкновеннымъ тромбозомъ вены, который иногда бываетъ у родильницъ. Тромбъ *v. Saphenae* и ея вѣтвей протекаетъ безъ лихорадки, отекъ съ самаго начала появляется у пальцевъ ноги или лодыжекъ. При давленіи пальцемъ остается глубокая ямка. Многочисленные расширенныя сосуды, по которымъ какъ по коллатералямъ стремится кровь, придаютъ кожѣ синеватый оттѣнокъ. Должно имѣть въ виду, что при порокахъ сердца и болѣзняхъ почекъ у родильницъ могутъ появиться отеки, которые отличаются отъ тромбоза присутствіемъ признаковъ, характерныхъ для этихъ болѣзней. Кромѣ того самый отекъ представляетъ явленія застойнаго отека, который не сопровождается ознобомъ и другими признаками родильной горячки и появляется одновременно на обѣихъ конечностяхъ.

Предсказаніе большею частью благопріятное. Благодаря болѣе правильному и рациональному родовспоможенію тяжелые случаи инфекціи, а слѣдовательно и тромбоза, встрѣчаются все рѣже. Самый частый исходъ это выздоровленіе, потому что *phlegmas. alb. dol.* только въ исключительныхъ случаяхъ оканчивается піеміей и смертью.

Во время болѣзни трудно сказать, какія послѣдствія она оставитъ. По этому нечего спѣшить съ прогнозомъ. Должно принимать во вниманіе предшествовавшее состояніе больной. Совершенно полное выздоровленіе и легкое теченіе бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь начинается среди повидимому полного здоровья. Многократное повышеніе температуры и нарушеніе общаго состоянія больной указываютъ на болѣе серьезную инфекцію, которая ничѣмъ другимъ не проявилась, какъ только тромбозомъ. Здѣсь съ предсказаніемъ должно быть осторожнымъ, потому что болѣзнь можетъ долго тянуться. Чѣмъ она болѣе продол-

жительна, тѣмъ менѣе благоприятно предсказаніе, потому что болѣзнь оставляетъ неприятыя послѣдствія, о которыхъ было сказано выше. Отмѣчено, что болѣзнь поражаетъ нѣсколько членовъ одного и того же семейства. Она можетъ появиться у той же женщины при слѣдующихъ родахъ, не смотря на мѣры предосторожности во время родового акта, потому что конечность представляетъ *locus minoris resistentiae*.

При вскрытіи находятъ въ венѣ закупоривающій тромбъ въ различныхъ стадіяхъ его развитія и превращенія, а самую стѣнку въ воспаленномъ состояніи. Къ тому тромбъ плотно прилегаетъ къ стѣнкѣ сосуда, такъ что его невозможно отдѣлить, не нарушая цѣлости послѣдней. Является вопросъ, что происходитъ раньше—тромбъ или воспаленіе сосуда? При изслѣдованіи рѣшить этотъ вопросъ довольно трудно, потому что оба процесса находятъся здѣсь въ конечномъ стадіи своего развитія.

Тромбъ есть результатъ свертыванія крови, которое не происходитъ въ сосудахъ съ живой нормальной стѣнкой, что подтверждается опытомъ осторожнаго наложенія двухъ лигатуръ на сосудъ. Кровь въ межуточномъ отдѣлѣ остается жидкой, пока не наступаетъ измѣненіе питанія эндотелія или воспаленіе стѣнки. Одно измѣненіе стѣнки сосуда не въ состояніи вызвать свертываніе крови при нормальномъ токѣ ея. При разрывахъ внутренней и (даже) средней оболочекъ сосуда или легкомъ воспаленіи его, когда послѣднее не доходитъ до *intimae*, кровь остается жидкой. Такимъ образомъ для образованія тромба внутри сосуда нуженъвзаимодѣйствіе нѣсколькихъ причинъ.

Среди нихъ извѣстное значеніе имѣетъ увеличеніе фибрина въ крови беременной и лихорадка, сопровождающая патологическій послѣродовой процессъ.

Воспаленіе вены преимущественно начинается съ *adventitiæ* или тканей, окружающихъ вену, такъ что на первомъ планѣ выступаютъ явленія перифлебита, при которомъ еще не можетъ произойти свертываніе крови внутри сосуда. *Freudweiler* выпрыскивалъ въ вены *Lugol*овъ растворъ, который вызывалъ эксудативное воспаленіе. Послѣднее началось съ *adventitiæ*, гдѣ оно болѣе всего распространено; процессъ съ *adventit.* переходитъ на *mediam*. Замѣчено, какъ лейкоциты двигаются съ наружной оболочки къ внутренней, въ которой соединительная ткань утолщается вслѣдствіе увеличенія волоконъ и клѣточныхъ элементовъ. Что касается внутренней оболочки, то въ ней замѣчалось увеличеніе и размноженіе эндотелія. Эти явленія выступаютъ еще до перехода воспаленія съ *adventitia* на *media*, и обусловливаются непосредственнымъ дѣйствіемъ раздражителя на эндотелій, такъ что ихъ должно отнести къ первичнымъ явленіямъ вліянія внутри сосудистаго раздражителя. При *thrombophlebit. puerperal.* воспаленіе стѣнки сосуда вызывается стрептококкомъ, который циркулируетъ въ крови и непосредственно раздражаетъ стѣнку въ мѣстахъ своего поселенія. Принесенный потокомъ крови стрептококкъ застаивается въ заслоночныхъ карманахъ, раздражаетъ эндотелій

и вызываетъ воспаленіе стѣнки. Эндотелій набухаетъ, пролиферируетъ, становится зернистымъ, слущивается и распадается. Intima дѣлается неровной, шероховатой, прилегающая къ ней кровь начинаетъ свертываться.

