

70
17-53
60

✓

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

1182

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТІИ:

А. П. ГУБАРЕВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ ЮРЬЕВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Г. Е. РЕЙНА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ УНИВЕРСИТЕТА СВ. ВЛАДИ-
МИРА ВЪ КИЕВѢ.

Н. Ф. ТОЛОЧИНОВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

А. Я. КРАССОВСКАГО,
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВОСПО-
МОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

К. Ф. СЛАВЯНСКАГО,
ПРОФЕССОРА КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И
ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

Н. Н. ФЕНОМЕНОВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

А. М. МАКѢВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА МОСКОВ-
СКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

В. Ф. СНЕГИРЕВА,
ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ
МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. В. ЯСТРЕБОВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ ВАРШАВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

Д. О. ОТТА.
ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО
ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОБЫВАЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

И

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

Л. Г. ЛИЧКУСА,
СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИН-
СКОМЪ РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ.

540

ТОМЪ IX.

1895.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1895.

ОГЛАВЛЕНИЕ IX ТОМА.

I. ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

	СТР.
Абражановъ А. А. Случай примѣненія стрихнина при слабости родовыхъ схватокъ и стрихниннаго столбняка у плода	1021 ✓
Ануфриевъ А. А. Нѣсколько замѣчаній объ изслѣдованіи роженицъ <i>per rectum</i> на основаніи 25 случаевъ личныхъ наблюденій	201 ✓
Богдановъ П. Ф. Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи уретро-влагалищныхъ фистулъ	38 ✓
Бржезинскій В. А. Къ терапіи простыхъ хроническихъ эндометритовъ	376 ✓
Бурлаковъ В. М. Цѣль, условія и показанія къ операціи такъ называемыхъ высокихъ щипцовъ	41 ✓
Вайнштейнъ Е. М. Несмѣняемая повязка и гигроскопичность перевязочныхъ средствъ въ вопросѣ объ уходѣ за пу- повиннымъ остаткомъ	845 ✓
Вишнепольскій В. Случай безводныхъ родовъ въ сочета- ніи съ <i>placenta praevia</i>	826 ✓
Губаревъ А. И. Выборъ инструмента для быстрого рас- шенія шейки матки	254 ✓
— — — Къ оперативному лѣченію высокихъ пузыр- но-влагалищныхъ свищей	1099 ✓
— — — О дренажѣ брюшной полости	217 ✓
Давыдовъ Г. Л. Къ вопросу объ измѣненіи эластической ткани матки при разрывахъ ея во время беременности и родовъ	1057 ✓
Доббертъ Ф. А. Сообщенія изъ больницы практической	124 ✓
Драницынъ А. А. Клиническіе матеріалы къ ученію о труб- ной беременности	501 ✓
Егоровъ Г. Случай множественной саркомы влагалища	468 ✓
Жихаревъ С. С. Къ ученію о мѣсячныхъ	927 и 1114 ✓
Заболотскій А. П. Влагалищно-кишечный свищъ отъ при- сутствія въ рукавѣ „ <i>Damen Sporen</i> “	1018 ✓
Заболотскій А. П. Первичный плоскій эпителиальный ракъ полости тѣла матки	616 ✓
Каннегисеръ Н. С. Нѣсколько словъ къ вопросу о внутри- утробномъ трупномъ окоченѣніи плодовъ	31 ✓
Кауфманъ Р. Л. Случай разрыва матки во время беремен- ности	233 ✓
Колбасенко И. С. Къ вопросу о причинахъ <i>pruritus univer-</i> <i>salis</i> у беременныхъ	721 ✓
Кубе Н. Н. Къ вопросу о придаточныхъ трубахъ и отверстіяхъ	458 ✓
Кудишъ Г. И. 160 случаевъ выскабливанія матки	640 ✓
Левицкій Г. Г. Расщепленный тазъ	725 ✓

Липинскій С. Саркоматозная опухоль праваго яичника, удаленная путемъ лапаротоміи	631 ✓
Львовъ И. М. О причинахъ неправильныхъ положеній и поворотовъ младенца при родахъ	741 ✓
— — — Роды при сросшихся плодахъ	110 ✓
Массенъ В. Н. Результаты измѣренія выхода таза женщины	3, 150, 336 ✓
Муратовъ А. А. Къ вопросу о кровотеченіи въ полость дермоида яичника при маточной беременности, симулировавшемъ разрывъ плодовъмѣстилища при вѣматочной беременности	603 ✓
Надеждинъ Г. Г. Къ вопросу объ акушерско-гинекологической помощи въ провинціи	876 ✓
— — — Нѣсколько гинекологическихъ операций надъ органами брюшной полости	833 ✓
Неёловъ Н. К. Случай полного выворота матки послѣ родовъ	823 ✓
Павловъ А. П. Къ ученію о величинѣ и формѣ таза взрослой женщины. Тазъ польской женщины	571 ✓
Сицинскій А. А. Къ казуистикѣ центральныхъ разрывовъ промежности	441 ✓
Собѣстіанскій Э. М. Изображеніе гинекологическихъ операций на резиновыхъ моделяхъ	437 ✓
— — — Къ казуистикѣ родовъ сросшимися двойнями	558 ✓
Соловьевъ А. Н. Объ осложненіяхъ при заживленіи брюшной раны послѣ чревосѣченій	1102 ✓
Строгановъ В. В. Къ бактериологіи полового канала женщины	563 ✓
Улезко-Строганова К. П. Матеріалы къ микроскопическому строенію послѣда	297 ✓
Федоровская-Виридарская М. М. Случай повторнаго кесарскаго сѣченія	249 ✓
Федоровъ И. И. Colpotosmia post. или keliotomia vaginalis post., какъ методъ лѣченія придатковъ матки и ихъ новообразованій	775 ✓
Федуловъ Я. С. Къ вопросу о примѣненіи постоянного орошенія при запущенныхъ пузырно-влагалищныхъ фистулахъ	451 ✓
— — — Случай полного удаленія черезъ влагалище беременной матки, пораженной ракомъ	397 ✓
Холмогоровъ С. С. Кѣгутъ при операціяхъ на промежности и на маточной шейкѣ	64 ✓
Черневскій Э. Ф. Нѣсколько замѣчаній объ акушерскихъ щипцахъ	25 ✓
Штольцъ В. И. О щипцахъ	99 ✓
Шуварскій Н. Къ матеріалу ученія о безплодіи	732 ✓

II. КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

Веберъ Ф. Письма изъ Берлина	911 и 1053
Потѣенко В. В. Акушерско-гинекологическія замѣтки	289

III. УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВЪ.

А) Русскіе.

Абражановъ 1021.
Абуладзе 267, 899.
Айзенштадтъ 814.
Ануфриевъ 201.
Аншелесъ 267.
Аванасевъ 267.

Баклановъ 1167.
Бапевичъ 78, 79, 82, 485.
Бекманъ 666.
Берляндъ 814.
Богдановъ 38.
Богородицкій 808.
Бондыревъ 269.
Букоемскій 80.
Бурлаковъ 41.
Бурландъ 1039.
Бржезинскій 376.
Брусилловскій 815.

Вайнштейнъ 845.
Варнекъ 419, 421, 1172.
Вастень 480, 483, 485,
791, 1030.
Веберъ 911, 1053.
Верцинскій 483.
Вишнепольскій 826,
896.
Войно 661.
Воскресенскій 801, 802,
806, 897, 899, 900, 904.
Вoffъ 1166.
Выгодскій 1041.

Гайрабетовъ 664.
Герценштейнъ 788.
Гершунъ 1041.
Гиммельфарбъ 422.
Гинзбургъ 415.
Горайскій 1030.
Гороховъ 1040.
Гошкевичъ 1171.
Грауерманъ 266.
Гржибовскій 264.

Гринбергъ 811.
Груздевъ 265.
Губаревъ 217, 254, 675,
1099.
Гуринъ 806.

Давыдовъ 1026, 1057.
Демидовичъ 416.
Димантъ 78, 79, 170.
Добронравовъ 1168.
Доббертъ 85, 124.
Докушевская 171, 794.
Долинскій 82, 259, 484.
Драницынъ 167, 501.
Дружининъ 1034.

Егоровъ 468.

Жихаревъ 927, 1114.

Заболотскій 183, 616,
1018, 1031, 1032, 1033.
Залѣскій 1171.
Замшинъ 77, 78, 79,
80, 171, 403, 790, 792,
795, 1031.
Заяицкій 490.
Звинятскій 802.
Зеренинъ 412.
Змигородскій К. 172.

Ивановъ 409.

Каблуковъ 411.
Какушкинъ 80.
Калмыковъ 813.
Каннегисеръ 31, 77, 170.
Канъ 488, 1041.
Карповъ 814.
Карра 264.
Карчевскій 195.
Кауфманъ 238.
Киселевъ 811.

Кистеръ 498.
Клейнманъ 266.
Клячкина 265.
Колбасенко 721.
Кочетковъ 662.
Кохъ 1039.
Красина 417.
Красовскій 268.
Кржеминская 788.
Кубе 458, 478.
Кудишъ 640, 1168.
Кусковъ 811, 812.

Лебедевъ 663.
Левицкій 269, 725, 802.
Лезинъ 659.
Липинскій 631.
Личкусъ 169, 170, 176,
1024, 1030, 1031.
Львовъ 110, 412, 414,
417, 741.
Любовичъ 491.

Массенъ 3, 79, 82, 150,
166, 167, 168, 169, 173,
404, 479, 484, 791.
Мациянскій 1040.
Миллеръ 421.
Мионовъ 417, 810.
Мисевичъ 1030.
Муратовъ 603, 659,
1166.

Надеждинъ 833, 876.
Неёловъ 823, 897, 899.
Нешель 413.
Новицкій 423, 807.

Оленинъ 808, 809.
Оттъ 78, 80, 83, 167, 170,
171, 400, 403, 404, 409,
480, 482, 483, 484, 485,
783, 789, 791, 793, 890.

Павловъ 571.
Пассоверъ 1030.
Петровъ 661, 662, 663, 664.
Писемскій 268, 802, 804, 806.
Польховскій 495.
Поповъ 1167.
Потѣенко 289.

Рахмановъ 1170.
Рачинскій 404.
Редлихъ 263.
Рейнъ 800, 801, 802, 804, 805, 899, 900.
Роговичъ 198.
Родзевичъ 421.
Ростковскій 483, 484.
Ростовцевъ 423.
Рубинштейнъ 488.
Рутковский 1031.
Рымша 258.
Рѣзниковъ 489, 660.

Садовскій 1032.
Сергѣевъ 416.
Сережниковъ 168.
Сапцинскій 441, 791.

Славянскій 260, 790, 792.
Смирновъ 1172.
Снегиревъ 1034.
Собѣстіанскій 437, 558.
Соловьевъ А. 411, 490, 1102.
Соловьевъ Г. 1167, 1169.
Стефанисъ 660.
Стравинскій 181, 185.
Строгановъ 77, 80, 260, 563, 795, 892, 1025, 1028, 1030.

Тепловъ 413, 415.
Типяковъ 665, 815.
Томсонъ 497, 668.

Улезко - Строганова 297, 409.
Успенскій 1170.

Фавръ 812.
Федоровская-Виридарская 249, 259, 260.
Федоровъ 775.
Федуловъ 397, 451.
Феноменовъ 171.

Фишеръ 1031.
Фраткинъ 78, 82, 170.
Фроловъ 414.

Хлѣбниковъ 1040.
Холмогоровъ 64, 288, 423.
Хрщоновичъ 1030.

Цвибакъ 658.

Чагинъ 1031.
Черемшанскій 488.
Черневскій 25, 168, 170

Штольцъ 99, 184, 260, 790, 1026, 1028.
Штраухъ 420.
Шуварскій 732, 804, 899.
Шульманъ 1030.

Ягодинскій 419.
Якубъ 487.

Юрасовскій 813.

Эберманъ 1030.

В) И Н О С Т Р А Н Н Ы Е

Adenot 601.
Allen 590.
Apfelstedt 283.
Ashby 707.

Barker 430.
Barnes 687.
Beaucamp 493.
Beeston 906.
Bell 599.
Berry 908.
Beuttner 283.
Billiteri 717.
Bodilly 274.
Bockelmann 1053.
Boissard 427.
Buckmaster 592.
Busche-Haddenhausen 671.
Byers 687.

Carbonelli 692.
Cragin 600.
Cribb 276.
Corson 706.
Cullingworth 691.

Curatulo 685.
Czaplitzki 194.
Czempin 87, 1055.

Davis 698.
Dimmon 698.
Dittel 94.
Dohrn 683.
Dorsett 717.
Dovenport 694.
Dubrisay 275.
Dudley 694.
Dührssen 678, 683.

Eccles 276.
Edgar 271.
Farner 674.
Farrar 431.
Fetherstone 593.
Fehling 670.
Flaischlen 1054.
Fraenkel 1052.
Fritsch 1043.

Gessner 492.
Geyl 92.

Giles 597.
Glasgow 716.
Goenner 666.
Gottschalk 1053.
Graefe 96.
Green 701, 817.
Griffith 432.
Grimsdale 718.
Guéniot 428.

Hamilton 704.
Haraevicz 193.
Hart 710.
Haultain 431.
Henricius 673.
Herman 598.
Hermes 673.
Hink 675.
Hochenegg 496.
Hofmeier 284.
Holst 91.

James 274.
Jaworski 195.
Iewett 697.

VII

Keith 594.
 Keilmann 674.
 Kelly 699, 717.
 Kezmarszky 90.
 Kleinwächter 669.
 Knauer 684.
 Koblanck 89.
 König 91.
 Kronig 496.
 Kossman 1054.
 Küstner 676.
 Kummer 499.

Lambinon 425.
 Landau 498.
 Legry 275.
 Ledrain 426.
 Lennander 494.
 Leopold 86, 94, 497, 1049.
 Löhlein 499.
 Ludwig 679.

Mackenrodt 922.
 Modden 687.
 Molcolm 816.
 Mangiagali 1177.
 Mann 698.
 Marchand 1050.
 Martin 911.
 Maurange 428.
 Mertens 284.
 Moran 275.
 Müller 700.
 Murphy 818.

Nairne 712.
 Neumann 494, 669.
 Nijhoff 495.

Olshausen 96, 1054.
 Orb 1049.
 Orthmann 87.
 Ostermann 88.
 O'sullivan 819.
 Oui 426.

Pavli 1173.
 Parry 703.
 Pelzer 86.
 Peters 674, 682.
 Pincus 680.
 Polgar 671.
 Pouso 425.
 Prochownick 1047.

Rabogliati 713.
 Reynolds 432, 697.
 Reusing 492.
 Robinson 433.
 Rokitansky 92.
 Rosner 685.
 Roslier 672.
 Ruge 1055.

Sänger 93.
 Schaller 666.
 Scharlieb 714.
 Schiavoni 1174.
 Schiffer 89.
 Schlaeffier 493.
 Schultze 95.
 Semb 92.
 Sippel 686.
 Skowronski 672.

Smith 599, 706, 820.
 Smyly 687.
 Starlinger 679.
 Stavely 597.
 Steffann 91.
 Strand 280.
 Strassmann 920, 1043.
 Stroehan 596.
 Swain 587.

Tait 907.
 Terrel 698.
 Thorn 287, 679.
 Thring 695.
 Tibone 1175.
 Torre 1173.
 Trantinroth 286.
 Tschudy 1050.
 Tucker 274.

Valenta 1046.
 Veit 667, 1053.
 Voigt 670.

Walthard 97, 282.
 Way 280.
 Westermarck 677.
 Westphal 90.
 Winter 684, 1055.
 Winternitz 682, 683.
 Witthauer 676.
 Wittkowsky 667.
 Wolff 91.
 Wood 704.
 Woyer 680.

IV. ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

А.

Акушерки 1043.
Акушерское дѣло въ Россіи 423.
Амбулаторное лѣченіе женскихъ болѣзней 488.
Алюмоколь при переломѣ 663.
Артеріи маточныя, перевязка ихъ при фиброміомахъ 717.

Б (В).

Бактеріологія полового канала 282, 563.
Баллонъ Champetier de Ribes'a при предлежаніи послѣда 426.
Безплодіе 707, 732, 804.
Беременность, — внѣматочная 78, 87, 167, 168, 172, 280, 411, 420, 483, 501, 661, 668, 683, 691, 710, 900. — слизистая оболочка матки при ней 85, 432. — затянущаяся 274. — искусственное прерываніе ея 87, 283, 422, 1046. — и душевная болѣзнь 1046. — и нефритъ 89. — и порокъ сердца 417. — и холера 267, 270. — и чахотка 422. — и эндометриъ 667. — кровотеченіе во время ея 687. — операціи во время ея 91, 263, 283, 397, 597, 818. — послѣ вылученія почки 193. — разрывъ матки во время ея 238, 492.
Беременные, — зудъ тѣла у нихъ 721, 802. — мочевые органы у нихъ 286. — пателлярные рефлексы у нихъ 494. — примѣненіе хинина у нихъ 698. — стрихнина 808. — рвота у нихъ 265, 427, 698.
Брюшина, воспаленіе ея 907.
Брюшная рана, осложненіе при заживленіи ея 1102.

В (V).

Walcher'овское положеніе 498.
Ванны при мѣсячныхъ 810. — при параметритѣ 1039.

Влагалище, вылученіе его 96, 678. — инородныя тѣла его 423, 812, 1018, 1031, 1167. — киста его 92. — кашечная грыжа его 673. — круглая язва его 672. — микробы его 496. — перегородка его во время родовъ 266. — разрывъ его 416, 814. — ракъ его 679. — саркома его 468. — спринцеванія его во время родовъ 1039. — суженія его 810.

Влагалищное укрѣпленіе матки 90, 807, 917, 922, 1053.

Влагалищное чревосѣченіе 415, 683, 775, 917.

Возрастъ, вліяніе на всасываніе лѣкарствъ 416.

Выкидышъ 129, 487, 658. — трубный 1047.

Выскабливаніе 499, 640, 809, 891, 1040.

Вульво-вагинитъ у дѣвочекъ 1041.

Г (G).

Gersuni'евская операція 276.

Гнилокровіе 90, 185, 704.

Грудница 1167.

Грыжа беременной матки 815. — бѣлой линіи 263.

Губа большая, — водянка ея 599. — гипертрофія ея 195.

Губы срамныя прибавочныя 1171.

Д (D).

Двойни 488, 495, 813.

Двуснастіе 811.

Дренажъ брюшной полости 217.

Дѣвственная плева 809.

Е.

Emmet'овская операція 693.

Ж (G).

Желтое тѣло 670.

З (Z).

Задній проходъ, — несвоемѣстное
отверстіе его 267, 592, 596.
Заносъ пузырьный 291, 813, 1050,
1052.
Зачатіе и фиброміомы 284.
Зудъ у беременныхъ 721, 802.

И (I).

Исслѣдованіе акушерское 1043,
1049. — влагалищное, показанія
къ нему 600.
Изнасилованіе 1028.

К (C).

Кесарское сѣченіе 249, 259, 274,
403, 428, 493, 794, 1050.
Киста пароваріальная 403. — меж-
связочная 807.
Кишка прямая, — исслѣдованіе че-
резъ нее 201, 717.
Кишки, непроходимость ихъ послѣ
чревосѣченія 89, 274, 414. — не-
проходимость вслѣдствіе прижа-
тія кистой яичника 682.
Ключица, значеніе перелома ея при
откачиваніи ребенка 95, 674.
Кожевикъ 166, 265, 603.
Кондиломы 414.
Средѣ способъ 86.
Крестцовый способъ для лѣченія
перегибовъ матки взадъ 496.
Кровоизліаніе, — внутрибрюшин-
ное 704. — маточное 135, 1171.
Кровообращеніе у зародыша подлѣ
вліяніемъ туберкулина 820.
Кровотеченія во время беременно-
сти 687. — маточныя 1034. —
лѣченіе паромъ 680.
Круглыя связки, — киста ихъ 665.
— укороченіе ихъ 676.
Кускованіе 789, 790.
Кэтгутъ 64.

Л. (L)

Лицевое предлежаніе 697. — измѣ-
неніе его въ затылочное 287.
Лонное сочлененіе, гнойное разру-
шеніе его 124.
Лоносѣченіе 413, 659, 662, 692, 795
1040.
Лѣкарство, всасываніе ихъ въ
желудкѣ у женщинъ 416.