По изслѣдованіямъ *Widal*'я при дальнѣйшемъ теченіи воспаленія внутренняя оболочка утолщается вслѣдствіе образованія соединительнотканнхъ волоконъ, между которыми находятся большія соединительно тканныя клѣтки и волосныя сосуды, не имѣющіе ясной структуры. Утолщенная intima сливается съ сгусткомъ, и сосуды проникаютъ въ послѣдній. Воспаленіе распространяется далѣе къ периферіи и быстро переходитъ съ media на adventitiam.

Образовавшійся тромбъ занимаетъ весь просвѣтъ сосуда и состоитъ изъ сѣти фибрина и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, расположенныхъ преимущественно по периферіи и безцвѣтныхъ тѣлецъ, скопляющихся большею частью въ центрѣ. Этотъ сгустокъ подвергается различнымъ превращеніямъ. Элементы его распадаются и исчезаютъ путемъ всасыванія, такъ что сосудъ становится проходимымъ. Со стѣнки сосуда въ тромбъ вростаютъ соединительная ткань и вмѣстѣ съ ней туда проникаютъ мельчайшіе сосуды, такъ что тромбъ дѣлается проходимымъ; онъ организовался. „При такъ называемой phlegmas. alb. dol., по *Landerer*'у врастающіе въ тромбъ сосуды идутъ съ обоихъ концовъ его на встрѣчу другъ другу и достигаютъ, наконецъ, до соприкосновенія и сліянія между собой; а такъ какъ окружающая ихъ ткань въ то же время постепенно сморщивается, то они должны расширяться и открыть такимъ образомъ свободный путь для кровообращенія отъ одного конца тромба до другого“. Иногда центральная часть тромба размягчается и дѣлается проходимою, въ то время какъ периферическая часть превращается въ плотную ткань, или наконецъ тромбъ не становится проходимымъ, и вена превращается въ плотный фиброзный шнурокъ. „Коллатеральный путь развивается медленно чрезъ v. v. epigastricae, lumbales, circumflexailei, чрезъ вѣтви v. v. pudentae int. и ischiadicae, далѣе чрезъ v. v. spinales, sacrales и др. и наконецъ чрезъ v. v. haemorrhoidales въ воротную вену. (Fehling)“.

Очень рѣдко тромбъ распадается и даетъ начало піеміи, потому въ немъ *Widal* нашелъ чистые культуры стрептококка.

Чѣмъ болѣе строго соблюдаются правила асептики и антисептики во время родовъ, тѣмъ менѣе опасность заболѣть. Должно зорко слѣдить за выходженіемъ дѣтскаго мѣста, чтобы въ полости матки ничего не осталось. Послѣ родовъ родильница должна спокойно лежать въ кровати. Ей запрещаютъ садиться, вставать, быстро поворачиваться и двигать нижними конечностями. Въ случаѣ расслабленія матки назначаютъ secale cornut. Все это имѣетъ въ виду предупредить образованіе тромба. Замѣчено, что тромбофлебитъ появляется у больныхъ родильницъ, которыя рано оставили постель. Поэтому *Pinard* совѣтуетъ удерживать въ кровати, какъ можно дольше, всякую женщину, у которой послѣ-родовой процессъ имѣлъ ненормальное теченіе. Очень можетъ

быть, что продолжительное пребываніе въ постели предохраняетъ много женщинъ отъ тромбоза нижней конечности.

Лишь только появились первые признаки тромбофлебита, больную укладываютъ въ постель. Во время озноба ее укутываютъ, согрѣваютъ. Если онъ долго продолжается, то больной даютъ горячее питье—чай, кофе, вино. Высокая температура послѣ озноба не требуетъ употребленія жаропонижающихъ средствъ. Последнее назначается только тогда, когда температура держится на высокихъ цифрахъ. Все вниманіе обращаютъ на питаніе больной и мѣстное лѣченіе.

Во время лихорадки назначаютъ жидкую питательную пищу: молоко, кофе, чай, какао, бульонъ съ яйцомъ или безъ него, питательные супы съ рисомъ, соматозу, мясной экстрактъ, пептонъ и др. Затѣмъ крѣпкія вина, которыя не вызываютъ запоровъ—портвейнъ, марсала, токай, коньякъ, ромъ и др. (*Fehling*). Внутрь даютъ хининъ и *tonica* для поддержанія силъ больной.

Тазъ и конечность неподвижно покоятся на постели. Ногу, слегка согнутой въ колѣнѣ, придаютъ возвышенное положеніе, чтобы уменьшить отекъ и облегчить циркуляцію крови. Ногѣ укладываютъ въ шину или на подушку. При этомъ надо обратить вниманіе на то, чтобы область лодышекъ и пяточная кость не подвергались давленію, гдѣ очень легко можетъ произойти *decubitus*. Для этого нижняя часть ноги кладется вѣ шины или подушки. Ногѣ окутываютъ свинцовыми или простыми компрессами, которые лучше всего класть на поверхность ноги, а не обинтовывать. Можно ногѣ укутать ватой. *Pinard* рекомендуетъ компрессы изъ раствора солянокислаго аммонія. Чтобы ихъ не мѣнять часто и не беспокоить конечности, компрессы пропитываютъ растворомъ два раза въ день. Это дѣлаютъ до тѣхъ поръ, пока не появятся пузырьки, наполненные гноемъ. Послѣ этого ногѣ припудриваютъ и укутываютъ густымъ слоемъ ваты. При сильныхъ боляхъ прикладываютъ пузырь со льдомъ или смазываютъ кожу *tr. opii* и закрываютъ густымъ слоемъ ваты. Втираніе наркотическихъ веществъ въ больную ногѣ должно производиться съ большою осторожностью. Во время этихъ манипуляцій можетъ оторваться кусокъ тромба, такъ что лучше отказаться отъ этого. Сначала кладутъ ледяные, а затѣмъ согрѣвающие компрессы. Руководствуются самочувствіемъ больной. *Kehrer* совѣтуетъ втирать ртутную мазь въ здоровую конечность, при пораженіи обѣихъ втираютъ мазь въ руку до появленія стоматита.

Прекращеніе лихорадки указываетъ на то, что болѣзнь начинаетъ затихать и наступаетъ періодъ выздоровленія. Если же появились флегмона или абсцессъ на нижней конечности, то нужно сейчасъ прибѣгнуть къ хирургическому лѣченію. Ранній разрывъ и тщательное промываніе раны значительно укорачиваютъ теченіе болѣзни.

Какъ долго держать больную въ постели? Преждевременное вставаніе до рассасыванія тромба можетъ имѣть печальныя послѣдствія. Во время ходьбы кусокъ тромба отрывается и можетъ

повести къ смертельной эмболии, или движеніе конечностью способствуетъ ожесточенію болѣзни. Лучше всего поддержать больную въ кровати около 40 дней послѣ прекращенія лихорадки. За это время отекъ успѣетъ рассосаться. Страхъ предъ эмболией не долженъ быть причиной долгаго держанія больной въ постели. Продолжительное пребываніе въ постели можетъ вызвать пролежни на ягодицахъ. Частое обмываніе теплой водой съ спиртомъ или лимоннымъ сокомъ укрѣпляетъ кожу.

Полному излѣченію очень много помогаетъ пассивная гимнастика суставовъ, массажъ и электризація конечности. Ванны оказываютъ очень хорошее вліяніе на общее состояніе больной и мѣстный процессъ. Рапные и грязевыя ванны содѣйствуютъ быстрому уничтоженію опухлости, которая держится дольше всего. Въ виду того, что послѣ болѣзни остается особая склонность къ отеку конечности, очень полезно бинтовать больную ногу или носить эластическій чулокъ. Не слѣдуетъ разрѣшать больнымъ много ходить вскорѣ послѣ выздоровленія. Ходьба быстро утомляетъ, вызываетъ боль и даже припухлость ноги.

М. Орбантъ.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1) *Kehrer*. Handbuch der Geburtshülfe herausgegeben von Müller.
- 2) *Ribemont-Dessaignes et Lepage*. Précis d'obstétrique.
- 3) *Fehling*. Die Physiologie und Pathologie des Wochenbetts.
- 4) *Dieulafoy*. Руководство внутренней патологии.
- 5) *Руне*. Учебникъ акушерства.
- 6) *Лазаревичъ*. Курсъ акушерства.
- 7) *Шредеръ*. Руководство по акушерству.
- 8) *Schwarze*. Jahresbericht über 1888—89, Aus der geburtshülf. Klinik Prof. Gusserow. Charité—Annalen 1892.
- 9) *Hensoldt*. Ibidem. Charité-Annal 1890 r.
- 10) *Hochstetter*. Ibidem. Charité-Annal 1894 r.
- 11) *Zwicke*. Bericht über die chirurgische Klinik. Charité-Annal 1883 r.
- 12) *Freudweiler*. Über experimentelle Phlebitis. Virchow's Arch. B. 141 h. 3.
- 13) *Riviere*. De la phlegmasia alb. dol. puerperale. Рефератъ. Schmidt's. Jahrbüch. B. 240. II. I.
- 14) *Sanderer*. Руководство общей хирургической патологии и терапіи.

Редакторы: { Д. Оттъ.
Л. Личкусъ.