М.

Марганцево-кислый калий 710.
Массажъ 488.
Матка, — беременная, пораженная
ракомъ 397, 401, 794, 899, — вы-

воротъ ея 194, 198, 666, 823, 897. —
вылушеніе ея вообще 498, 718,
789, 790, 843, 1026 1172. — чрезъ
влагалище съ помощью зажи-
мовъ 490. — — съ помощью тер-
мокаутера 685. — — сочетаннымъ
путемъ 695. — двойная 94, 812,
1050, 1174. — дѣтская 1030. — за-
рошеніе внутренняго зѣва 494. —
киста ея 684. — отсутствіе ея 421
664, 1031. — прижиганіе ея 93, —
разрывъ ея во время беременно-
сти 238, 492. — во время родовъ
260, 264, 266, 268, 288, 400, 401,
416, 492, 593, 663, 701, 815, 1026,
1057, 1170. — ракъ ея 77, 78, 168,
397, 403, 483, 490, 616, 718, 794, 891,
1026, 1172. — саркома ея 480. —
смѣшенія ея 92, 496, 594, 694,
708, 807, 920, 1170 — удаленіе ея
частичное 712. — фиброміома ея
168, 280, 494, 587, 664, 669, 789,
790, 890, 891, 1171, — фибро-сар-
кома ея 404, 482.
Міомотомія 91, 97, 283, 419, 488, 587,
597, 694, 714, 841, 916, 1171.
Missed Abortion 1024, 1025.
Многоводіе 91.
Молоко, чрезмѣрное отдѣленіе его
706.
Моча, лѣченіе недержанія 276.
Мочевой каналъ — выпаденіе сли-
зистой его 289.
Мочевые органы во время родо-
вого процесса 286.
Мочеточникъ, — перерѣзка его
421, — пересадка его 677, 803.
Мѣсячныя 489, 598, 699, 810, 927,
1114, 1173.

Н (N)

Надлобковое укрѣпленіе матки 594.
Нефритъ у беременныхъ 89.
Новообразования. — наслѣдствен-
ность ихъ 275. — наружныхъ
половыхъ органовъ 808. — поз-
воночника, какъ препятствіе
для родовъ 700.
Ножка, перекручиваніе ея 91, 1166.
Ножка при міомотоміи 97.

О.

Обезпложиваніе — брюшной по-
лости 89. — въ акушерствѣ
1166. — при чревосѣченіяхъ 263.
самоваромъ 80.
Общество акуш.-гинеков. — въ Бер-
линѣ 920, 1053. — въ Кіевѣ 800,
896, 905, — въ Спб. 77, 166, 174,
176, 185, 253, 261, 400, 410, 478,
486, 788, 796, 890, 895, 1024, 1033.

Овариотомія 421, 814, 816, 838.
 Околоплодная вода 679.
 Операциі гинекологическія 833. —
 въ провинціи 876. — изображе-
 ніе ихъ на резиновыхъ моде-
 ляхъ 437.
 Оскопление 671, 685, 811
 Остеомаляція 491, 670, 671, 811. —
 послѣ операциі Рогго 493. —
 яичники при ней 672.
 Отчетъ. — больницы Hopkins'a въ
 Балтиморѣ 708. — гинек. отдѣл.
 Казанской больницы 413. — Ли-
 хачевского родильн. отдѣл. Ка-
 занской больницы 412. — лечеб-
 ницы Топурия 661 — о дѣятель-
 ности акуш.-гин. Общ. въ Спб.
 176. — поликлиники Добронра-
 нова 1168. — редакціи Журн.
 Акуш. и Жен. бол. 179. — родил.
 отдѣл. лечебницы Общ. Кремен-
 чукскихъ врачей 1168. — Сара-
 товскаго родильн. дома 661.

II (P).

Парь, какъ кровоостанавливаю-
 щее 680.
 Перелой, — леченіе алюмоломъ
 663.
 Пессаріи внутриматочныя 686.
 Печень, — опухоль ея, достига-
 шая малаго таза 676.
 Плодовитость при міомахъ 669.
 Плодь, — водянка его 906. — за-
 держаніе его въ маткѣ 91, 425.
 660. — зараженіе его черезъ ротъ
 275. — неправильныя положенія
 его 287, 741. — саркома почки
 у него 92. — судороги грудоб-
 ружной преграды у него 675.
 — уродства его 110, 276, 426, 483,
 558, 660, 788. — утробный крикъ
 его 666. — утробное окочевѣніе
 его 31, 170. — эклампсія его 680,
 683.
 Полипъ фиброзный 78.
 Половая дѣятельность, — вліяніе
 ея на всасываніе лѣкарствъ 416.
 Рогго операциа 670.
 Послѣдъ, — анатомія его 284, 297,
 409, 891. — задержаніе его 658.
 — предлежаніе его 426, 488, 495,
 826, 906, 1042. — природшій 291.
 — распознаваніемъ стаприкрѣп-
 ленія его 497.
 Послѣродовой періодъ, — леченіе
 заболѣваній 90, 1040, 1169. —
 микроорганизмы выдѣленій 267.
 — мочевые органы 286. — на-
 кожная сыпь 274. — температура
 тѣла 597.

Почка, — отсутствіе ея 812. — сар-
 кома ея 92.

Придатки, — удаленіе ихъ черезъ
 влагалище 415, 498, 775. — чре-
 воушибленіе при заболѣваніи ихъ
 914.

Промежность, — разрывы ея и лѣ-
 ченіе ихъ 64, 91, 441, 484, 791,
 1041.

Психозъ беременныхъ 1046.

Пузырь мочевой, — принятый за
 беременную матку 431. — пробо-
 деніе его при haematocolpos 599.
 — разсѣченіе его съ цѣлью лѣ-
 ченія свищей 425.

Пуповина, — перевязка ея 265,
 590 — обвитіе ея вокругъ шеи
 701, 1041.

Пупокъ, — повязка его 845. —
 смертность отъ заболѣваній его
 673.

Puometra 432.

P (R).

Ракъ, чужеродный его 421.

Раненіе половыхъ органовъ 813.

Распознаваніе, задачи на него 415.
 Растленіе 1028.

Расширитель маточный 679.

Рвота беременныхъ 265, 427, 698.
 — при ущемленіи кожевика 265.

Роды, — безводные 826, 896. —

вліяніе на нихъ стрихнина 1021.
 вліяніе продолжительности ихъ

на послѣродовую температуру
 597. — Walcher'овское положеніе

при нихъ 498. — какъ причина
 паралича 601. — неправильное

вставленіе головки при нихъ
 666. — первый періодъ ихъ 271.

— препятствіе для нихъ со сто-
 роны опухоли 700. — — со сто-

роны обвитія пуповины 701, 1041.
 — послѣ смерти 817. — по индій-

скому способу 808. — при вла-
 галищной перегородкѣ 266. —

при двойной маткѣ 94. — при
 предлежаніи послѣда 495. — при

узкомъ тазѣ 283. — при урод-
 ствахъ плода 110, 426, 558. —

расширеніе зѣва во время ихъ
 431. — спринцеванія во время

ихъ 86. — третій періодъ ихъ 86.
 Роженицы, изслѣдованіе ихъ чрезъ

прямую кишку 201.

C (S).

Сальвикъ, отравленія его 433.

Самоваръ, какъ обеззараживатель
 80.

Самозараженіе 86.

Саркома, — пересадка ея 659. — почки 92. — фиброматозной матки 404.
 Свищи, — мочеточниково-влагалищные 38. — прямокишечные 411, 1018, 1031. — пузырно-влагалищные 425, 451, 683, 706, 1099.
 Связки круглыя, — кисты ихъ 665. — укороченіе ихъ 499.
 Сердце, пороки его и беременность 417. — пороки его и мѣсячныя 489.
 Слоновость 674.
 Сочленія тазовыя, — воспаленія ихъ 412. — подвижность ихъ 498.
 Спринцеванія во время родовъ 86, 1039.
 Страхининъ, — у беременныхъ 430, 808. — у роженицъ 1021.
 Судороги тоническія у беременныхъ 669.
 Сулема, внутривенныя впрыскиванія ея при послѣродов. горячкѣ 90.

Т.

Тазъ, — воспаленіе сочлененій его 412. — измѣреніе выхода его 3, 150, 173, 258, 336. — кифотическій 268, 269. — подвижность сочлененій его 498. — — польской женщины 571. — попережно-суженный 717. — расщепленный 725, 802. — узкій 283.
 Тератома 811.
 Тройни 425, 1042.
 Трубы фаллопиевы, — водянка ихъ, принятая за вѣматочную беременность 661. — лѣченіе растяжений ихъ 716. — придаточныя 458, 478.
 Трупъ ребенка безгнилостный 892.
 Туберкулинъ, вліяніе его на кровообращеніе у зародыша 820.

У. (U)

Упругая ткань при разрывахъ матки 1026, 1057.
 Уродства, — плода 276, 426, 483, 660, 788, 811; — половыхъ органовъ 267, 1030, 1171.

Ф. (F)

Фиброміома матки, — лѣченіе выскабливаніемъ 809, 891; — разсасываніе ея послѣ чревосѣченій

703; — саркоматозное перерожденіе ея 404.
 Фотографія въ хирургіи 710.

Х. (H)

Haematocolpos 682; — unilateralis 264.
 Haematometra 264.
 Haematoma vulvae 1167.
 Хининъ во время беременности 698.
 Хлороформъ, асфиксія отъ него 709.
 Холера беременныхъ 267, 270.
 Hvdvosele у женщинъ 147.

Ч.

Чажотка у беременныхъ 422.
 Червеобразный отростокъ 77.
 Члены акуш.-гиг. Общ. въ Спб. 188.
 Чревосѣченія 89, 263, 276, 818, 819, 914, 1102, 1177.

Ш.

Шейка, — бактеріи въ ней 684. — гипертрофія ея 497. — каналъ ея во время мѣсячныхъ 598. — кѣтгутъ при операціяхъ на ней 64. — не сообщающаяся съ полостью матки 494. — расширеніе ея 254, 431. — ущемленіе влагалищной ея части 674.

Щ.

Щавелевая кислота 710.
 Щипцы 25, 41, 78, 99, 168, 184, 908.

Я.

Яичники. — отсутствіе ихъ 421. — при остеомалачіи 672. — ракъ ихъ 421. — саркома ихъ 631. — сосочковыя опухоли ихъ 890, 1025, 1026. — фиброма ихъ 96.

Э.

Эклямпсія 419, 483, 675, 680, 683, 1173, 1175.
 Электричество при отсутствіи мѣсячныхъ 1173.
 Электродъ видоизмѣненный 404.
 Эндометритъ 376, 423, 428, 490, 667.
 Эфиръ при родахъ 80.

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

А. Я. КРАССОВСКАГО,
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВОПО-
МОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

А. М. МАКЪЕВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА МОСКОВ-
СКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Г. Е. РЕЙНА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕН-
СКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ УНИВЕРСИТЕТА
СВ. ВЛАДИМИРА ВЪ КИЕВЪ.

К. Ф. СЛАВЯНСКАГО,
ПРОФЕССОРА КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И
ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

В. Ф. СНЕГИРЕВА,
ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ
МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. Ф. ТОЛОЧИНОВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. Н. ФЕНОМЕНОВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. В. ЯСТРЕБОВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ ВАРШАВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

Д. О. ОТТА,
ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО
ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА РОДОВОПОМОГАТЕЛЬНОГО ИНСТИТУТА.

И

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

Л. Г. ЛИЧКУСА,
СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИИ-
НСКОМЪ РОДОВОПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ

ТОМЪ IX.

Январь 1895.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1895.

ЖУРНАЛЪ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ.

ЯНВАРЬ 1895. № 1.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Результаты измѣренія выхода таза женщины.

В. Н. Массена,

Приватъ-доцента Императорской Военно-Медицинской Академіи.

„Es muss unzweifelhaft vom praktischen Standpunkte aus für die Prognose und Behandlung der Geburt beim engen Becken als sehr wichtig angesehen werden, die Dimensionen des Beckenausganges im gegebenen Falle richtig zu beurtheilen“. *Breisky*. (Beiträge zur Geburtshilf. Beurtheilung der Verengerung des Becken ausganges. Medicinische Jahrbücher, Bd. XIX, стр. 4).

„Нельзя не предвидѣть тѣхъ вы-
годъ, которыя наука и практика могли бы
извлечь отъ методическаго измѣренія
выхода таза“. *Гарфунгель*. (Дисс., стр. 7).

«Измѣреніе тазоваго выхода», говоритъ *C. Schroeder* ¹⁾
въ своемъ извѣстномъ руководствѣ по акушерству, «до сихъ
поръ было въ какомъ то пренебреженіи». Это выраженіе не
поправленное и въ 11 изданіи руководства покойнаго *Schroeder*'а ²⁾
и въ настоящую минуту представляется совершенно справед-
ливымъ. И если бы не русская диссертация покойнаго д-ра

¹⁾ *C. Schroeder*. Lehrbuch der Geburtshilfe. VI Auflage. Berlin, 1879.
Русск. пер. подъ ред. *Горвица*, 1881 г., стр. 460.

²⁾ *Онъ же*. 10-ое изданіе, обработанное *R. Olshausen*'омъ и *I. Veit*'омъ
Bonn. 1891. Русск. пер. д-ра *Серебренникова*, Спб., 1893 г., стр. 514.

Гарфункеля ³⁾, написанная въ 1875 году по предложенію проф. *Горвица*, то можно было бы сказать, что вопросъ объ измѣреніи нижняго отдѣла таза женщины непоколебимо остался въ томъ положеніи, въ которомъ находился около двадцати пяти лѣтъ тому назадъ. Между тѣмъ, какъ совершенно справедливо замѣтилъ *Горвицъ* ⁴⁾, «пренебреженіе, съ которымъ до сихъ поръ относились къ измѣренію нижняго отдѣла таза, оставило очень много пробѣловъ въ ученіи о пельвиметріи». Изслѣдованіе *Гарфункеля*, имѣвшее главнымъ своимъ матеріаломъ 156 измѣреній нормальныхъ тазовъ (90 случаевъ на живыхъ и 66—на трупахъ) не вызвало, къ сожалѣнію, сочувствія къ дальнѣйшей разработкѣ вопроса о пельметрическихъ особенностяхъ выхода и о значеніи этихъ особенностей для практическаго акушерства. Со времени появленія изслѣдованія *Гарфункеля*, прошло двадцать лѣтъ и ни въ русской, ни въ иностранной прессѣ (гдѣ изслѣдованіе *Гарфункеля* всюду цитируется) не появилось никакихъ дальнѣйшихъ наблюденій ⁵⁾. Несомнѣнно, однако, что методическое, произведенное на большомъ матеріалѣ измѣреніе выхода таза должно представлять существенную важность главнымъ образомъ въ двухъ направленіяхъ: 1) при опредѣленіи индивидуальныхъ отличій въ строеніи каждаго даннаго таза; 2) при объясненіи тѣхъ патологическихъ особенностей родовъ, которыя развиваются въ періодѣ изгнанія плода и имѣютъ несомнѣнную связь съ тѣми или другими уклоненіями отъ нормы въ строеніи скелета нижней части тазоваго канала. Что касается перваго пункта, т. е. важности значенія измѣренія выхода для опредѣленія индивидуальности изслѣдуемаго таза, то несомнѣнно, что размѣры одного только входа въ малый тазъ не даютъ еще понятія о формѣ всего таза. Имѣемъ-ли мы право на основаніи обычныхъ нашихъ измѣреній (*dist. cristarum*, *d. spinarum*, *d. intertrochanterica* и *conj. ext.*) говорить о томъ, что данный тазъ *общесужуженный*? Справедлива-ли діагностика простаго *плоскаго* таза въ томъ случаѣ, когда мы ставимъ ее не дѣлая

³⁾ *Гарфункель*. Объ измѣреніи выхода таза въ акушерскомъ отношеніи. Дисс., 1876.

⁴⁾ *C. Schroeder*. Учебникъ акушерства. Русс. пер., 1881, стр. 461.

⁵⁾ Сообщение проф. *Frauenhäuser'a*, о которомъ будетъ рѣчь ниже, благодаря своей краткости изложенія, отсутствію данныхъ относительно прямого размѣра и бѣдности ихъ относительно поперечнаго, не представляетъ исключенія.

измѣреній нижняго отдѣла таза? Между тѣмъ на страницахъ не только акушерскихъ отчетовъ, но и спеціальныхъ изслѣдованій сплошь и рядомъ встрѣчается опредѣленіе индивидуальных особенностей того или другого таза при полномъ умолчаніи о томъ, какіе размѣры представлялъ выходъ.

Что касается до тѣхъ данныхъ, которыя измѣреніе выхода таза даетъ практическому акушерству, то стоитъ указать лишь на такъ называемую «вторичную слабость болей», которая нерѣдко развивается въ періодѣ изгнанія плода и которая, въ виду ускоренія родового акта, дѣлаетъ необходимымъ производства того или другого оперативнаго пособія (выжиманіе плода по *Kristeller*'у, извлеченіе плода, выходные щипцы и пр.). Думается, что если бы во всѣхъ случаяхъ примѣненія операций въ періодѣ изгнанія плода обращалось вниманіе на характеръ тазового выхода, то чистыхъ случаевъ «вторичной» или лучше «относительной» слабости болей, которыми теперь наполнены протоколы операций, стало бы значительно меньше.

Антропология со своей стороны, вѣроятно, почерпнула бы не мало интересныхъ данныхъ изъ цифровыхъ опредѣленій выхода таза, полученныхъ на живой женщинѣ разныхъ расъ, и народностей.

Изложенныя стороны важнаго значенія измѣренія таза достаточнo объясняютъ почему мы рѣшили сдѣлать попытку систематическаго опредѣленія выхода таза на большомъ клиническомъ матеріалѣ, находившемся въ полномъ нашемъ распоряженіи. Но такъ какъ полученныя нами цифры могли бы быть достовѣрными лишь въ томъ случаѣ, если бы употребленные нами методы изслѣдованія оказались правоспособными, то мы для повѣрки произвели рядъ измѣреній на трупахъ. Эти послѣднія измѣренія имѣли въ частности своею цѣлью выяснить сравнительную практичность методовъ опредѣленія поперечнаго размѣра выхода, предложенныхъ *Breisk*'имъ и *Schroeder*'омъ.

Работа произведена на живомъ матеріалѣ Гаваньскаго родильнаго пріюта; измѣренія же на трупахъ съ разрѣшенія главнаго врача Петропавловской больницы, д-ра *А. Ф. Метцлера*, были сдѣланы въ прозекторской сказанной больницы. Позволяемъ себѣ какъ д-ру *Метцлеру*, такъ и прозектору

больницы, д-ру *Н. Е. Жалан-Делякрод*, выразить нашу искреннюю благодарность.

Вся работа распадается на нѣсколько частей:

на 1) часть историческую, въ которой приведены наиболѣе существенныя литературныя справки;

2) часть клиническую, обнимающую матеріалъ измѣреній на живыхъ при нормальныхъ въ количествѣ 276 случаевъ и при узкихъ тазахъ въ количествѣ 178 наблюдений;

3) часть анатомическую, въ которой мы разсматриваемъ данныя измѣреній таза на трупахъ; и, наконецъ,

4) часть заключительную, гдѣ ставятся практическіе выводы, имѣющіе значеніе для клиническаго родовспоможенія, и дѣлаются общіе выводы.

I.

Хотя съуженія въ выходѣ, какъ препятствіе для правильнаго теченія родовъ были уже до извѣстной степени оцѣнены *Deventer*'омъ⁶⁾, *De la Motte*'омъ⁷⁾, *Roederer*'омъ⁸⁾, *Levret*'омъ⁹⁾, и первыя указанія на способы опредѣленія этихъ съуженій мы находимъ уже у *Baudeloque*'а¹⁰⁾, указавшаго на чрезвычайную важность опредѣленія выхода таза на живыхъ путемъ измѣренія (пальцами), тѣмъ не менѣе вопросъ о выходѣ таза въ теченіи болѣе столѣтія занималъ авторовъ по столько, по скольку ими предлагались новыя или видоизмѣнялись старыя способы измѣренія нижней части тазоваго кольца женщины. Мы не будемъ разбирать всѣ работы авторовъ, трактовавшихъ въ этомъ смыслѣ. Не смотря на то, что труды ихъ показывали, что вопросъ о выходѣ таза такъ или иначе не переставалъ занимать вниманіе акушеровъ, всетаки слѣдуетъ указать, что все значеніе выхода таза оставалось недостаточно разработаннымъ и неоцѣненнымъ въ практическомъ отношеніи. Лишь въ 1870 году *Breisky*¹¹⁾ выступилъ

⁶⁾ *Deventer*. Observations importantes sur le manuel des accouchements. Trad. du latin, 1739 C., XXVII.

⁷⁾ *De la Motte*. Traité complet des accouchements. L. II, 1729.

⁸⁾ *Roederer*. Elementa arti obstetriciae. 1753, стр. 6, § 11.

⁹⁾ *Levret*. L'art des accouchements. 1764, стр. 5.

¹⁰⁾ *Baudeloque*. L'art des accouchements, 1793. Эта и четыре предыдущихъ работы цитированы по *Гарфункелю*.

¹¹⁾ *Breisky* (Bern.) Beiträge zur geburtshilflichen Beurtheilung der Verengerungen des Beckenausgangs. Medizinische Jahrbücher. XIX Bd. (1870).

со своей статьей, съ которой, казалось, начался новый періодъ въ дѣлѣ пельвиметріи выхода. Какъ мы увидимъ ниже, періодъ этотъ, къ сожалѣнію, оказался весьма кратковременнымъ.

«Если суженія нижняго тазоваго отверстія (Beckena-pertur)», говоритъ *Breisky* въ началѣ своей работы, «привлекали къ себѣ вниманіе акушеровъ меньше, чѣмъ несравненно чаще встрѣчающіяся суженія тазоваго входа, то во всякомъ случаѣ невозможно отрицать практическаго значенія суженій и первой категоріи. Будучи значительными—мы уже не говоримъ о случаяхъ высокой степени суженій—они сами по себѣ могутъ нарушать правильное теченіе родовъ. Ненормальное сопротивление въ нижней апертурѣ можетъ повлечь за собой даже при правильной энергіи родовой дѣятельности вредныя послѣдствія для матери и плода. Сила родовыхъ сокращеній матки благодаря препятствію ослабляется и появляется слабость болей. Наконецъ, тѣ условія, которыя при нормальномъ механизмѣ родовъ необходимо требуются для правильной ротации плода, видоизмѣняются и вслѣдствія этого можетъ возникнуть рядъ затрудненій въ періодѣ изгнанія. Въ особенности тяжело сказывается вліяніе суженій выхода въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эти суженія представляютъ собою лишь частичное явленіе аномаліи строенія, распространяющейся на весь тазъ. При такихъ обстоятельствахъ тѣ затрудненія, которыя сила природы или искусства должна была преодолѣть уже во входѣ, значительно увеличиваются въ выходѣ. Не даромъ уже давно въ практикѣ совершенно справедливо опасались тѣхъ затрудненій родового акта, которыя возникаютъ при воронкообразныхъ суженіяхъ таза.

Въ виду всего этого, смотря на дѣло съ практической точки зрѣнія, представляется несомнѣннымъ, что для прогноза и лѣченія родовъ при узкомъ тазѣ, весьма важно въ каждомъ данномъ случаѣ умѣть правильно измѣрить выходъ таза и констатировать отношеніе его къ тазовому входу. Все это представить большую выгоду какъ для распознаванія формы таза, такъ и для точнаго (правильнаго) діагноза тазовой аномаліи».

Причина, почему акушеры относились пренебрежительно къ опредѣленію тазоваго выхода, по мнѣнію *Breisk'*аго, складывается изъ трехъ моментовъ:

1) мнѣніе, что съуженіе въ выходѣ представляется рѣдкостью;

2) убѣжденіе, что распознаваніе, геср. измѣреніе съуженій въ такихъ рѣдкихъ случаяхъ не представляетъ никакихъ затрудненій, въ силу чего не представляется никакой необходимости заботиться объ улучшеніи методовъ измѣренія выхода;

и 3) мнѣніе, что неудовлетворительные вообще методы измѣренія таза не пригодны для того, чтобы пользуясь ими имѣть возможность судить объ особенностяхъ тазоваго выхода.

Breisky совершенно основательно возражаетъ противъ всѣхъ этихъ мнѣній, которыя, дѣйствительно, могутъ говорить не противъ, а лишь въ пользу необходимости какъ улучшенія способовъ измѣренія выхода таза, такъ и введенія этихъ улучшенныхъ способовъ въ повседневную акушерскую практику. Въ виду этого *Breisky* и предложилъ свой методъ измѣренія какъ прямого, такъ и поперечнаго размѣра тазоваго выхода, съ подробностями которыхъ необходимо теперь не ознакомиться.

Но прежде чѣмъ заняться этимъ, позволимъ себѣ указать, съ какими именно размѣрами имѣлъ дѣло *Breisky*. Необходимо это потому что въ дальнѣйшемъ описаніи нашихъ личныхъ изслѣдованій мы будемъ повсюду держаться тѣхъ же самыхъ сторонъ, какихъ держался и *Breisky*.

Какъ извѣстно, тазовой выходъ ограничивается двумя трехугольными плоскостями, поставленными другъ къ другу подъ угломъ, ребро котораго лежитъ на линіи, соединяющей между собою сѣдалищные бугры. Передняя треугольная плоскость верхнимъ угломъ своимъ имѣетъ *lig. arcuatum* (нижній край) лонной дуги, съ боковъ нисходящіе вѣтви лонныхъ и восходящіе сѣдалищныхъ костей, а снизу мысленную линію, проведенную между буграми сѣдалищныхъ костей. Задняя треугольная плоскость имѣетъ своимъ основаніемъ упомянутую мысленную линію между буграми сѣдалищныхъ бугровъ, а вершину на нижнемъ концѣ копчика. Въ виду же того, что нижній край копчика есть точка подвижная (при наличности, конечно, свободного движенія въ *articulatio sacro-coccygoidea*), то за вершину задней плоскости принимается нижній уголъ крестцовой кости, именно копчиково-крестцовое сочлененіе.

Такимъ образомъ на скелетированномъ тазѣ площадь выхода таза ограничивается слѣдующими линіями. Спереди нижнимъ краемъ лоннаго сращенія, съ боковъ лонными, сѣдалищными костями, сѣдалищными буграми и крестцово-сѣдалищными связками, а сзади—сочленіемъ крестца съ копчикомъ. Эта площадь спереди назадъ (прямой размѣръ выхода, *dist. pubo-sacro-cossygea*) измѣряется линією, передняя точка которой находится на нижнемъ краѣ лонной дуги, а задняя—на сочлененіи *act. sacro-cossygoidea*. Въ поперечномъ размѣрѣ площадь выхода измѣряется линією, проходящею между сѣдалищными буграми (поперечный размѣръ выхода, *dist. intertuberosa*).

Передне-задній размѣръ (*dist. pubo-sacro-cossygea*) не представляетъ истиннаго прямого размѣра тазового выхода, а лишь прямой размѣръ узкой части таза (*Beckenenge* нѣмцевъ, *isthmus pelvis*). Но виду того, во первыхъ, что копчикъ, какъ подвижной тазовой элементъ, представилъ бы большое неудобство при точномъ опредѣленіи собственнаго прямого размѣра выхода, а во вторыхъ, въ виду того, что величины собственнаго прямого размѣра тазового выхода лишь незначительно разнятся отъ величины прямого разрѣза узкой части таза, то обычно принимаютъ (*Breisky, Schroeder, Крассовскій* и пр.), за прямой размѣръ выхода—прямой размѣръ узкой части полости таза.

Breisky (l. c.) подробно описываетъ свой способъ измѣренія указанныхъ размѣровъ выхода таза женщины, имѣющей существенныя преимущества передъ всѣми методами, до *Breisk*'аго предложенными (способы *Baudeloque*'а, *Hohl*'я, *Velpeau, Chantreil*'я и «пальцевые» способы многихъ авторовъ).

Опредѣленіе прямого размѣра выхода (узкой части таза), *Breisky* производилъ при положеніи женщины (по *Sims*'у) на лѣвомъ боку. Для опредѣнія задней точки прямого размѣра указательный и средній палецъ правой руки вводились во влагалище, (если же оно было узко, то одинъ указательный палецъ въ прямую кишку), а большой палецъ прикладывался снаружи къ копчику. Захвативъ копчикъ двумя пальцами, при нормальной подвижности крестцово-копчиковаго сочлененія, легко можно опредѣлить границу между подвижнымъ копчикомъ и совершенно неподвижнымъ крестцомъ. Снаружи это сочлененіе точно соотвѣтствуетъ верхней границѣ *rimae ani* и образуетъ у худо-

щавыхъ лицъ легкій выступъ. Передняя точка прямого размѣра выхода, нижній край лонной дуги, опредѣляется по острому краю *lig. arcuati*, которая отчетливо прощупывается черезъ слизистую оболочку *vestibuli*. Отыскиваніе этого мѣста, равно какъ прикладываніе къ нему циркуля, не производитъ никакой болѣзненности, если только избѣгать прикосновенія къ лежащему впереди *glans clitoridis* и къ чувствительному *orificium urethrae*.

Самое измѣреніе *прямого* размѣра выхода производится *Breisk'*имъ слѣдующимъ образомъ. «Въ то время какъ лѣвая рука фиксируетъ снаружи пуговку на крестцово-копчиковомъ сочлененіи, вводятъ при помощи большаго пальца правой руки пуговку другой вѣтви циркуля во входъ влагалища, и, проходя сбоку возвышенія уретры, ощупываютъ *lig. arcuatum*; отодвигая переднюю периферію этого возвышенія въ сторону для того, чтобы ясно опредѣлить средину связки, прижимаютъ пуговку циркуля къ найденному мѣсту. Циркуль лежитъ при этомъ на предплечьи правой руки, что даетъ возможность либо тотчасъ же замѣтить показаніе циркуля, либо при помощи другого лица неподвижно фиксировать стрѣлку на линейкѣ для того, чтобы по удаленіи циркуля прочесть полученную величину разстоянія».

По мнѣнію *Breisk'*аго, благодаря указанному методу, можно при помощи циркуля *Martin'*а получить совершенно точныя опредѣленія прямого размѣра. При измѣреніи 30 тазовъ прямой размѣръ былъ maximum 136 mm., minimum 84 mm., средняя же величина равнялась 113,1 mm. Изъ этихъ 30 тазовъ было 14 нормальныхъ и 16 ненормальныхъ. Для 14 нормальныхъ тазовъ прямой размѣръ былъ maximum 136 mm., minimum 98 mm.; въ среднемъ 113,4 mm. Для 16 ненормальныхъ тазовъ maximum величины прямого размѣра былъ 134 mm., minimum 84. Средняя величина 112,8 mm.

Такимъ образомъ *Breisky* опредѣлилъ *наружный* прямой размѣръ выхода таза. Для опредѣленія же *внутренняго* прямого размѣра необходимо было, конечно, опредѣлить толщю крестцово-копчиковаго сочлененія. *Breisky* предложилъ для отысканія внутренняго размѣра произвести изслѣдованіе на трупахъ. Собственныя изслѣдованія его ограничились, однако, незначительнымъ количествомъ измѣреній. Предоставляя будущимъ

ислѣдователямъ окончательно высказаться относительно разницы между наружнымъ и внутреннимъ прямымъ размѣромъ выхода, resp. узкой части таза, *Breisky* все таки полагаетъ, что разница эта не больше 2 сант., обычно же достигаетъ лишь 1—1½ сант.

Наружное измѣреніе *поперечнаго* размѣра выхода *Breisky* производитъ опредѣляя разстояніе между сѣдалищными буграми, и именно между внутренними къ другъ другу обращенными поверхностями *ossium ischii*. Но для того, чтобы вѣрно опредѣлить разстояніе между сѣдалищными буграми, по мнѣнію *Breisk'*аго, необходимо: 1) согласиться относительно опредѣленной анатомической точки этихъ бугровъ, которая бы и снаружи соотвѣтствовала опредѣленной анатомической точкѣ, и 2) чтобы эта точка на буграхъ была по возможности легко опредѣляема черезъ мягкія части.

Для реализаціи обоихъ этихъ условій и достиженія такимъ образомъ успѣха въ измѣреніи поперечнаго размѣра *Breisky* совѣтуетъ помѣщать изслѣдуемую женщину въ спинно-ягодичное положеніе съ нѣсколько приподнятымъ крестцомъ и умѣренно согнутыми и разведенными бедрами, при чемъ ноги изслѣдуемой спокойно стоятъ на постели. При такихъ обстоятельствахъ, благодаря, во первыхъ, тому, что *gluteus* отходитъ, а напряженіе бедренныхъ и промежностной фасцій устраняется, а, во вторыхъ, благодаря и тому, что подкожный жирный слой не представляется толстымъ, прощупываніе бугровъ оказывается весьма отчетливымъ. Все это даетъ возможность выбрать, согласно съ первымъ изъ поставленныхъ *Breisk'*имъ условій, опредѣленную точку на сѣдалищныхъ буграхъ. За эту точку *Breisky* принимаетъ тотъ пунктъ на внутренней поверхности сѣдалищныхъ бугровъ, въ которые упирается мысленная линія, проведенная въ горизонтальномъ направленіи черезъ *anus* или черезъ промежностный край его сфинктера.

Найдя указанные точки сѣдалищныхъ бугровъ, прижимаютъ сколь возможно плотно («so fest als thunlich») пуговки циркуля съ расходящимися вѣтвями (у *Breisk'*аго — *Osiander'*а). На сухомъ тазѣ, *Krause*, по словамъ *Breisk'*аго, опредѣлили разстояніе между буграми равнымъ 4" (110 mm.), а *Litzmann* въ 4" 8,75''' (среднее изъ 5 измѣреній). При измѣреніи самимъ *Breisk'*имъ

7 нормальныхъ тазовъ этотъ діаметръ получился равнымъ maximum 119 mm., minimum 106 mm., среднее 112 mm.

При измѣреніи же поперечнаго размѣра выхода таза живой женщины, произведеннаго въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ были, какъ сказано выше, сдѣланы измѣренія и прямого размѣра, получилось:

Въ 13 нормальныхъ тазахъ: поперечный размѣръ = maximum 102 mm., minimum 80 mm., среднее 91,6 mm.

Въ 16 ненормальныхъ тазахъ—maximum 92 mm., minimum 46 mm., среднее 7,97 mm.

Колебанія между maximum и minimum въ нормальныхъ тазахъ, достигаютъ такимъ образомъ 22 mm., съ уклоненіемъ отъ средняго разрѣза въ ту и другую сторону не болѣе 1 сант. Въ ненормальныхъ же тазахъ разница между maximum и minimum достигаетъ 76 mm. Въ особенности рѣзкое укороченіе поперечнаго размѣра выхода получается въ остеомалатическихъ тазахъ, гдѣ этотъ размѣръ равенъ всего 46 mm., т. е. ниже средняго размѣра въ нормальныхъ тазахъ на 45,6 mm.

Такимъ образомъ опредѣлилъ *Breisky* наружный поперечный размѣръ выхода. Для опредѣленія же *внутренняго*—слѣдуетъ, конечно, прибавить къ полученной наружной величинѣ поперечнаго размѣра ту толщю мягкихъ тканей (кожа, подкожная клѣтчатка, фасція), которая находится на сѣдалищныхъ буграхъ между точкой приложенія пуговки циркуля и самими костями. Изъ нѣсколькихъ опредѣленій *Breisky* вывелъ заключеніе, что при среднемъ питаніи женщины слѣдуетъ считать разницу между наружными и внутренними размѣрами поперечника тазоваго выхода около 2 сант., у худощавыхъ—нѣсколько менѣе—около 15 и даже 10 mm. и лишь у очень жирныхъ—разница достигаетъ свыше 2 cm.

Сказаннымъ исчерпывается въ главнѣйшихъ своихъ чертахъ работа *Breisk'*аго. Мы позволили себѣ цитировать ее возможно подробнѣе, имѣя въ виду важное значеніе этой работы въ вопросѣ объ измѣреніи тазоваго выхода. Повторяемъ—трудъ *Breisk'*аго, хотя и бѣдный своимъ матеріаломъ, имѣлъ свою цѣлью поднять въ сознаніи акушеровъ пренебрегавшееся ими до той поры измѣреніе нижней части тазоваго кольца. Къ сожалѣнію, надежды *Breisk'*аго возбудить интересъ врачей-практи-

ковъ къ измѣренію выхода таза женщины,—оправдались далеко не въ той мѣрѣ, какъ это было, конечно, ему желательно.

Вскорѣ послѣ выхода работы *Breisk'*аго, именно въ томъ же 1870 году, появилась диссертация *Nicolas* ¹²⁾, работавшаго надъ измѣреніемъ тазоваго выхода подъ руководствомъ *Breisk'*аго. Трудъ *Nicolas*, примѣнившаго въ своихъ изслѣдованіяхъ способъ *Breisk'*аго, имѣлъ своею цѣлью изъ значительно большаго, чѣмъ у его учителя, матеріала вывести среднія величины для размѣровъ выхода и опредѣлить среднія разницы между наружными и внутренними размѣрами. Къ сожалѣнію, данныя измѣреній, приводимыя въ диссертации авторомъ, лишь въ небольшой ихъ части получены имъ лично; большинство же или заимствовано у *Breisk'*аго или почерпнуто изъ протоколовъ Верн'скаго родильнаго дома ¹³⁾.

Изъ 12 измѣреній (10 на живыхъ и 2 на трупахъ) *Nicolas* выводитъ, что средняя величина прямого размѣра тазоваго выхода равна 12,2 см. Опредѣляя же въ 30 правильныхъ и неправильныхъ тазахъ наружный и внутренній прямой размѣры выхода и сопоставляя ихъ между собою, *Nicolas* опредѣляетъ между ними разницу въ 0,6 см. Что же касается до поперечнаго размѣра выхода, то на 13 измѣреній тазовъ, покрытыхъ мягкими частями, этотъ размѣръ получился равнымъ въ среднемъ 10,2 см. Разница же между этимъ наружнымъ размѣромъ и внутреннимъ при 10 измѣреніяхъ на трупахъ оказалась равной 1,15 см.

Въ VI изданіи своего руководства по акушерству *Schroeder* ¹⁴⁾ описываетъ способъ *Breisk'*аго для опредѣленія размѣровъ выхода таза. «Измѣреніе поперечнаго размѣра», говоритъ онъ затѣмъ, «намъ кажется проще и, по крайней мѣрѣ, на столько же вѣрно, если, положивъ женщину такимъ образомъ, какъ это дѣлается при камнесѣченіи, отмѣчать карандашемъ на наружныхъ покровахъ ягодицъ положеніе сѣдалищныхъ бугровъ и затѣмъ разстояніе между ними измѣрять циркулемъ *Osian-*

¹²⁾ *Nicolas*. De la mensuration obstetricale des ouvertures inférieures du bassin. Diss. inaug. Neuchatel, 1870.

¹³⁾ За невозможностью достать гдѣ либо въ Петербургѣ диссертацию *Nicolas* патирую по *Гарфункелю*.

¹⁴⁾ *Schroeder*. Lehrbuch der Geburtshilfe. VI. Auflage. Русскій пер. подъ ред. *Горюхи*, 1881 г., стр. 460.

der'a. При этомъ къ полученной величинѣ не приходится прибавлять толщины мягкихъ частей».

Въ томъ-же VI-омъ изданіи учебника *Schroeder'a* при описаніи измѣренія выхода таза наряду съ *Breisk'im* цитируется уже и *Гарфункель*, помѣстившій свою работу объ измѣреніи выхода таза на нѣмецкомъ языкѣ (Petersb. med. Z. 1876, V). Но данныя, полученные этимъ послѣднимъ изслѣдователемъ, кажется, не произвели на *Schroeder'a* никакого впечатлѣнія. Объ этомъ приходится судить потому, что говоря объ опредѣленіи истиннаго прямого размѣра (внутренняго) путемъ отсчитыванія извѣстной величины изъ наружнаго, *Schroeder* замѣчаетъ (стр. 460): «Сколько нужно вычесть изъ получаемого такимъ образомъ размѣра, чтобы получить дѣйствительный прямой размѣръ выхода,—еще точно неизвѣстно: вѣроятно отъ 1 — 1½ сант.»

Такимъ образомъ это «вѣроятно» *Schroeder* сохраняет со времени прочтенія имъ работы *Breisk'аго*. Между тѣмъ изслѣдованіе *Гарфункеля* ¹⁵⁾, основанное между прочимъ на 66 измѣреніяхъ труповъ, переносило вычисленіе истиннаго прямого размѣра выхода изъ области только вѣроятнаго въ область болѣе или менѣе положительнаго знанія. Дѣйствительно, работа *Гарфункеля* должна считаться солидной провѣркой способа *Breisk'аго*, методомъ котораго авторъ пользовался съ большимъ успѣхомъ. «Наружный инструментальный способъ, усовершенствованный *Брейскимъ*,—единственно годный для измѣренія выхода таза» (Дисс., стр. 44, первый выводъ), говоритъ авторъ въ концѣ своего труда. Какъ мы упоминали выше изслѣдованія *Гарфункеля* были произведены на 90 живыхъ женщинахъ и на 66 трупахъ. Всѣ тазы, измѣренія которыхъ послужили автору для выводовъ, были правильные. Не пускаясь въ описаніе способовъ измѣренія *Гарфункеля*, которое за исключеніемъ нѣкоторыхъ (см. ниже) видоизмѣненій, было типично по *Breisk'ому*, мы прямо сообщимъ выводы диссертациі: 1) Норма (средняя величина) наружнаго прямого размѣра выхода (C. I. extr.) равняется 12,3 см. Обыкновенные предѣлы этого размѣра—11,6 и 13,0 см. 2) Норма наружнаго поперечнаго размѣра выхода (D. T. s.) равняется 9,3 см. Въ громадномъ

¹⁵⁾ *Гарфункель Я.* Объ измѣреніи выхода таза въ акушерскомъ отношеніи. Дисс., Спб., 1876.

большинствѣ случаевъ величина этого размѣра колеблется между 8,6 и 10,0 см. 3) Чтобы получить величину внутренняго прямого размѣра выхода (С. I. v.) изъ величины найденнаго наружнаго (С. I. ext.) слѣдуетъ вычесть около 1,5 см. 4) Дѣйствительное разстояніе между внутренними краями сѣдалищныхъ бугровъ (D. T. v.) получится, если къ величинѣ разстоянія между ними, найденной при наружномъ измѣреніи прибавить около 1,5 см. 5) Между размѣрами выхода таза и соответствующими имъ другими доступными размѣрами не существуетъ постояннаго пропорціональнаго отношенія.

Работа *Гарфункеля* коснулась, какъ мы говорили, исключительно нормальныхъ тазовъ. Тотъ небольшой матеріалъ узкихъ тазовъ, которымъ располагалъ авторъ, остался имъ совершенно не утилизированнымъ. Такимъ образомъ, интересный вопросъ о томъ, какъ, напр., содержится выходъ таза въ тѣхъ случаяхъ, когда мы на основаніи обычныхъ нашихъ общеупотребительныхъ измѣреній распознаемъ общеравномѣрно — суженный тазъ, или, не касается ли уплощеніе прямого размѣра въ простыхъ плоскихъ тазахъ и прямого размѣра выхода и тому подобные вопросы остались совершенно не затронутыми.

Какъ бы то ни было, но работа *Гарфункеля* относительно выхода нормальнаго таза несомнѣнно должна считаться серьезно обоснованной и, казалось, должна бы быть принята во вниманіе тѣми, кому на долю выпалъ случай заниматься пельвиметріей. Между тѣмъ на самомъ дѣлѣ оказалось не совсѣмъ такъ: измѣренія выхода сдѣланы были послѣдующими авторами съ недостаточной пслнотой. Даже въ одной изъ новѣйшихъ большихъ работъ по измѣренію таза женщины, именно въ работѣ *Рымши*¹⁶⁾, имѣвшей своимъ матеріаломъ данныя измѣреній 400 тазовъ живыхъ женщинъ, прямой размѣръ выхода совсѣмъ не опредѣлялся, а поперечный лишь въ томъ случаѣ, «если внутреннее изслѣдованіе или нѣкоторая неправильность механизма въ соответствующемъ періодѣ родовъ давали поводъ къ измѣренію». Въ такихъ случаяхъ, которыхъ на 400 измѣренныхъ тазовъ оказалось лишь 30 (или 7,5%), опредѣленіе поперечника выхода производилось строго по *Breisk*’ому. Полученная величина вно-

¹⁶⁾ *Рымша, А.* Къ ученію о нормальномъ и узкомъ тазѣ русской женщины. Журналъ Акуш. и Женск. болѣзней, 1892, стр. 718 и сл.

силась въ таблицы безъ какого либо прибавленія на мягкія части (Dist. tuber. spuria). Мы позволили себѣ выписать изъ таблицъ *Рымши* всѣ случаи его измѣреній поперечнаго размѣра выхода и расположить ихъ въ порядкѣ. При этомъ получилось, что поперечникъ выхода въ 7,0 с. встрѣтился 4 раза, въ 7,25—1 разъ, 7,50—6 разъ, 7,75—1 разъ, 8,0—2 раза, 8,50—3 раза, 8,75—5 разъ, 9,0—7 разъ и 9,25—1 разъ. Къ этимъ цифрамъ мы будемъ еще имѣть возможность вернуться.

Намъ остается теперь сказать о томъ, какъ содержится вопросъ объ измѣреніи выхода въ нѣкоторыхъ другихъ специальныхъ работахъ и въ наиболѣе распространенныхъ учебникахъ.

Двѣ русскія работы — *Филатова*¹⁷⁾ и *Рунге*¹⁸⁾ — имѣли своимъ предметомъ измѣренія обособленного таза (у *Рунге* исключительно скелетированнаго). Что касается работы *Филатова*, то ея касаться къ крайнему прискорбію не могу, такъ какъ она представляетъ собою изслѣдованіе совершенно недоступное по своей библиографической рѣдкости. Работа *Рунге* имѣла своимъ предметомъ измѣреніе различныхъ размѣровъ 50-ти сухихъ русскихъ тазовъ. Въ таблицахъ, которыя приложены къ работѣ *Рунге* мы находимъ какъ поперечный, такъ и прямой размѣръ выхода (diam. rectum spatii minoris). Эта таблица показываетъ намъ, что поперечный размѣръ выхода встрѣтился¹⁹⁾ въ размѣрѣ:

8,0 —	8,5 с. —	1 разъ
8,5 —	9,0 » —	4 »
9,0 —	9,5 » —	4 »
9,5 —	10,0 » —	5 »
10,0 —	10,5 » —	8 »
10,5 —	11,0 » —	9 »
11,0 —	11,5 » —	4 »
11,5 —	12,0 » —	10 »
12,0 —	12,5 » —	2 »
12,5 —	13,0 » —	3 »

¹⁷⁾ *Филатовъ, А.* Матеріалы для опредѣленія формы и средней величины русскаго женскаго таза. Дисс., Москва, 1877.

¹⁸⁾ *Рунге, Г. К.* Къ ученію о формѣ таза взрослой женщины. Тазъ русской женщины. Спб., Дисс., 1888.

¹⁹⁾ Предлагаемая таблица, равно какъ и слѣдующая, составлена нами. Для удобства обозрѣнія и ради сбереженія мѣста мы позволили себѣ отдѣльныя соответствующія цифры таблицы диссертации *Рунге* собрать въ округленные группы. Такъ, напр. числа 9,6 и 9,7 вошли въ категорію 9,5—10, числа 10,1, 10,2, 10,3, 10,4 въ категорію 10,0—10,5 и т. д.

Такимъ образомъ нормальный тазъ русской женщины имѣть поперечный размѣръ выхода чаще всего въ размѣрахъ 11,5—12,0 или 10,5—11,0 сант.

Средній же размѣръ поперечника на 50 сухихъ тазовъ *Рунге* мы вычислили равнымъ 10,592. Maximum—12,6, minimum—8,1; разница между ними равна 4,5 сант.

Что касается до прямого размѣра, то изъ таблицы *Рунге* можетъ быть составлена специальная таблица слѣдующаго содержанія.

Diameter rectum isthmi minoris встрѣтился:

9,0	9,5	»	2	раза
9,5	— 10,0	»	2	»
10,0	— 10,5	»	4	»
10,5	— 11,0	»	11	»
11,0	— 11,5	»	7	»
11,5	— 12,0	»	10	»
12,0	— 12,5	»	7	»
12,5	— 13,0	»	4	»
13,0	— 13,5	»	2	»
14,5	— 15,0	»	1	»

Отсюда слѣдуетъ, что принимаемый нами за прямой размѣръ выхода—diameter rectum isthmi minoris чаще всего встрѣчается между 10,5 и 11,0 с. и между 11,5—12 сант.

Средняя величина (нами вычисленная) равна 11,384 сант., maximum 14,8 сант., minimum 9,3 сант. Размахъ въ колебаніяхъ достигаетъ такимъ образомъ 5,5 сант.

Ahlfeld ²⁰⁾ въ своемъ новѣйшемъ руководствѣ по акушерству опредѣляетъ прямой размѣръ выхода (отъ нижняго угла крестца до дуги симфиза) въ 11—11,5 ctm., а поперечный размѣръ въ 10,5 ctm.

Schauta ²¹⁾ въ извѣстномъ руководствѣ по акушерству *Müller'a* говоритъ, что «unter allen am Becken messbaren äusseren Distanzen verdienen die des Beckenausgangs noch am meisten Berücksichtigung», и описываетъ способъ *Breisk'*аго при измѣреніи conjugatae и поперечнаго размѣра выхода. Говоря о прямомъ размѣрѣ, онъ ссылается на изслѣдованія *Гарфункеля* и *Nicolas*, а именно, что изъ полученныхъ при измѣреніи дан-

²⁰⁾ *Ahlfeld*. Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig. 1894, стр. 86.

²¹⁾ *Schauta*, Fr. Die Beckenanomalien. A. Allgemeinertheil. Cap. II, стр. 244. *Müller's Handbuch der Geburtshülfe*, II Bd., 1889.

ныхъ надо отнять 1,5 ctm., (поправка на кости и мягкія части), при опредѣленіи же поперечнаго размѣра присчитывается 1,4 ctm. Кромѣ того, *Schauta* упоминаетъ объ изслѣдованіи *Frankenhäuser*'а ²²⁾ и говоритъ, что способъ *Schroeder*'а проще. Изслѣдованіе проф. *Frankenhäuser*'а сообщено авторомъ въ весьма краткой формѣ въ засѣданіи медико-хирургическаго общества въ Цюрихѣ. Измѣрялся, повидимому, только одинъ поперечникъ (по *Breisk*'ому); общихъ цифровыхъ данныхъ не приводится. Говорится лишь, что на основаніи 9-ти случаевъ, гдѣ, прижизненные измѣренія могли быть повѣрены посмертными, способъ измѣренія долженъ считаться очень точнымъ. Поперечникъ выхода въ этихъ 9-ти случаяхъ *post mortem* (по нашему вычисленію) оказался въ среднемъ равнымъ 10,13 ctm. Неизвѣстно, къ сожалѣнію, представляютъ ли приводимыя цифры наружный или внутренній размѣръ.

Лазаревич ²³⁾, упомянувъ о способѣ *Breisk*'аго при опредѣленіи размѣровъ тазоваго выхода, говоритъ: «Я нахожу болѣе удобнымъ измѣрять выходъ таза моимъ прямымъ зондомъ. При положеніи женщины на спинѣ, лѣвой руки большой палецъ я ввожу въ рукавъ, а указательный и средній прикладываю на заднепроходное отверстіе и повыше его, концами этихъ трехъ пальцевъ прощупываю копчикъ и къ нему представляю конецъ зонда, введеннаго въ рукавъ. Придерживая его на мѣстѣ, я приближаю зондъ къ острому краю подлобковой связки и съ ея внутренней стороны прикладываю къ ней прочно указательный и средній пальцы правой руки и удерживаю между ними зондъ; послѣ того, выводя зондъ изъ рукава, я измѣряю разстояніе отъ его конца до мѣста, соответствующаго ладонной сторонѣ удерживающихъ пальцевъ». Къ сожалѣнію, изъ сочиненія *Лазаревича* не видно, много ли данныхъ получилъ онъ при помощи своего метода измѣренія и какими величинами опредѣляетъ онъ размѣръ выхода. Въ первой части своего *Акушерства* (стр. 65), при описаніи размѣровъ таза онъ говоритъ: «У выхода таза, какъ *прямой его размѣръ*, берется разстояніе отъ верхушки копчика до верхней точки подлоб-

²²⁾ *Frankenhäuser*. Die Resultate von Messungen des Beckenausgangs. Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte, 1879, № 14, стр. 431.

²³⁾ *Лазаревич* И. П. Курсъ акушерства, Сиб., 1892 г., т. II, стр. 51.

ковой дуги, равные 9—9,5 см. При наибольшемъ уклоненіи копчика кзади это разстояніе увеличивается до 12 с.». Объ измѣреніи *поперечнаго* размѣра выхода почему то авторъ совершенно не упоминаетъ. Поэтому, изъ приведенныхъ двухъ цитатъ необходимо допустить, что проф. *Лазаревичъ* въ вопросѣ о выходѣ таза интересуется исключительно прямымъ размѣромъ.

А. Я. Крассовскій ²⁴⁾ въ своемъ «Оперативномъ Акушерствѣ» (на стр. 63), говоря объ измѣреніи выхода таза, упоминаетъ о способахъ *Breisk'*аго и *Schroeder'*а. Относительно послѣдняго способа *Крассовскій* выражается такъ: «Способъ *Schroeder'*а практичнѣе, такъ какъ при немъ не требуется введенія тазомѣра въ дѣтородные органы и кромѣ того прямо получается величина поперечнаго размѣра выхода безъ всякихъ вычетовъ ²⁵⁾; недостатокъ же этого способа заключается въ томъ, что, какъ при обозначеніи сѣдалищныхъ бугровъ, такъ и при послѣдующемъ измѣреніи, мелкія части ягодичъ, вслѣдствіе неосторожнаго движенія руки изслѣдователя или вслѣдствіе измѣненія положенія изслѣдуемой, легко могутъ или нѣсколько сблизиться, или, напротивъ, удалиться другъ отъ друга».

Данныя же, приводимыя въ томъ же Оперативномъ Акушерствѣ относительно размѣровъ тазоваго выхода на скелетированномъ тазу, говорятъ: прямой размѣръ узкой части тазовой полости = 10,8 см., прямой размѣръ выхода (дуга симфиза — копчикъ) = 9,4 см., а при уклоненіи копчика кзади = 10,8 см., поперечный размѣръ тазоваго выхода 10,8 см. Относительно послѣдняго размѣра, судя по рисунку (фиг. 4, на стр. XVI), трудно, однако, думать, что изображенный поперечный діаметръ представляетъ собой дѣйствительное разстояніе между сѣдалищными буграми.

Farabeuf и *Varnier* ²⁶⁾ въ своемъ солидномъ и прекрасно иллюстрированномъ трудѣ: «Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements», (фиг. 15, 16, 17) приводятъ слѣдующіе размѣры:

Разстояніе отъ верхушки крестца до нижняго края симфиза (diamètre sous-sacro-pubien), равняется 11,5 см. Разстоя-

²⁴⁾ *Крассовскій А. Я.* Оперативное Акушерство, Сиб., 1895.

²⁵⁾ Ниже мы увидимъ, что это не совсемъ такъ.

²⁶⁾ *Farabeuf et Varnier.* Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements. Paris. 1891.

ніе отъ верхушки копчика до нижняго края лонной дуги, (diamètre cossu-pubien) колеблется отъ 7 до 10 сант., въ среднемъ $8\frac{1}{2}$ сант. и увеличивается до 11 слишкомъ сантиметровъ.

Разстояніе между внутренними поверхностями сѣдалищныхъ костей (la distance des faces internes des ischions) равняется 11 сант. Этотъ размѣръ, благодаря запирательнымъ мышцамъ и сѣдалищно-прямокишечному жиру, становится менѣе 11 сант. Къ сожалѣнію у авторовъ не говорится о точной величинѣ этого уменьшенія.

Max Runge ²⁷⁾ въ недавно вышедшемъ «Руководствѣ по акушерству», описываетъ способъ опредѣленія величины размѣровъ выхода по *Breisk'*ому и говоритъ (стр. 315, русс. переводъ 1894 г.), что способъ этотъ «однако, даетъ не особенно точные результаты». О способѣ *Schroeder'*а говорится и у *Runge* тоже, что большинства другихъ, т. е. несомнѣнно со словъ самого *Schroeder'*а. Между прочимъ *Runge* замѣчаетъ, что въ описанныхъ до сихъ поръ случаяхъ поперечный размѣръ тазоваго выхода лишь рѣдко оказывался короче 8 стм. Съ этимъ, конечно, согласиться невозможно.

Размѣры выхода по *Runge* на сухомъ тазу суть: прямой размѣръ узкой части тазовой полости = 11,5 стм., прямой размѣръ выхода = 9,5 (при отодвиганіи копчика кзади увеличивается на 2— $2\frac{1}{2}$ с. и становится равнымъ 11,5—12 стм.); поперечный размѣръ выхода (соединяетъ оба сѣдалищныхъ бугра) = 11 стм.

Сопоставляя между собою всѣ вышеизложенныя данныя относительно размѣра выхода таза, мы изъ предлагаемой таблицы I видимъ, что, согласно съ большинствомъ авторовъ, прямой размѣръ выхода долженъ быть принять за 11—11,5 сант. (по *Крассовскому* 10,8, по *Лазаревичу* и *Naake* 12,0); у тѣхъ же авторовъ, которые производили это измѣреніе несомнѣнно лично на трупѣ или живой женщинѣ этотъ размѣръ представляетъ значительныя колебанія: minimum 9,81 (*Breisky*) medium 10,8 (*Гарфункель*) и maximum 11,6 (*Nicolas*).

Что касается до поперечнаго размѣра, то и здѣсь можно усмотрѣть тоже самое: почти тождество цифръ авторовъ отно-

²⁷⁾ *Runge*. Handbuch der Geburtshülfe. 1891—1894. Русс. пер. д-ра *Серебряникова*, съ дополненіями д-ра *Фейнберга*.

ТАБЛИЦА I²⁸⁾.

Размѣры выхода малаго таза по авторамъ.

А В Т О Р Ы.	ТАЗЪ СУХОЙ.		ТАЗЪ СЪ МЯГКИМИ ЧАСТЯМИ.	
	D. rectum.	D. transversum.	D. rectum	D. transversum.
<i>Breisky</i> . 1870. Med. Jahrbücher. Bd. XIX. . . .	—	—	11,31—1,5= 9,81	9,16+2 =11,16 тазъ норм. 7,97+2 = 9,97 „ ненорм.
<i>Nicolas</i> . 1870. (Diss.)	—	—	12,2 - 0,6=11,6	10,2 - 1,15= 9,05
<i>Гарфункель</i> . 1875. (Дисс.)	—	—	12,3 - 1,5=10,8	9,3 + 1,5 =10,8
<i>Fraukeuhäuser</i> . Corresplatt f. S. Aertze	—	—	—	10,13
<i>Haake</i> . 1882. Основы акушерства (русс. пер.) .	12,0	11,0	—	—
<i>Крассовскій А. Я.</i> 1885. (Опер. Акуш.)	10,8	10,8	—	—
<i>Руне Г. К.</i> 1888. (Дисс.)	11,384	10,592	—	—
<i>Farabeuf et Varnier</i> . 1891. Introd. à l'étude etc.	11,5	11,0	—	—
<i>Лазаревичъ И. П.</i> 1892 Курсъ акушерства . .	12,0	—	—	—
<i>Рымина</i> . 1892. Жур. Акуш. и жен. бол. . . .	—	—	—	8,183 (безъ прибавлен на мягкія части).
<i>Schroeder</i> . 1893. Руков. по акуш. Русс. пер. .	11,5	11,0	—	—
<i>Runge</i> . 1894. Акушерство. Русс. пер.	11,5	11,0	—	—
<i>Ahlfeld</i> . 1894. Lehrbuch der Geburtshülfe . .	11—11,5	10,5	—	—

²⁸⁾ Таблица эта приводится исключительно для болѣе удобнаго обозрѣнія данныхъ, сообщаемыхъ нѣкоторыми авторами. Она, конечно, не претендуетъ ни на полноту, ни на безупречную точность данныхъ: нѣкоторые авторы не указываютъ къ сожалѣнію, относятся ли приведенные ими размѣры къ сухому тазу или къ тазу съ мягкими частями. За прямой размѣръ выхода мы, ради единообразія въ сопоставленіи данныхъ, приняли прямой размѣръ узкой части полости таза или—что то-же—діаметръ кончиково-подлонный при уклоненіи копчика къзади ad maximum.

сительно сухого таза и разногласіе относительно данныхъ полученныхъ при измѣреніи таза съ мягкими частями на трупѣ или живомъ объектѣ; почти всѣ согласны, что для поперечнаго размѣра слѣдуетъ взять размѣръ въ 10,5—11 сант. Этотъ размѣръ даютъ главнымъ образомъ авторы руководствъ по акушерству и есть нѣкоторое основаніе думать, что они, не производя личныхъ измѣренія скелетированнаго таза, просто на просто приводили въ своихъ руководствахъ заимствованныя данныя, часто изъ одного и того-же источника.

Авторы же монографій, лично потрудившіеся надъ измѣреніемъ таза живой женщины или на трупѣ, сильно расходятся между собою относительно среднихъ размѣровъ. Такъ у *Breisk'*аго поперечникъ выхода равняется 11,16 (въ правильныхъ тазахъ), у его ученика и ближайшаго продолжателя его способа измѣренія, *Nicolas*, уже 9,05, у *Гарфункеля*, тоже пользовавшагося способомъ *Breisk'*аго, уже среднія между двумя предъидущими величинами, а именно 10,8 и у *Frankenhäuser'a* 10,37 см. Наконецъ, у *Рымиш* на живомъ матерьялѣ величина поперечнаго размѣра выхода, измѣренная въ 30 случаяхъ, равнялась по нашему вычисленію 8,183 сант., что съ поправкою на мягкія части по *Гарфункелю* даетъ 9.683 сант.

Къ сожалѣнію, намъ нигдѣ не удалось встрѣтить цифровыхъ результатовъ измѣренія поперечника выхода по *Schroeder'*у. Самъ *Schroeder* въ своемъ руководствѣ говоритъ лишь голо-словно, что измѣреніе поперечника «можетъ быть сдѣлано проще и съ не меньшею точностью, если и пр...», но ни приводитъ никакихъ осязательныхъ для читателя тому доказательствъ. Составители руководства по акушерству цитируютъ эти слова *Schroeder'a* такъ какъ будто бы это было ихъ личное мнѣніе, какъ будто бы они и сами дѣлали провѣрку способа *Schroeder'a*, но опять таки ограничиваются одною голословностью. Не мѣшаетъ отмѣтить между прочимъ и то обстоятельство, что авторы руководствъ и монографій, говоря о способѣ *Schroeder'a*, каждый по своему редактируютъ описаніе способа, сдѣланнаго *Schroeder'*омъ. Самъ *Schroeder* сообщаетъ о своемъ способѣ какъ бы вскользь и говоритъ, что необходимо отмѣтить на кожѣ цвѣтнымъ карандашемъ «положеніе сѣдалищныхъ бугровъ».

Между тѣмъ у *Schauta* ²⁹⁾ говорится уже объ «Innenränder tubera ischii», у *Крассовскаго* ³⁰⁾ объ «наиболѣе выдающихся точкахъ сѣдалищныхъ бугровъ», *Ahlfeld* же ³¹⁾, приводя описаніе способа измѣренія поперечника, несомнѣнно по *Schroeder*'у (хотя и не вызываетъ автора), говорить: «Indem man zuerst den *Mittelpunkt* der tubera ischii durch die Haut abtastet etc.».

Если такимъ образомъ существуетъ разногласіе относительно существеннаго, а именно какія анатомическія точки принимать для опредѣленія размѣра поперечника выхода, измѣряя его по *Schroeder*'у, т. е. при помощи карандаша и мѣрки, то уже а priori можно допустить, что результаты измѣреній у различныхъ авторовъ должны были быть различные. И если мы вѣзтомъ не можемъ убѣдиться, то только потому,—повторяемъ—что нигдѣ не приведено результатовъ измѣренія поперечника по *Schroeder*'у. Но невольно напрашивается предположеніе, не уклоненіями-ли отъ первоначальнаго способа *Breisk*'аго получились у послѣдующихъ за нимъ изслѣдователей столь отличающіеся другъ отъ друга результаты? Какъ бы то ни было, но то, что одинъ и тотъ же размѣръ по одному автору представляется равнымъ 11,16, а по другому 9,05, должно было производить на нѣкоторыхъ врачей несовсѣмъ пріятное впечатлѣніе и поселить въ нихъ извѣстную степень недовѣрія къ предложеннымъ методамъ измѣренія выхода. Такъ, напр., *Runge* въ своемъ Акушерствѣ (какъ мы уже упоминали выше) говоритъ, что способъ *Breisk*'аго «даетъ не особенно точные результаты». По нашему же мнѣнію, не способъ *Breisk*'аго (равно какъ не способъ *Schroeder*'а) виновенъ въ тѣхъ результатахъ, которые получились у различныхъ изслѣдователей его примѣнившихъ, а тѣ уклоненія, которые авторы въ способѣ *Breisk*'аго себѣ, вѣроятно, позволяли. Такъ, напр., *Гарфункель*, въ способѣ *Breisky*, допустилъ слѣдующія измѣненія: 1) отыскивалъ заднюю точку прямого размѣра *semda* per rectum, а не per vaginam, какъ *Breisky*; 2) острый край lig. arcuati опредѣлялъ не большимъ, какъ *Breisky*, а указательнымъ пальцемъ и 3) при опредѣленіи разстоянія между

²⁹⁾ *Schauta*, I. c., стр. 244.

³⁰⁾ *Крассовскій*, I. c., стр. 63.

³¹⁾ *Ahlfeld*, I. c., стр. 256.

сѣдалищными буграми, пуговики циркуля приставлялись къ конечнымъ точкамъ воображаемой горизонтальной линіи, касавшейся края *an*. Несомнѣнно, что эти и другія уклоненія отъ типичнаго способа *Breisk*'аго производились для усовершенствованія въ полученіи данныхъ измѣренія. Но они создавали неравенство условій у различныхъ изслѣдователей и—какъ слѣдствіе—различные результаты.

Такимъ образомъ источникъ разногласія цифръ у отдѣльныхъ изслѣдователей ясенъ. Ясно и то, что въ виду этого нѣтъ основанія упрекать, а *priori* самый способъ *Breisk*'аго томъ, что онъ даетъ неправильные результаты. А потому пессимизмъ *Runge* представляется намъ, по крайней мѣрѣ *de visu*, мало обоснованнымъ.

Но несомнѣнно для того, чтобы разсѣять всякія сомнѣнія относительно пригодности способа *Breisk*'аго, необходимо произвести съ этимъ способомъ большое количество измѣреній, преимущественно клиническихъ, съ необходимой повѣркой на трупахъ, для того, чтобы это большое количество измѣреній, *точно и однообразно* произведенныхъ, могло дать возможность вычислить болѣе или менѣе вѣроятную среднюю клиническую величину размѣровъ выхода и нарисовать возможные уклоненія отъ этой величины въ ту и другую сторону.

Эти данныя! представили бы и относительно выхода подтвержденіе словъ *Ahlfeld*'а, который въ своемъ *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1894, на стр. 256 говоритъ: «Bei einiger Uebung wird sich der Arzt allein durch die eben beschriebenen Untersuchungsmethoden ein richtiges Bild von der Form und dem Grade der Verengerung des Becknes machen können».

Выработка такихъ данныхъ и имѣлась въ виду нами, когда мы занялись на нашихъ клиническихъ больныхъ систематическимъ измѣреніемъ выхода. Думаемъ, что значительное число нашихъ изслѣдованій даетъ намъ право выводить болѣе или менѣе вѣроятныя среднія величины и говорить объ уклоненіяхъ отъ нихъ въ обѣ стороны.

Къ изложенію нашихъ результатовъ мы и позволимъ себѣ перейти въ нижеслѣдующихъ строкахъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

II.

Нѣсколько замѣчаній объ акушерскихъ щипцахъ.

Д-ра мед. Э. Ф. Черневскаго.

Извѣстно, что для того, чтобы судить о достоинствахъ или недостаткахъ того или другого медицинскаго инструмента, необходимо точно формулировать тѣ требованія, которыя къ нему предъявляются и затѣмъ рѣшить вопросъ, насколько онъ удовлетворяетъ этимъ требованіямъ.

Всѣ акушерскіе щипцы построены по одному и тому же принципу, поэтому я постараюсь вкратцѣ разобрать вышесказанные вопросы относительно, такъ называемыхъ, классическихъ щипцовъ.

Хорошо построенный инструментъ, предназначенный для извлеченія подлежащей головки, долженъ удовлетворять между прочимъ слѣдующимъ двумъ главнымъ требованіямъ: во 1-хъ, онъ не долженъ причинять поврежденій ни ребенку, ни матери; во 2-хъ, *не долженъ мѣшать* головкѣ продѣлывать механизмъ родовъ, нужный для cadaго случая.

Поврежденія на головкѣ образуются вслѣдствіе сильнаго и продолжительнаго давленія на нее щипцовъ или костей таза. Что при извлеченіи нельзя обойтись безъ давленія на головку само собою понятно. Спрашивается, какое давленіе производятъ обыкновенные щипцы при всѣхъ прочихъ благопріятныхъ обстоятельствахъ? Если они наложены при соотвѣтствующихъ условіяхъ со стороны таза и со стороны головки младенца, то давленіе не должно быть больше силы нужной для влеченія. Величина же послѣдней зависитъ во 1-хъ, отъ тяжести младенца, во 2-хъ, отъ препятствій, встрѣчаемыхъ при движеніи, препятствій, которыя заставляютъ головку дѣлать извѣстные фізіологическія приспособленія.

Щипцы устроены такъ, что отверстіе между ложками имѣетъ продольно-овальную форму, при чемъ наибольшій поперечный размѣръ его, равняется большому поперечному размѣру головки. Отверстіе между ложками далеко не соответствуетъ формѣ головки. Кромѣ того, ложки имѣютъ значительную ширину.

Благодаря такому устройству ложекъ щипцовъ, происходитъ то, что одинъ разъ точка приложенія влекущей силы находится у верхушекъ щипцовъ (повидимому, чаще всего), другой разъ гдѣ нибудь на протяженіи; одинъ разъ по всей ширинѣ ложекъ, другой разъ только по одному ребру, дальше въ одномъ случаѣ влекущая сила представляется приложенною на большомъ пространствѣ, въ другомъ, напротивъ, на очень ограниченномъ. Что щипцы рѣдко обхватываютъ головку всею поверхностью ложекъ и что мѣсто приложенія ихъ какъ влекущей силы бываетъ въ разныхъ мѣстахъ, легко убѣдиться, тщательно изслѣдуя головку каждый разъ послѣ извлеченія. Если влекущая сила прилагается на очень ограниченномъ пространствѣ и тѣмъ болѣе въ теченіе продолжительнаго времени, то на головкѣ образуются поврежденія. Чаще же всего онѣ зависятъ отъ очень большого препятствія, т. е. отъ того, что тазъ малъ или отъ того, что слишкомъ велика головка. Для извлеченія прилагается тогда большая сила, головка подвергается большому давленію, что и причиняетъ поврежденія.

Неправильное отношеніе головки къ тазу можетъ быть также и чисто условное, вслѣдствіе того, что она стала неправильно, а именно своими большими размѣрами въ малые размѣры таза и въ такомъ положеніи ее извлекаютъ.

Дальше поврежденія на головкѣ могутъ быть также вслѣдствіе того, что разстояніе между ложками слишкомъ мало, будетъ ли это зависѣть отъ неправильнаго устройства щипцовъ или отъ положенія ихъ въ несоответствующихъ размѣрахъ головки.

Что касается поврежденій дѣтородныхъ органовъ роженицы, то они зависятъ во 1-хъ, отъ степени открытія матки во время наложенія щипцовъ; во 2-хъ, отъ податливости и способности дѣтородныхъ органовъ къ быстрому растяженію.

Механизмъ родовъ состоитъ въ движеніи головки около различныхъ ея осей. Щипцы устроены такъ, что ложки, захватывающія головку, непосредственно переходятъ въ рукоятки,

за которыя производить влеченіе. Ясно, что *при такихъ условіяхъ во время тракцій головка не можетъ дѣлать никакихъ самостоятельныхъ движеній*. Онѣ происходятъ только въ промежуткахъ между тракціями, если въ это время появляются маточныя сокращенія и потуги. (Совѣтъ многихъ авторовъ дѣлать тракціи во время маточныхъ болей едва ли всегда основателенъ). Въ послѣднемъ случаѣ головка поворачивается въ щипцахъ или вмѣстѣ съ ними, что зависитъ отъ величины головки и поэтому отъ того, плотно обхвачена она ложками или нѣтъ. Такъ какъ при извлеченіи головки щипцами часто примѣняется значительная сила, то головка нерѣдко вводится въ полость таза несоотвѣтствующими размѣрами, что причиняетъ съ одной стороны поврежденія на головкѣ и на дѣтородныхъ органахъ матери, съ другой затрудняетъ выведеніе ребенка.

При положеніи щипцовъ болѣе на передней или на задней части головки во время тракцій усиливается сгибаніе или разгибаніе ея. (Это можетъ случиться также при повидимому правильномъ положеніи щипцовъ, но неправильномъ влеченіи). Если эти вращенія головки вокругъ поперечной оси совершаются въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ таза, своевременно и вообще при соотвѣтствующихъ обстоятельствахъ, то это облегчаетъ прохожденіе головки черезъ тазъ. Если же, наоборотъ, напр., при общеравномѣрно сѣуженномъ тазѣ головка дѣлаетъ разгибаніе, а при плоскомъ—усиленное сгибаніе, то это затрудняетъ, а иногда даже дѣлаетъ невозможнымъ извлеченіе ребенка.

Итакъ *щипцы классическаго устройства не только не способствуютъ, но мешаютъ головкѣ продѣлывать соотвѣтствующій механизмъ*.

Если сдѣлать историческую справку, то окажется, что этого и нужно было ждать, — вѣдь щипцы изобрѣтены тогда, когда акушеры не имѣли ни малѣйшаго понятія о механизмѣ продѣлываемомъ головкой: *Chamberlen*'ами—во 2-й половинѣ 17-го столѣтія; *Palfyn*'омъ въ 1723 году, а механизмъ головки изложенъ *Naegle*'мъ болѣе или менѣе правоподобно только въ первой четверти текущаго столѣтія (1819 г.).

Что щипцы не удовлетворяютъ требованіямъ извлеченія подлежащей головки и что это сознается многими врачами, доказывается тѣмъ, что въ настоящее время существуетъ, а

думаю, болѣе 300 различныхъ видоизмѣненій (по *Kilian*'у до 1849 г. ихъ было 130). Всѣ они имѣютъ одинъ и тотъ же недостатокъ, именно мѣшаютъ механизму родовъ.

До сихъ поръ въ улучшеніи щипцовъ всѣ стремленія были направлены къ тому, чтобы выиграть какъ можно больше силы (*Lahs, Nagel*), чтобы какъ можно меньше производить давленія на головку и чтобы дѣйствовать щипцами параллельно проводной линіи родового канала.

Стремленіе выиграть какъ можно больше силы, мнѣ кажется, означаетъ вмѣстѣ съ тѣмъ стремленіе накладывать щипцы тамъ, гдѣ есть несоотвѣтствіе между величиною головки и объемомъ таза, а также и нѣкоторое пренебреженіе къ тѣмъ поврежденіямъ, которыя могутъ быть произведены какъ на головкѣ, такъ и на дѣтородныхъ органахъ роженицы. На сколько въ каждомъ данномъ случаѣ подобный образъ дѣйствія правиленъ и позволителенъ вообще судить трудно. Сила, нужная для изгнанія младенца, доходитъ до 25,000 граммовъ (*Duncan, Schatz*). При извлеченіи же щипцами, всегда примѣняется значительно большая сила, нерѣдко даже достигающая 150,000 граммовъ.

Будетъ ли произведено на головку большее или меньшее давленіе, зависитъ не столько отъ конструкціи щипцовъ, сколько, какъ я выше сказалъ, отъ извѣстнаго наложенія ихъ и отъ отношенія величины головки къ емкости таза.

Такъ называемая тазовая кривизна щипцовъ, мѣшаетъ дѣйствовать послѣдними параллельно проводной линіи таза или лучше по направленію изгоняющей силы матки. Тѣмъ болѣе она затрудняетъ это дѣлать, что мы никогда не знаемъ какимъ мѣстомъ ложки плотнѣе всего прилегаютъ къ головкѣ, слѣдовательно, не знаемъ, гдѣ точка приложенія влекущей силы.

Все вышесказанное ведетъ къ тому, что *опытный акушеръ при извлеченіи головки смѣло руководствуется не теоретическими правилами дѣйствія щипцовъ, а тѣмъ, куда головка легче подается*: дѣлаетъ влеченіе внизъ и взадъ, по направленію къ спинѣ роженицы—головка не подается, тогда дѣйствуетъ болѣе по отвѣсной линіи относительно тѣла, рукоятки щипцовъ направляетъ нѣсколько въ ту или другую сторону и т. д. При этомъ примѣняетъ значительную силу.

Я говорю, конечно, не о такъ называемыхъ выходныхъ щипцахъ, а о полостныхъ и входныхъ.

Baudelocque, а затѣмъ и другіе (*Hubert, Lahs, Tarnier*) строили теоріи дѣйствія классическихъ щипцовъ. Мнѣ кажется, что при неизвѣстности въ каждомъ случаѣ формы головки, при неизвѣстности точнаго положенія ложекъ на головкѣ, при неизвѣстности точекъ приложенія влекущей силы, при неизвѣстности, вводимъ ли головку въ тазъ соотвѣтствующими размѣрами или нѣтъ и т. д., эти теоретическія соображенія, если они даже и вѣрны, что сомнительно, въ практическомъ отношеніи не имѣютъ никакого значенія.

Нѣкоторые акушеры употребляютъ щипцы съ тазовою кривизною не только для извлеченія головки, но также для извлеченія подлежащихъ ягодицъ (*Haake, Hüter, Olivier*) и затѣмъ для того, чтобы головку перевести изъ задняго вида въ передній, при сравнительно незначительномъ влеченіи внизъ (*Smellie, Baudelocque, Chantereau, Scanzoni, Lange, Tarnier* и мн. др.). При этомъ большинство послѣднихъ авторовъ предпочитаетъ однократное наложеніе щипцовъ безъ ихъ переложенія и почти всѣ безъ исключенія не обращаютъ вниманія на то, имѣетъ ли головка наклонность къ переходу изъ задняго вида въ передній или нѣтъ. Все это показываетъ насколько при примѣненіи щипцовъ рассчитывается на грубую силу, а не на то, чтобы головкѣ дать правильное положеніе. Вѣдь головные щипцы совершенно не приспособлены ни для извлеченія ягодицъ, ни для поворота головки, наконецъ всегда ли нуженъ поворотъ и въ какомъ мѣстѣ родового канала онъ дѣлженъ и можетъ совершиться?

О щипцахъ безъ тазовой кривизны (*Smellie, Wegelin, Лазаревичъ*) и о щипцахъ съ такъ называемымъ осевымъ влеченіемъ (*Tarnier, Breus*) я не говорю, потому что ни тѣ ни другіе не представляютъ существенныхъ измѣненій.

Недавно описанные щипцы д-ра *Диманта*, заслуживаютъ особеннаго вниманія, главнымъ образомъ, по идеѣ. Благодаря шарообразному соединенію рукоятки, за которую производятъ влеченіе, съ остальною частію щипцовъ, головкѣ дана возможность дѣлать вращенія вокругъ ея отвѣснаго діаметра, независимо отъ того производятъ тракціи или нѣтъ. Другимъ же

приспособленіямъ какъ усиленію сгибанія или разгибанія, боковому наклоненію и т. д. сообразно требованіямъ каждого таза, они мѣшають также, какъ и обыкновенныя щипцы.

Все вышесказанное мною приведено не для того, чтобы отказаться отъ щипцовъ; до тѣхъ поръ, пока нѣтъ лучшаго инструмента, необходимо къ нимъ прибѣгать и въ извѣстныхъ случаяхъ (*Zangenrecht*) они оказываютъ громадную услугу; но для того, чтобы, употребляя ихъ при высоко стоящей головкѣ и другихъ неблагоприятныхъ условіяхъ помнить, что *это очень несовершенный, даже грубый инструментъ, при примѣненіи котораго невозможно руководствоваться никакими теоретическими соображеніями*, а въ каждомъ данномъ случаѣ нужно приспособляться. Дальше все это я изложилъ для того, чтобы показать, въ чемъ состоитъ главное несовершенство нынѣшнихъ щипцовъ и въ какомъ направленіи должны быть сдѣланы улучшенія. Не измѣненіе вида рукоятокъ или даже не уничтоженіе не имѣющей смысла тазовой кривизны, играетъ существенную роль, а *измѣненіе отношенія части захватывающей головку къ части влекущей*, такое измѣненіе которое позволяло бы головку во время влеченія *продѣлывать въ тѣ же приспособленія, какія она дѣлаетъ при естественномъ изгнаніи плода*. По всей вѣроятности, будущій инструментъ будетъ очень сложенъ, но это вѣдь не бѣда, разъ мы знаемъ какъ нужно производить обеззараживаніе.

Не могу здѣсь кстати не обратить вниманія на то странное явленіе, что въ то время, когда причина послѣродовыхъ заболѣваній не была извѣстна и слѣдовательно она не могла быть устранена, употреблялись очень сложные инструменты; въ настоящее же время, когда мы умѣемъ обеззараживать, стремимся какъ можно больше упростить инструменты не рѣдко во вредъ производства той или другой операціи.

Всѣ вышеизложенные выводы относительно щипцовъ сдѣланы мною не только на основаніи клиническихъ наблюденій въ теченіе многихъ лѣтъ въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ заведеніи и въ частной практикѣ, но также и на основаніи опытовъ, произведенныхъ на дѣтскихъ трупахъ при соотвѣтствующихъ условіяхъ.

III.

ИЗЪ ПОВИВАЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

Нѣсколько словъ къ вопросу о внутриутробномъ трупномъ окоченѣніи плодовъ.

Н. С. Каннерисера.

Рожденіе дѣтей въ состояніи трупнаго окоченѣнія наблюдалось до сихъ поръ довольно рѣдко. Послѣдніе изслѣдователи этого вопроса—*Feis* и *Lange*—могли во всей литературѣ собрать только 19 случаевъ, сюда относящихся, поэтому я и рѣшаюсь предложить вниманію уважаемаго собранія тѣ четыре случая рожденія дѣтей въ состояніи трупнаго окоченѣнія, которые встрѣтились въ теченіи прошлаго мѣсяца въ Клиническомъ и Повивальномъ Институтахъ. Прежде чѣмъ изложить наблюдавшіеся у насъ случаи, я позволю себѣ вкратцѣ разобрать литературу этого вопроса. Во всѣхъ описанныхъ случаяхъ смерть плодовъ произошла отъ асфиксіи. Дѣти рождались въ большинствѣ случаевъ съ членорасположеніемъ, свойственнымъ внутриутробнымъ плодамъ, т. е. съ скрещенными на груди руками и съ притянутыми къ животу ножками. Челюсти были сильно сжаты, цвѣтъ покрововъ обыкновенно синеватый, при вскрытіи сосуды, переполненные венозною кровью и обыкновенно слѣды внутриматочнаго движенія.

Первымъ описалъ это явленіе, повидимому, *Schulze*. Вслѣдствіе долго затянувшихся родовъ, узкомъ тазѣ и плохо раскрывающемся зѣвѣ, онъ извлекъ ребенка щипцами, при чемъ плечики также пришлось извлечь съ помощью искусства; мертворожденный ребенокъ оказался въ состояніи трупнаго окоченѣ-

нія. Кромѣ того подобные случаи наблюдали *Baillig, Thompson, Joung, Curtze* и др. Очень интересенъ случай, описанный *Paroison*’омъ. Въ деревнѣ онъ былъ случайно позванъ къ больной, у которой послѣ продолжительныхъ родовъ при узкомъ тазѣ, головка прорѣзалась, но туловище не выходило; съ величайшимъ трудомъ удалось ему извлечь ручными приѣмами плодъ; ребенокъ родился мертвымъ съ обвитою вокругъ шеи и лѣвой ручки пуповиной. Мускулатура представлялась въ состояніи трупнаго окоченѣнія. *Müller* сообщаетъ, что при выпаденіи пуповины онъ наложилъ щипцы и извлекъ плодъ, верхняя половина котораго была въ состояніи трупнаго окоченѣнія, нижнія конечности, бывшія при рожденіи въ состояніи расслабленія, окоченѣли черезъ нѣсколько секундъ. За четверть часа до наложенія щипцовъ, мать чувствовала еще движеніе плода.

Чрезвычайно интересный фактъ приводитъ *Dohrn*. Въ его клинику была привезена роженица въ эклампсіи. Роды были въ самомъ началѣ; маточный зѣвъ закрытъ, родовая дѣятельность очень слаба, сердцебіеніе плода хорошо слышно. Въ виду участвовавшихъ припадковъ эклампсіи *Dohrn* распорядился приготовить все для кесарскаго сѣченія и черезъ нѣсколько минутъ послѣ смерти матери извлекъ младенца въ асфиксіи, но съ сердцебіеніемъ, хотя и очень медленнымъ (20 въ минуту). Мышцы головки и конечностей находились въ состояніи окоченѣнія; сердцебіеніе прекратилось въ теплой ваннѣ, окоченѣніе же не прошло, а разрѣшилось только гніеніемъ. Внутри-маточное трупное окоченѣніе плода при эклампсіи наблюдалось также *Stumpf*’омъ.

Чаще всего интересующее насъ явленіе наблюдалось при сильномъ кровотеченіи у матерей. Въ однихъ случаяхъ (какъ у *Grieg’a, Feis’a, Lange, Boxall*) оно зависѣло отъ преждевременнаго отдѣленія нормально сидящаго послѣда; въ другихъ, какъ у *Martin’a, Dajincourt*, отъ предлежанія послѣда. Наконецъ, *Sänger* извлекъ плодъ въ состояніи трупнаго окоченѣнія при кесарскомъ сѣченіи черезъ нѣсколько минутъ послѣ смерти матери отъ сильнаго кровотеченія изъ лопнувшей варикозно-расширенной вены. Въ случаяхъ, которые мнѣ пришлось наблюдать, смерть плодовъ повидимому зависѣла отъ сильнаго кровотеченія у матерей.

Случаи были слѣдующіе:

1) Надежда Андреевна В—ва, 33-хъ лѣтъ, 3--родящая, прибыла въ пріютъ въ ночь съ 4-го на 5-е ноября. Въ 12 часовъ, при почти полномъ открытіи зѣва, прошли воды. Въ 4 часа дня появились сильныя схватки съ потугами.

При изслѣдованіи оказалось, что головка стоитъ небольшимъ сегментомъ неподвижно во входѣ, на головкѣ опухоль, сердцебіеніе плода слышно хорошо. Въ 5 часовъ 30 минутъ явились признаки *rupturae uteri sub partu*. Къ вечеру больная перевезена въ Клиническій Институтъ, гдѣ въ 12 часовъ ночи проф. Оттомъ слѣлана *laparatomia* и извлеченъ плодъ въ состояніи трупнаго окоченѣнія. Ребенокъ находился въ брюшной полости, вполне отдѣлившейся послѣдъ, вслѣдствіе проникающаго разрыва матки—въ полости матки. Верхнія и нижнія конечности имѣли характерное положеніе.

2) 19-го ноября утромъ въ Еленинскій Повивальный Институтъ принята крестьянка А., 29 лѣтъ, 4--родящая. Послѣдніе регулы въ срединѣ февраля. Боли начались 18-го, въ 7 часовъ вечера; воды прошли 19-го въ 6 часовъ 50 минутъ утра. Родовая дѣятельность идетъ правильно, сердцебіеніе плода хорошо слышно. Въ 10 часовъ 30 минутъ утра родовая дѣятельность внезапно прекращается. При изслѣдованіи оказывается *ruptura uteri sub partu*. Въ 1 часъ дня *laparatomia*, удаленъ ребенокъ, лежащій больше часу въ брюшной полости и находящійся въ состояніи трупнаго окоченѣнія. Шея фиксирована, нижнія и верхнія конечности въ обычномъ положеніи. Послѣдъ найденъ отдѣлившимся. Ребенокъ доношенный, вѣсомъ 3650 грам., длиною въ 51 сант.

3) 23-го ноября вечеромъ въ Еленинскій Повивальный Институтъ приведена крестьянка К., 39 лѣтъ, 7--родящая. Больная въ безсознательномъ состояніи и почти безъ пульса. По словамъ привезшихъ ее она часа 1½ тому назадъ стала сильно кровоточить и впаля въ такое состояніе. При осмотрѣ оказывается, что изъ наружныхъ половыхъ органовъ торчатъ часть отдѣливагося послѣда. При изслѣдованіи оказывается, что водный пузырь напруженъ, предлежитъ головка, подвижная надъ входомъ. Слѣланъ поворотъ и извлеченъ небольшой плодъ, послѣ чего было констатировано присутствіе втораго плода, который также былъ извлеченъ вслѣдъ за поворотомъ. Второй послѣдъ выдавленъ по *Crédé*. Оба близнеца, одинъ вѣсомъ въ 1700 грам. и длиною 46 ст., другой въ 1250 грам. и длиною въ 41 ст., рождены въ состояніи трупнаго окоченѣнія, при чемъ всѣ члены въ состояніи флексіи, кромѣ указательнаго пальца правой руки перваго близнеца, который въ экстензіи и возвращается въ это положеніе, послѣ нѣсколькихъ попытокъ флектировать его. Придя въ себя мать указала, что до начала кровотечения, т. е. до 7 часовъ вечера она еще ясно чувствовала движеніе плодовъ.

При разсматриваніи всѣхъ вышеописанныхъ случаевъ невольно является вопросъ: отчего обыкновенно мертвыя дѣти рождаются съ расслабленной мускулатурой, а въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ въ состояніи трупнаго окоченѣнія?

Разрѣшеніе этого вопроса естественнѣе всего искать въ физиологіи и вотъ вкратцѣ то, что я нашелъ относительно трупнаго окоченія въ монографіяхъ *Hermann'a* и *Nasse*, а также у другихъ авторовъ (*Landois*, *Prayer* и *Forster*): всѣ животныя послѣ смерти впадаютъ въ трупное окоченіе. Это зависитъ отъ окоченія мышцъ, при которомъ свертывается міозинъ и образуются молочная и угольная кислоты. Трупное окоченіе мышцы, по теоріи *Hermann'a*, аналогично съ прижизненнымъ ея сокращеніемъ, (которое *Hermann* называетъ временнымъ окоченіемъ мышцъ). Аналогія выражается главнымъ образомъ въ слѣдующихъ фактахъ: 1) сокращеніе мышцы и окоченіе ея сопровождаются укороченіемъ ея и утолщеніемъ; 2) при томъ и другомъ рядомъ съ механической силой развивается и теплота; 3) окоченіе и сокращеніе, начинаясь гдѣ нибудь въ волокнѣ, распространяются по немъ дальше; 4) измѣненія электрическихъ свойствъ тождественное; 5) при обоихъ явленіяхъ происходятъ тѣже химическія превращенія и изъ тѣхъ же источниковъ. Главная разница между трупнымъ окоченіемъ и прижизненнымъ сокращеніемъ заключается въ томъ, что сокращеніе разрѣшается расслабленіемъ, трупное же окоченіе гораздо постояннѣе и переходитъ непосредственно въ гніеніе. Мышечное окоченіе наступаетъ послѣ смерти всего организма, а также въ вырѣзанныхъ мышцахъ; кромѣ того въ отдѣльныхъ мышцахъ живаго организма, при прекращеніи къ нимъ притока крови, какъ, это показываетъ опытъ *Stenson'a*. *Stenson* наблюдалъ окоченіе заднихъ конечностей кролика, переязывая нижнюю часть аорты и бедренныя артеріи. *Stannius* показалъ, что если опытъ *Stenson'a* продолжался не слишкомъ долго, то окоченіе проходило. Если же притокъ крови былъ прекращенъ на болѣе долгое время, то получалось настоящее трупное окоченіе. У различныхъ животныхъ трупное окоченіе наступаетъ черезъ различное время послѣ смерти. Теплокровныя коченѣютъ скорѣе хладнокровныхъ. Кромѣ того есть различные моменты, ускоряющіе и замедляющіе трупное окоченіе. Къ фактамъ ускоряющимъ окоченіе принадлежатъ: сокращеніе передъ смертью, какъ отдѣльныхъ вырѣзанныхъ мышцъ, такъ и пѣлаго животнаго (такъ напримѣръ извѣстно, что загнанная дичь падаетъ сразу окоченѣвшей).

Растяженіе и отягощеніе мышцъ; затѣмъ непосредственное дѣйствіе на мышцы нѣкоторыхъ химическихъ веществъ, напирѣ: стрихнина, вератрина, молочной и угольной кислоты (вырѣзанная мышца, при дѣйствіи угольной кислоты, моментально впадаетъ въ окоченѣніе, при асфиксіи дѣло до этого, по словамъ *Nothnagel*'я и *Rossbach*'а, не доходить, потому что нервныя центры парализуются раньше, чѣмъ накопится достаточное количество угольной кислоты). Наконецъ значительно ускоряетъ окоченѣніе повышенная температура. Если нѣсколько моментовъ дѣйствуетъ одновременно, то окоченѣніе получается почти что мгновенное.

Къ замедляющимъ факторамъ принадлежатъ: пониженная температура, непосредственное дѣйствіе концентрированныхъ растворовъ среднихъ щелочныхъ солей, искусственная циркуляція крови, содержащая кислородъ и, наконецъ, отдѣленіе мышцъ отъ центральной нервной системы, служащей ей постояннымъ стимуломъ раздраженія. Упомянувъ объ общихъ условіяхъ трупнаго окоченѣнія, рассмотримъ теоріи, предложенныя авторами для объясненія вопроса, почему иногда дѣти подвергаются трупному окоченѣнію въ утробѣ матери? Нѣкоторые авторы, какъ напр., *Schwartz* и *Fritsch* вообще скептически относятся къ этому явленію; другіе, какъ англійскіе авторы *Joung* и *Grieg*, объясняютъ его увеличеніемъ содержанія фибрина въ материнской крови. Это толкованіе едва-ли правильно, такъ какъ извѣстно, что окоченѣніе мышцъ совершенно не зависитъ отъ свертыванія, находящейся въ ней крови и обезкровленная мышца также подвергается трупному окоченѣнію. *Thompson* полагалъ, что ригидность членовъ, при интересующемъ насъ явленіи, зависитъ не отъ трупнаго окоченѣнія, а отъ предсмертнаго произвольнаго судорожнаго сокращенія мышцъ. Съ этимъ объясненіемъ также нельзя согласиться, главнымъ образомъ оттого, что сокращеніе здѣсь не разрѣшается, а переходитъ непосредственно въ гніеніе; кромѣ того въ окоченѣніи мышцъ, въ упомянутыхъ нами случаяхъ *Grieg*'а и *Müller*'а, была замѣчена характерная для трупнаго окоченѣнія послѣдовательность—сначала окоченѣваютъ мышцы головы, послѣ верхнихъ и, наконецъ, нижнихъ конечностей.

Stumpf и отчасти *Feis* объясняют наступление внутриматочного трупного окоченения при эклампсии матерей, переходом из материнской крови каких-то веществ, отравляющих плод и вызывающих трупное окоченение его мышц. Это объяснение не основано на фактических данных. Наконец, последние исследователи *Feis* и в особенности *Lange*, основываясь на опытах *Hermann'a* и *Bierfreund'a*, (которые нашли, что трупы кроликов окоченяются в два раза скорее при температурѣ $37,5^{\circ}$, чѣмъ при температурѣ в 20° и, что в первомъ случаѣ, окоченіе, проходитъ в девять разъ скорѣе) говорятъ, что мертворожденные плоды должны родиться в состояніи трупного окоченія во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ они послѣ смерти оставались достаточно долгое время в утробѣ матери, чтобы окоченіе могло наступить, но не настолько однако же долго, чтобы оно могло пройти. Они полагаютъ, что рожденіе дѣтей, в состояніи трупного окоченія, бываетъ гораздо чаще, чѣмъ это думали и очень часто проходитъ незамѣченнымъ. Мнѣ кажется, что и съ этими авторами нельзя согласиться. Уже а priori трудно допустить, чтобы акушеры, знакомые съ этимъ явленіемъ, всегда его пропускали и считали бы чрезвычайной рѣдкостью. Кроме того, противъ этой теоріи говорятъ и факты. Каждому изъ насъ приходилось видѣть, что дѣти, пробывши послѣ смерти еще нѣсколько часовъ в полости матки, рождались съ расслабленной мускулатурой. По теоріи *Gange* пришлось-бы допустить, что у нихъ окоченіе уже прошло; межъ тѣмъ нѣсколько часовъ спустя, наступаетъ окоченіе. Не далѣе, какъ 13 декабря, в Повивальномъ Институтѣ родился ребенокъ съ расслабленной мускулатурой и съ пуповиной вначалѣ мацераци. На слѣдующее утро, мы его нашли в состояніи трупного окоченія. И такъ мы видимъ, что ни одна изъ предложенныхъ теорій не можетъ считаться вполнѣ удовлетворительной. Съ своей стороны и мы не можемъ найти вполнѣ удовлетворительнаго объясненія, интересующаго насъ вопроса. Мы хотѣли бы обратить вниманіе только на слѣдующіе факты. Преждевременное прекращеніе плацентарнаго дыханія аналогично опыту *Stenson'a*, такъ какъ при этомъ къ плоду прекращается притокъ артеріальной крови. Продукты химическаго превращенія накапливаются в мышцахъ;

быть можетъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда плодъ, благодаря относительно незначительной потребности его нервной системы въ кислородѣ, продолжаетъ жить нѣкоторое время послѣ прекращенія плацентарнаго дыханія, въ его мышцахъ накопится достаточное количество молочной и угольной кислотъ для того, чтобы вызвать ихъ околеченіе. Не претендуя ничуть на то, что мое предположеніе можетъ объяснить всѣ случаи интересующаго насъ явленія, я счелъ нужнымъ, въ виду возбуждившагося въ послѣднее время въ западной литературѣ интереса къ этому вопросу и въ виду незначительнаго количества описанныхъ случаевъ, сообщить тѣ, которые мнѣ пришлось наблюдать.

IV.

ИЗЪ ВЛАДИМИРСКОЙ ГУБЕРНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.

Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи уретро-влагалищныхъ фистулъ.

П. Ф. Богданова.

Въ виду значительнаго интереса въ развитіи оперативной техники при уретро-влагалищныхъ свищахъ, не поддававшихся до сего времени прочному излѣченію въ смыслѣ задерживанія больными мочи, я рѣшилъ сообщить два случая, оперированныхъ мной фистулъ, на которыхъ, я думаю, можно наглядно убѣдиться въ механизмѣ задерживанія мочи, что составляетъ въ настоящее время спорный вопросъ. Дѣло въ томъ, какъ видно будетъ ниже, что въ обоихъ случаяхъ, вслѣдствіе неполнаго сращенія, не получилось сплошнаго образованія канала, а моча тѣмъ не менѣе больными задерживалась.

Перейду къ описанію случаевъ.

Кр. Василиса Н—ва, 30 л., поступила въ гинекологическое отдѣленіе Владимирской губернской больницы 26 сентября на 6-й недѣлѣ послѣ родовъ, съ жалобой на недержаніе мочи. При осмотрѣ найдено: на передней стѣнкѣ влагалища подъ нижнимъ краемъ лоннаго соединенія находится поперечная щель, значительно растянутая въ стороны; концы щели рубцомъ прочно фиксированы у лонныхъ костей; по разведеніи щели оказывается на нижнемъ отрѣзкѣ отверстіе мочеиспускательнаго канала съ обрубцевавшимися краями; верхній же отрѣзокъ заключалъ въ себѣ каналъ (уретру), отдѣленный отъ пузыря; такимъ образомъ, уретра въ поперечномъ направленіи была раздѣлена на двѣ части.

О непосредственномъ сшиваніи уретры нечего было и думать, почему я ограничился осыяженіемъ перерванной стѣнки влагалища и сшиваніемъ

поперечной щели. Швы были сняты на 7 день, сращение полное, но не смотря на это вся моча вытекала произвольно через уретру.

24 октября я произвел операцию удлинения уретры по предложенному Д. О. Оттомъ способу, съ той только разницей, что не очерчивалъ двойного контура и не изсѣкалъ слизистой оболочки, а ограничился однимъ глубокимъ надрѣзомъ, отъ чего края раны разошлись и образовалась освѣженная поверхность, шириной въ $\frac{1}{2}$ сант.; освѣженная поверхность была сшита обычнымъ, а не погружнымъ швомъ, который былъ удаленъ на 8-й день, при чемъ оказалось, что въ срединѣ швы прорѣзались и по снятіи оставались каналы отъ уколовъ, черезъ которые при раздвиганіи бедеръ просачивалась моча; не смотря на это больная задерживала мочу на 3—4 часа, чувствовала позывы и при мочеиспусканіи моча выдѣлялась сильной струей черезъ образованную уретру; только при нѣкоторыхъ движеніяхъ, при сильномъ разведеніи бедеръ больная чувствовала незначительную сырость половыхъ частей.

Такимъ образомъ, благодаря неудачной техники, не получилось сплошного канала, который бы могъ на подобіе соединяющихся сосудовъ удерживать жидкость на одномъ уровнѣ,—а была перепонка, прижимающаяся къ отверстию уретры, и этого было вполне достаточно для возстановленія нормального акта мочеиспусканія и задерживанія мочи.

Второй случай еще убѣдительнѣе.

Кр. Татьяна К—на, 24 л., была доставлена въ родильное отдѣленіе на 3 сутки отъ начала родовъ съ головкой, стоящей въ выходѣ таза; врачъ въ участкѣ пробовалъ накладывать щипцы, но неудачно, щипцы соскользнули, получился разрывъ промежности, значительная травма влагалища, почему, опасаясь нанести еще большую травму отъ новыхъ попытокъ наложенія щипцовъ, произведена перфорация и головка совершенно легко извлечена; въ послѣродовомъ періодѣ замѣчается недержаніе мочи и каловыхъ массъ, и когда стѣнки влагалища очистились, то оказалось обширное разрушеніе передней стѣнки влагалища, такъ что 2 пальца проникали въ пузырь, и на задней стѣнкѣ высоко лежащая фистула въ прямую кишку; зашить обѣ фистулы не было возможности, почему я произвелъ *kolpocleisis*, рассчитывая, что вся моча будетъ выдѣляться черезъ прямую кишку, но надежда моя не оправдалась: при лежачемъ положеніи больная была суха, но при ходьбѣ, вся моча произвольно вытекала черезъ уретру. Тогда я рѣшилъ и здѣсь произвести удлиненіе уретры, но оперируя по типу *episiocleisis*, оставляя только не сшитымъ участокъ у *frenulum clitoris*; способъ освѣженія, какъ въ предъидущемъ случаѣ, т. е. безъ вырѣзыванія ткани, катетеръ не вставленъ. Первые дни вся моча выдѣлялась черезъ прямую кишку, при чемъ часто можно было замѣтить растянутый газами мочевои пузырь, который при надавливаніи спадался; больная крайне не развитая, безпокойная женщина, часто ворочилась на постели, и въ результатъ получилось прорѣзываніе швовъ и расхожденіе краевъ раны въ нижней части, у промежности; верхняя же часть раны срослась хорошо, образовался очень узкій каналъ, едва пропускающій тонкій дѣтскій кате-

теръ. Считаю операцію неудавшейся и думая повторить шпиваніе нижняго края, я былъ удивленъ, когда больная мнѣ заявила на 10 день, что она чувствуетъ позывы на мочеиспусканіе, лежитъ совершенно сухая, и моча выдѣляется черезъ передній проходъ; больной позволено встать, но и при ходьбѣ больная на 1½—2 часа совершенно свободно задерживала мочу и была совершенно суха, въ виду чего я и не произвелъ вторичнаго подшиванія нижняго угла раны.

Что же въ данномъ случаѣ удерживало мочу?

Здѣсь не было канала, закрытаго на одномъ концѣ, а была одна только перепонка, натянутая впереди отверстия мочеиспускательнаго канала, которая служила какъ бы *запирающей мышцей*.

Первые дни моча вся вытекала черезъ задній проходъ, дальше же, когда послѣдовало сращеніе—вновь образованная перепонка стала функционировать, какъ запирающая мышца; больная послѣ операціи пробыла у меня подъ наблюденіемъ 2½ недѣли, была совершена суха, мочилась произвольно, при чемъ моча довольно сильной струей вытекала изъ подъ нижняго, отчасти и изъ подъ верхняго края перепонки.

Такимъ образомъ оба мои случая, неудачные по оперативной техникѣ, окончились излѣченіемъ въ смыслѣ устраненія основнаго страданія (постояннаго истеченія мочи) и могутъ служить какъ бы случайнымъ экспериментомъ въ интересующемъ насъ вопросѣ о способѣ задержанія мочи при удлиненіи уретры.

V.

Цѣль, условія и показанія къ операціи такъ называемыхъ „высокихъ щипцовъ“.

В. М. Бурлакова.

Origo artis obstetriciae—ab experientia, experientiae occasio—a necessitate...

Что такое «высокіе щипцы» (*forceps obstetricia superior s. alta*.¹⁾)?

По *Max'u Runge*,—«вѣрною руководящею нитью для опредѣленія высоты стоянія головки служатъ сѣдалищныя ости: если уже не удастся достигнуть до нихъ пальцемъ, то это означаетъ, что головка навѣрно уже стоитъ наибольшею своею окружностью въ тазу²⁾»).

При обратномъ отношеніи діагностируется: головка стоитъ высоко, стоитъ надъ или во входѣ въ малый тазъ (т. е. при-

¹⁾ Считаю себя въ правѣ поставить этотъ вопросъ, чтобы потомъ избѣжать недоразумѣнія. Старинная акушерская операція „высокихъ щипцовъ“ принадлежитъ къ спорнымъ; особенно не разработанъ вопросъ о показаніяхъ къ ней. Школа покойнаго проф. *Schroeder*'а чуть-ли не отрицаетъ ее, называя „атипическою операціею наложенія щипцовъ“; другіе вообще допускаютъ „высокіе щипцы“, однако ограничивши до возможнаго *minimum*'а кругъ ихъ примѣненія. Не смотря на это, операція и на практикѣ примѣняется, и въ учебникахъ описывается; мало того—и здѣсь и тамъ рѣчь идетъ о выборѣ между нею и такими операціями, какъ прободеніе головки (у мертваго или даже живаго плода), кесарское сѣченіе или разсѣченіе лоннаго соединенія (поворотъ не идетъ здѣсь, какъ имѣющей свое показаніе). Думается, что слѣдовало-бы отличать щипцы „полостные“ отъ щипцовъ „высокихъ“, разъ извѣстнъ устройство французскихъ щипцовъ и ихъ примѣненіе. Собственно говоря, щипцы могутъ быть выходные, полостные и высокіе.

²⁾ Руководство по Акушерству, рус. пер. 1894 г. стр. 173. Между прочимъ, проф. *Феноменовъ* говоритъ, что понятіе о „высокомъ“ стояніи головки весьма неопредѣленно и растяжимо; по его мнѣнію, подъ высокимъ стояніемъ головки слѣдуетъ понимать такое отношеніе между тазомъ и головкой, при которомъ головка стоитъ неподвижно и большимъ своимъ сегментомъ прошла уже чрезъ входъ въ тазъ, *геср.*, подвергалась цѣлесообразной конфигураціи. Оперативное Акушерство, 2 изд., 1893 г., стр. 212. (Казань).

мѣрно $\frac{1}{5}$, $\frac{1}{4}$ или $\frac{1}{3}$, до $\frac{2}{3}$ своей полусферы). Именно высотой стоянія головки и опредѣляются такъ называемые высокіе щипцы; и стало быть, подъ этимъ названіемъ всегда можно разумѣть только извѣстное оперативное пособіе, какъ имѣющее въ акушерствѣ свое показаніе и примѣненіе. Операция была предложена *Soleyrés de-Renhac*'омъ (1769 г.), теоретически обоснована *Baudelocque*'омъ и практически широко примѣнялась *Osiander*'омъ—отцомъ. Исторически ясно, что прошло не особенно много времени съ 1723 г., когда Парижской Академіи были представлены *Iohann*'омъ *Palfyn*'омъ (вторично ихъ открывшимъ) знаменитые «*manus ferrei*», т. е. акушерскіе щипцы, какъ уже, при практическомъ ихъ примѣненіи, наткнулись на случаи, гдѣ очевидны были и малопримѣнимость, и пожалуй даже вредность новаго инструмента. Въ результатѣ получается, что въ прежнемъ спорѣ о цѣлесообразномъ устройствѣ и употребленіи щипцовъ выдѣлился важный вопросъ о показаніяхъ къ наложенію щипцовъ. Три простые вопроса,—почему въ встрѣтившемся случаѣ головка не опускается въ полость малаго таза, на сколько она не проходитъ сквозь тазовое кольцо (*resp. introitus pelvis min. s. appertura pelvis superior*) и будетъ-ли продвинута при имѣющемся объемномъ отношеніи къ наслѣдному одною силой сокращающейся матки—выдвинуло много какъ теоретическихъ соображеній, такъ фактическихъ данныхъ. Тутъ есть нѣчто и о сжимаемости или несжимаемости рождающейся головки, и о конституціональномъ страданіи роженицы (ея сифились, рахить, анемія и проч.) и главное объ узкомъ, вообще уродливомъ тазѣ и т. п. Знаменитый *Baudelocque* ³⁾, изучившій размѣры таза (его *conjugata*), нашелъ выходъ въ щипцахъ; онъ экспериментально разобралъ вопросъ о примѣненіи ихъ при узкомъ тазѣ, показавъ, что сжатые размѣры головки въ щипцахъ, перпендикулярно къ ложкамъ, уменьшаются даже до 11 миллим., тогда какъ другіе, противоположные, почти не увеличиваются. Онъ наблюдалъ самопроизвольные роды иногда при *conjug. vera* 7—8 сант., почему при узкихъ тазахъ (с. v. 8 сант.) прежде всего рекомендовалъ выжиданіе, а затѣмъ щипцы (въ поперечномъ размѣрѣ

³⁾ L'art des accouchements, 1844, т. II

таза), относясь къ прободенію головки отрицательно. *Stein*—старшій тоже накладывалъ щипцы, даже на головку, стоящую во входѣ ⁴⁾).

Можетъ быть, тутъ была теоретическая ошибка, которую удалось обнаружить *Stein*'у—младшему; именно во время операціи головка въ щипцахъ мѣняетъ свое положеніе, слѣдовательно несообразно ожидать благопріятнаго вліянія отъ сдавленія щипцами головки въ поперечномъ размѣрѣ если удлиняется часть, лежащая въ conjug. (противоположно *Bandelocque*'у ⁵⁾). Изучивши механизмъ родовъ при узкомъ тазѣ, *Stein*—младшій предлагалъ также выжиданіе, но при не возможности родовъ силами природы—перфорацію головки даже живаго плода или кесарское сѣченіе, ограничивши такимъ образомъ кругъ употребленія щипцовъ.

Однако, не смотря на это, фактъ, подмѣченный двумя первыми авторами, оставался фактомъ, будучи подкрѣпляемъ отчасти и выжидательнымъ способомъ того же *Stein*'а—младшаго (въ надеждѣ на конфигурацію головки). Особенно часто накладывалъ щипцы *Osiander*—отецъ; на 2540 родовъ—1016 щипцовъ, а производилось иногда до 200 тракцій и т. д.

Scanzoni предлагалъ въ подобныхъ, подходящихъ случаяхъ тоже высокіе щипцы, указывая предѣльный размѣръ суженія въ $2\frac{3}{4}$ " прежней французской мѣры (= conj. v. $7\frac{3}{4}$ сант.), и онъ охотнѣе ихъ именно допускалъ, чѣмъ поворотъ плода при высоко и подвижно стоящей головкѣ, потому что видѣлъ мало успѣшное наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку ⁶⁾).

Словомъ, не приводя всѣхъ историческо-литературныхъ справокъ ⁷⁾, отмѣтимъ, что авторы, примѣнявшіе щипцы, въ разное время приписывали имъ не одинаковое дѣйствіе (а отсюда отчасти выводили и показанія къ операціи); по однимъ (*Bandelocque*, *Stein*—старшій) — это сдавливающій головку инструментъ; по другимъ, щипцы дѣйствуютъ на матку, какъ инородное тѣло, раздраженіемъ (динамическое дѣйствіе *Stein*'а—младшаго); третьи желаютъ видѣть, особенно въ настоящее

⁴⁾ „Журналъ Акушерства“ и пр., 1892, стр. 640.

⁵⁾ Lehrbuch d. Geburtsh., 2, § 606.

⁶⁾ Lehrbuch d. Geburtschilfe, 3 изд., стр. 606, 839 и др.

⁷⁾ Старинная литература приведена у *Schröder*'а, *Красовскаго*, *Штольца*.

время, только эффект потягивания (*C. Schroeder* и его школа ⁸⁾).

Вѣроятно, благодаря послѣднему воззрѣнію, за высокими щипцами и стараются пока удержатъ названіе «атипической операціи наложенія щипцовъ». Но воззрѣніе это не всегда вѣрно и не вполне справедливо относительно новорожденного; будучи обосновано главнымъ образомъ на данныхъ *Litzmann'a*, *Schroeder'a* и др., оно въ глазахъ иныхъ должно имѣть неоспоримое право гражданства. Поэтому необходимо знать, какими показаніями пользуются авторы этого воззрѣнія, разъ встрѣчаютъ случай высокаго стоянія головки (что бываетъ чаще при патологическихъ тазахъ); тѣмъ болѣе, что образцовыя изслѣдованія о тазахъ *Litzmann'a* и *Michaëlis'a* служатъ базисомъ къ установкѣ безупречнаго показанія къ выбору одной изъ не легкихъ операцій, требующихся въ данномъ случаѣ ⁹⁾.

По *Litzmann'у*, необходимымъ условіемъ наложенія щипцовъ при узкомъ тазѣ, въ предѣлахъ II степени, должно считать правильную установку головки во входѣ таза и наклонность ея конфигурироваться; разъ этого не существуетъ, то вообще—перфорация головки. При суженіяхъ III степени, ниже 7 сант. при плоскихъ и 8,5 сант. при обще суженныхъ тазахъ, прямо показано уменьшеніе плода въ объемѣ или кесарское сѣченіе. Кромѣ того, особенно выдвинутъ авторомъ при этихъ условіяхъ вопросъ о поворотѣ, послѣдній показывается не только при суженіяхъ таза I и II степени, но и выше, даже какъ *ultimum refugium*, чтобы потомъ можно было перфорировать послѣдующую головку ¹⁰⁾.

⁸⁾ Нельзя здѣсь не отмѣтить интереснаго факта, какъ частота операцій зависитъ отъ индивидуальной склонности оператора:

<i>Osiander</i>	на 2540 род.	— щипцы:	1016 = 40,0%
<i>Nägele</i>	" 1711	" — "	55 = 3,2 "
<i>Winckel</i>	" 5000	" — "	184 = 3,6 "
<i>Schauta</i>	" 2183	" — "	200 = 9,2 "
<i>Ahlfeldt</i>	" 1248	" — "	43 = 3,5 " и пр.

Вообще въ Германіи—2% щипцовъ; во Франціи у *Baudelocque'a*—0,17%; позднѣе (1852—80 г.) по *Charpentier'у*—1:37; также въ Англіи чаще—по *Simpson'у* въ 1844 г.—1:472; въ новѣйшее время по *Johnston'у*—1:14,7 (по *Kehrer'у*, стр. 182, см. ниже); въ Россіи—по *Крассовскому* 1,8% и по *Лебедеву* 4,9 (см. проф. *Феноменовъ*).

⁹⁾ Литературу объ узкомъ тазѣ, см. у д-ра *А. Р. Рышхи*: „Къ ученію о нормальномъ и узкомъ тазѣ и пр.“, 1892.

¹⁰⁾ Die Geburt bei eng. Becken, 1884; также *Volkmann's Samml. Klinich. Vortr.*, № 90.

Ясно, что, согласно *Litzmann*'у, сплошь и рядомъ пришлось-бы жертвовать жизнью младенца, а во 2-хъ, если имѣть въ виду перфوراцію послѣдующей головки, то повороту слѣдуетъ приписывать только профилактическую роль (что пожалуй и соответствуетъ дѣйствительности), и въ 3-хъ, щипцы (или перфорация) и поворотъ относятся къ двумъ самостоятельнымъ методамъ, исключаяющимъ другъ друга во время теченія родовъ (*Schroeder, Шмольц*)).

C. Schroeder даетъ приблизительно такія же показанія къ наложенію высокихъ щипцовъ; онъ (вмѣстѣ съ *Simpson*'омъ) высказываетъ еще надежду, что послѣдующая головка, по своему анатомическому строенію, подходя къ формѣ клина, и дѣйствовать будетъ подобно клину и, слѣдовательно, легче можетъ быть выведена чрезъ родовые пути¹¹⁾. Поэтому поворотъ на тазовой конецъ плода *Schroeder* рекомендуетъ еще съ большею горячностью, чѣмъ *Litzmann*, даже при суженіяхъ до 7 сант., особенно ссылаясь на случай *Höning*'а. За то наложеніемъ щипцовъ, по его мнѣнію, положительно противо-дѣйствуется спасительной дѣятельности потугъ, которыя способствуютъ цѣлесообразному измѣненію формы головки, увеличивая прямой и укорачивая поперечный ея діаметръ; между тѣмъ какъ щипцы, накладываемые при высокомъ стояніи головки въ поперечномъ размѣрѣ, должны лечь на лобъ и затылокъ (т. е. сдавливать головку въ прямомъ размѣрѣ). Не слѣдуетъ забывать также пораненіе и ущемленіе мягкихъ частей, сдавленныхъ головкою съ одной стороны, и мысомъ и лоннымъ соединеніемъ съ другой, что будто имѣетъ мѣсто даже послѣ опытовъ *Fehling*'а, указавшаго, что сдавливаніе головки со всѣхъ сторонъ производить уменьшеніе ея объема на счетъ оттока крови и спинно-мозговой жидкости и т. д.

Словомъ, *Schroeder* придавалъ слишкомъ ограниченное значеніе выжидательному способу и сводилъ добрую половину терапіи въ данномъ случаѣ къ повороту, въ надеждѣ на клино-подобное дѣйствіе послѣдующей головки. Нѣтъ основаній отвергать анатомическій фактъ (*Simpson* и др.), но значеніе его

¹¹⁾ Учебникъ Акушерства, 1881, русс. пер. *Горвица*, съ примѣчаніями, стр. 250, 498 и др. Его проповѣдь поворота, стр. 502, примѣч.

преувеличено, и ввиду столь частых ущемлений послѣдующей головки и ввиду необходимости ее перфорировать (по *Litzmann*'у).

R. Kaltenbach ¹²⁾ при данныхъ условіяхъ, т. е. при III и IV степеняхъ сѣуженія и при мертвомъ плодѣ, совѣтуетъ краніотомію, если же плодъ живой, то на плотно вставленную и прошедшую уже большею своею окружностью входъ въ малый тазъ головку можно попытаться наложить щипцы (6—8 сильныхъ тракцій). При подвижной же головкѣ нужно отложить всякую попытку къ наложенію щипцовъ (т. е. высокихъ), при III и IV ст. сѣуженія; но и поворотъ слѣдуетъ считать здѣсь противопоказаннымъ ввиду опасности разорвать матку (вопреки совѣту *C. Schroeder*'а).

F. Kehrer (анатомически разобравшійся въ вопросѣ) высказываетъ, какъ общее положеніе, что при высокомъ стояніи головки наложеніе щипцовъ, должно быть по возможности ограничено. Особенно опасно оно при срединномъ и боковомъ вставленіи головки, и если здѣсь допускается то ввидѣ исключенія, лишь при отсутствіи или незначительности механическаго несоотвѣтствія, при невозможности произвести поворотъ, ради угрожающихъ явленій со стороны роженицы или плода, (выпаденіе пуповины, предлежаніе послѣда и т. п.). За то, напротивъ, при ущемленіи (*enthlipsis*, часто при плоскихъ тазахъ между лоннымъ соединеніемъ и мысомъ и т. п.), вколачиваніи (*gomphosis*, при обще-сѣуженныхъ или воронкообразныхъ тазахъ, или даже при нормальныхъ и большой головкѣ) и закупориваніи (*emphraxis*, при выпаденіи ручки и опухоли таза²⁾) наложеніе высокихъ щипцовъ цѣлесообразно, когда головка уже приспособилась къ родовому каналу, т. е. послѣ соотвѣтственной конфигураціи головки и смѣщенія черепныхъ костей ¹³⁾. Такимъ образомъ, здѣсь операціи высокихъ щипцовъ придается самостоятельное значеніе.

M. Runge въ общемъ также допускаетъ высокіе щипцы, но это лишь попытка, къ безуспѣшности которой врачъ дол-

¹²⁾ Lehrbuch d. Geburtshilfe, 1893, стр. 292—296. Онъ принимаетъ 4 степени сѣуженія *Litzmann*'а, а именно: I ст. согл. v. = 5—6; II ст. = 6—7, 4 сант.; III ст. = 7, 4—8, 25 сант.; IV ст. = 8, 25 сант.; и полагаетъ, что веденіе родовъ при узкомъ тазѣ одна изъ трудныхъ задачъ: дѣло часто идетъ о жизни 2 индивидуумовъ, интересы которыхъ противоположны.

¹³⁾ Руководство оперативнаго акушерства, русс. пер., 1893 г., стр. 174, 194 и др.

женъ быть уже напередъ готовъ. Въ прекрасно составленной главѣ объ узкомъ тазѣ ¹⁴⁾, однако написанной подъ большимъ вліяніемъ *C. Schroeder'a*, *M. Runge* исходитъ изъ общаго взгляда, что терапія при сильнѣйшихъ степеняхъ суженія таза опредѣляется степенью самаго суженія, а при менѣ сильныхъ степеняхъ—теченіемъ родового акта. Поэтому, если головка вполнѣ или почти вполнѣ прошла чрезъ узкое мѣсто таза, а прощупать пальцемъ сѣдалищныя ости не удастся (стрѣловидный шовъ въ косомъ или уже прямомъ размѣрѣ),—то при такихъ обстоятельствахъ показывается операція наложенія щипцовъ.

Если же головка вставлена неблагопріятно (вставленіе—лба, внѣсрединное или задней темянной костью), то при наступающей асфиксіи жизнь младенца могла бы быть спасена только наложеніемъ щипцовъ; однако операція эта рѣшительно нецѣлесообразна до тѣхъ поръ, пока головка еще не прошла чрезъ узкое мѣсто таза, потому что она увеличиваетъ только несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ (поперечно стоящая головка, будучи захвачена щипцами у лба и затылка и сжата, будетъ имѣть увеличенный поперечный размѣръ, какъ у *Schroeder'a*). Но и при такихъ обстоятельствахъ,—говорить онъ—все таки слѣдуетъ попытаться наложить щипцы, особенно съ осевыми тракціями или протискивать головку по *Hofmeier'u*, какъ то и дѣлаютъ другіе.

Такимъ образомъ, судя по только-что изложеннымъ взглядамъ представителей акушерства, за границу, вопросъ о высокихъ щипцахъ до сихъ поръ прошелъ, можно сказать, 3 стадіи: увлеченія, отрицанія и ограниченія; въ общемъ-же, операція остается пока точно не установленною, и буде встрѣчается соотвѣтственный случай, то показанія устанавливаются слѣдующимъ образомъ: а) *поворотъ* или съ профилактическою цѣлью (узкій тазъ, *conjug.* до 7,5 сант., у многородящихъ, головка надъ входомъ, достаточное количество водъ и т. п.), или при спеціальномъ показаніи (выпаденіе пуповины, ручки, неправильное вставленіе головки и т. п.); б) *краніотомія* (при мертвомъ младенцѣ почти безъусловно, при живомъ-же,—если есть

¹⁴⁾ Учебникъ по Акушерству, русс. пер., 1894, стр. 300—305 и др.

угрожающія явленія со стороны матери и т. п.); в) *щипцы* высокіе дозволительны при наступившей конфигураціи головки, уже прошедшей сѣуженное мѣсто, въ противномъ случаѣ должны имѣть профилактическое значеніе (пробныя тракціи).

У насъ въ Россіи, дѣло обстоитъ тоже неопредѣленно: одни совершенно отрицательно относятся къ высокимъ щипцамъ, другіе же держатся положительнаго взгляда на нихъ. Акад. *Красовскій* ¹⁵⁾ совѣтуетъ обращать вниманіе на характеръ и степень сѣуженія таза, на способность головки плода конфигурироваться и на силу потугъ. Относительно большинства случаевъ съ большою вѣроятностью можно допустить, что при частично-сѣуженныхъ тазахъ, гдѣ conjug. имѣетъ не менѣе 8 сант., и при благоприятныхъ условіяхъ со стороны головки и потугъ, роды могутъ быть счастливо окончены щипцами; при обще-сѣуженныхъ же тазахъ этого результата можно достигнуть только при конъюгатѣ въ 8,5 сант. На практикѣ поступаютъ такимъ образомъ, что *выжидаютъ*, на сколько это возможно безъ особеннаго вреда для матери и плода; при наступленіи показанія къ окончанію родовъ, накладываютъ щипцы и *пытаются*, съ осторожностью, извлечь ими головку, если же это не удастся, то, не снимая щипцовъ, прибѣгаютъ къ *перфорацимъ*. Удобство поворота при этихъ обстоятельствахъ, т. е. ради узости таза и въ надеждѣ на клиноподобное дѣйствіе послѣдующей головки, не признается ¹⁶⁾.

Не менѣе условно, но болѣе пространно разбираются высокія щипцы проф. *Н. Феноменовымъ* ¹⁷⁾. Его опредѣленіе «высокаго стоянія» головки приведено выше; на щипцы же онъ смотритъ, какъ на инструментъ только влекущій, дающій возможность приложить къ головкѣ силу и замѣнить, такимъ образомъ, vis a tergo,—почему, чтобы быть цѣлесообразнымъ пособіемъ искусства, отвѣчающимъ физиологическимъ требованіямъ, щипцы должны быть накладываемы на головку, стоящую «Zangenrecht». На основаніи этого, щипцы не могутъ служить инструментомъ, назначеннымъ исправлять положеній головки, или низвести высоко и подвижно надъ вхо-

¹⁵⁾ Оперативное Акушерство, 1880, стр. 536 и др.

¹⁶⁾ Op. cit., стр. 439.

¹⁷⁾ Оперативное Акушерство, 1893, стр. 207, 212, 227 и др.

домъ стоящую головку; равнымъ образомъ ихъ нельзя примѣнѣть при узкомъ тазѣ именно *ради суженія*, разъ не имѣется общихъ показаній (ослабленіе родовой дѣятельности и т. п.). Въ послѣднемъ случаѣ, только тогда, когда природа помощью цѣлесообразной конфигураціи головки (впродолженіи многихъ часовъ, т. е. выжиданіе) *изгладила* первоначально существовавшее пространственное несоотвѣтствіе между тазомъ и родовымъ объектомъ и когда головка *уже вполне или почти вполне прошла суженное мѣсто* и для окончательнаго рожденія нуждается только въ усиленной потужной дѣятельности, операція наложенія щипцовъ является вполне цѣлесообразнымъ пособіемъ.

Мысль—провести головку чрезъ суженное мѣсто, развивая помощью щипцовъ болѣе или менѣе значительную силу, или помощью соотвѣтственнаго измѣненія формы головки (конфигурація),—безплодна, потому что конфигураціи головки *едва-ли* можно достигнуть, а сжатіе той же головки въ прямомъ размѣрѣ (въ смыслѣ *Schroeder'a*) можетъ повлечь за собою тяжкія поврежденія (разрывъ мозговыхъ пазухъ). Поэтому практикуемое иногда наложеніе «высокихъ» щипцовъ на головку, стоящую надъ входомъ (*подвижную*) или только ничтожнымъ сегментомъ вступающую въ плоскость входа, слѣдуетъ считать непозволительнымъ (безопаснѣе поворотъ); но можно накладывать щипцы при такомъ «высокомъ стояніи», если головка стоитъ неподвижно и большимъ своимъ сегментомъ прошла уже чрезъ входъ въ тазъ, геср. подверглась цѣлесообразной конфигураціи (щипцы—въ поперечномъ размѣрѣ таза). Что касается исправленія положенія высокостоящей головки (во входѣ) щипцами, то объ этомъ вовсе не стоитъ и толковать: нецѣлесообразность этого совѣта очевидна сама собою. Равнымъ образомъ необходимо, по существу дѣла, отнестись вполне отрицательно къ повороту, въ надеждѣ на клинообразное дѣйствіе послѣдующей головки (съ смыслѣ *Schroeder'a*), ибо не форма головки имѣетъ существенное значеніе для объясненія различныхъ способовъ прохожденія подлежащей и послѣдующей головки, а способность ея къ конфигураціи во первыхъ—и сила, дѣйствующая на головку—во вторыхъ.—На основаніи только что изложеннаго, можно думать, что проф. *Феноменовъ* совершенно не признаетъ за самостоятельныя операціи ни поворота,

ни высоких щипцовъ при данныхъ условіяхъ. Напротивъ, д-ръ *Федоровъ* (изъ Варшавской клиники проф. *Астребова*) на основаніи 847 случаевъ узкаго таза, полагаетъ, что въ настоящее время, при методѣ *Листера* и удачныхъ модификаціяхъ въ инструментъ, предложенныхъ *Tarnier'*омъ, *Breuss'*омъ и проф. *Лазаревичемъ*, область показаній и условій наложенія щипцовъ значительно расширилась и есть возможность примѣнять ихъ тамъ, гдѣ раньше стояло безусловное противопоказаніе; теперь при узкомъ тазѣ щипцы вообще и высокія—въ частности слѣдуетъ отнести къ отдѣлу способовъ *типическаго родоразрѣшенія*, разъ только щипцы по устройству отвѣчаютъ намѣченной цѣли—замѣнить собой дѣятельность ослабѣвшаго органа, т. е. матки. Авторъ наложилъ всего 113 разъ щипцы, при чемъ въ 90 случаяхъ вполнѣ успѣшно. Форма тазовъ—разнообразная, предѣлы conjug. v. 10—7,5 сант. Щипцы *Tarnier'*а—5 разъ на головку, наибольшимъ діаметромъ стоящую во входѣ (живыхъ плодовъ 40⁰/о). Щипцы *Breuss'*а—2 раза на головку, стоящую во входѣ малымъ сегментомъ; conjug. v.—8 сант., большой поперечникъ головки—9 сант. (ребенокъ въ глубокой асфиксіи, другой плодъ гниlostный). Щипцы Пражской школы, съ замкомъ *Буша*, наложены у 36 роженицъ, изъ нихъ у 16—на высокостоящую головку (5 разъ во входѣ малымъ сегментомъ и 1 разъ большимъ) при смертности отъ высокихъ щипцовъ—20⁰/о, а отъ полостныхъ—23,4⁰/о и поврежденій головки—8,8⁰/о. Сбуженіе—отъ 10 до 7,5 сант. Прямые параллельные щипцы наложены 49 разъ: на головку подвижную надъ входомъ—11 разъ, малымъ сегментомъ во входѣ—13 разъ, большимъ—12, остальные—полостные. На 36 случаевъ высокихъ щипцовъ: conjug. vera отъ 10 до 9,5 сант. встрѣтилась 9 разъ, с. v. 9—8,5 сант.—17 разъ, 8—7,5 сант.—10 разъ; родилось живыхъ дѣтей 33,3⁰/о, въ асфиксіи—оживленныхъ 52,8⁰/о, неживленныхъ 8,3⁰/о, умершихъ во время родовъ 5,5⁰/о, у трехъ младенцевъ поврежденія несмертельны. Умершихъ роженицъ 3, изъ нихъ 2 въ eclampsia, а 1 отъ sepsis'a, будучи изслѣдована до поступленія. Вообще, сравнивая результаты оперативной помощи при узкихъ тазахъ путемъ поворота (по *Schroeder'*у) и наложенія прямыхъ параллельныхъ щипцовъ, авторъ приходитъ

къ выводу, что общая смертность дѣтей при высокихъ щипцахъ въ 3 раза меньше, чѣмъ при поворотѣ съ послѣдующей экстракціей, при чемъ въ случаяхъ обще сѣуженнаго таза дѣтей при щипцахъ умерло въ 3,6 раза меньше, чѣмъ при поворотѣ, при тазахъ же частично-сѣуженныхъ въ 2,1 раза меньше ¹⁸⁾).

Такой же оптимистическій взглядъ на щипцы, какъ это достаточно извѣстно, уже давно и настойчиво проповѣдуется проф. *Лазаревичемъ* ¹⁹⁾. Не давая подробныхъ показаній къ употребленію щипцовъ, онъ выражается, что случаи когда головка плода долго держится въ какомъ-бы то ни было мѣстѣ тазоваго канала, ущемляя мягкія части матери, составляютъ правильное показаніе къ наложенію щипцовъ (при чемъ допускается поворотъ головки съ цѣлью исправленія положенія ея, около вдольной или поперечной ея оси); предѣльная узость таза, т. е. conjug. v. = 8 сант.; при высокостоящей (но неподвижной) головкѣ съ особеннымъ успѣхомъ рекомендуются параллельные щипцы и т. д.

О качествахъ и примѣнимости прямыхъ щипцовъ—неперекрещивающихся проф. *Лазаревича* или перекрещивающихся *Боряковского*, вообще и въ частности при высокомъ стояніи головки говорилось и на III Пироговскомъ Сѣздѣ: проф. *Ястребовъ*, накладывавшій щипцы *Лазаревича* въ 44 случаяхъ узкаго таза на высокостоящую головку, не получилъ ни одного разрыва шейки и ни одной смерти ребенка ²⁰⁾; проф. *Рейнъ* нѣсколько ограничительно опредѣлил роль такихъ щипцовъ при исправленіи положенія головки, но въ общемъ и въ его клиникѣ результаты получились утѣшительные; проф. *Лебедевъ*, высказываясь вообще за прямые щипцы, полагаетъ, что, напр., у первородящей съ неподатливыми половыми путями на высокостоящую головку гораздо умѣстнѣе наложить кривые щипцы; д-ръ *Личкусъ* думаетъ, что можно накладывать и тѣ и другіе

¹⁸⁾ Матеріалы къ вопросу о терапіи родовъ при узкомъ тазѣ, дисс. 1891 также „Журналъ Акушерства“ и пр., 1891, стр. 764 и др. (между прочимъ % смертности матерей при перфорации получился значительно большій, = 10,6% отъ сенса = 2,8%).

¹⁹⁾ Курсъ Акушерства, 2 изд., 1892 г., стр. 608, 609, 623 и др.

²⁰⁾ Проф. *Ястребовъ* еще разъ высказывается за расширеніе круга показаній къ операціи высокихъ щипцовъ, въ Юбилейномъ Сборникѣ проф. *Славянского*, Спб. 1894 г.

щипцы на высоко-стоящую головку (только не при узкомъ тазѣ) и пр. ²¹⁾).

Изъ болѣе *поздней* литературы считаемъ нужнымъ отмѣтить цифры *Braun'a v. Fernwald'a*, приводимыя у д-ра *Штольца*, также д-ромъ *Личкусомъ*; цифры показываютъ, что въ Вѣнской клиникѣ въ продолженіи послѣднихъ 6 лѣтъ (до 1888 г.) наложены щипцы при плоскихъ и обще суженныхъ тазахъ II степени суженія 64 раза, при чемъ щипцы удавались даже при conjug. v. въ 8 и 7; смертность матерей = 1,6⁰%, а дѣтей = 12,6⁰% (щипцы высокіе). Присоединяя сюда свои 20 родовъ, наблюдавшихся при II степени суженія (тазы плоскіе и общенеравномѣрно-суженные) и оконченныхъ съ помощью высокихъ щипцовъ, а равно 7 пробныхъ предшествовавшихъ перфораций у него самого и 13 родовъ, также оконченныхъ высокими щипцами, у *Nagel'a*, д-ръ *Штольцъ* получаетъ 103 случая благополучныхъ высокихъ щипцовъ, съ одною умершею матерью (ибо остальные поступали уже инфицированными), т. е. 0,9⁰% смертности матерей, и съ 13 умершими дѣтьми, т. е. 13,5⁰% дѣтской смертности. Вообще, вопреки совѣту многихъ, рекомендовавшихъ накладывать щипцы только по прохожденіи головкою узкости таза, эта операція наоборотъ должна примѣняться ранѣе, т. е. во время стоянія головки во входѣ, въ особенности, если роды затягиваются очень долго, такъ какъ важное значеніе щипцовъ въ родахъ при II степени суженія какъ плоскаго, такъ и обще суженнаго тазовъ—очевидно ²²⁾).

Для веденія подобныхъ родовъ, авторъ выдѣляетъ 3 самостоятельныхъ способа, которые и должны быть строго различаемы: 1) *выжидательный способъ*, состоящій изъ акта

²¹⁾ „Врачъ“. 1889, стр. 110 и др.

²²⁾ У *Braun'a* на 228 родовъ II ст. суженія, исключая поворотъ и преждевременные роды, получились такіе результаты:

Щипцы . . .	64	(пл. т. 36, общес. 28)	28	°/о—1	(ум. мать)	8	(ум. дѣтей)
Перфорация .	52	(„ „ 20, „ 32)	22,8	„—4	(„ „)	52	(„ „)
Самопр. р. .	112	(„ „ 68, „ 44)	49	„—0	(„ „)	2	(„ „)
	228	(пл. т. 124, общес. 104)	—	—5	(ум. мать)	62	(27,2°/о)

У д-ра *Штольца*:

Щипцы . . .	7	(пл. т. 5, общес. 2)	31,8%—0	(ум. мать)	1	(ум. дѣтей)
Перфорация .	3	(" " 3, " 0)	13,6 "—0	(" ")	3	(" ")
Самопр. р. .	12	(" " 11, " 1)	54,5 "—0	(" ")	0	(" ")
	22	(пл. т. 19, общес. 3)	— —0	(ум. мать)	4	(18,6%)

Эти цифры взяты изъ ст. д-ра *Штольца* (см. ниже).

выжиданія въ тѣсномъ смыслѣ слова и операціи щипцовъ или перфорация; 2) *профилактический поворотъ*, и 3) кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи. Если при правильномъ механизмѣ родовъ и вставившейся, до извѣстной степени, во входѣ головки замѣчаются явленія, угрожающія жизни матери или плода, то показуется наложеніе высокихъ щипцовъ, даже при не вполнѣ, но все же достаточно раскрытомъ зѣвѣ, и влеченія могутъ примѣняться съ достаточною силой, разумѣется въ извѣстныхъ границахъ ²³⁾ и т. д.

Въ заключеніе, еще укажемъ, что по *Stadfeldt*'у въ Копенгагенскомъ родовспомогательномъ заведеніи въ продолженіи послѣднихъ 13 лѣтъ, были наложены 44 раза высокіе щипцы, по поводу узкаго таза (соіjug. v. 8—9 сант.), при чемъ 36 родовъ окончены исключительно щипцами (*Tarnier*'а и особенно *Simpson*'а), въ 8 случаяхъ, пришлось все таки прибѣгнуть къ прободенію головки; изъ 36 младенцевъ, 20 остались въ живыхъ, остальные жили нѣсколько дней или родились уже мертвыми; матери же всѣ выписаны здоровыми ²⁴⁾. Между прочимъ д-ръ *Füth*, также съ успѣхомъ примѣнявшій высокіе щипцы, пользуется при этомъ еще подавливаніемъ на головку чрезъ наружные покровы надлобковой области (по *Hofmeister*'у ²⁵⁾).

Такимъ образомъ, если не всѣ русскіе авторы одинаково высоко цѣнятъ операцію «высокихъ щипцовъ», такъ они почти всеѣмъ отрицательно высказываются о поворотѣ, въ смыслѣ *Schroeder*'а; и во всякомъ случаѣ у насъ операція высокихъ щипцовъ, при извѣстномъ типическомъ устройствѣ (русскихъ) щипцовъ, имѣетъ шансы и на будущее, не говоря уже о настоящемъ.

Теперь переходимъ къ своимъ наблюденіямъ и выводамъ.

1-й случай. Анна 3—ва, солд. жена, 28 л., правосл., III—рага, поступила подъ наблюденіе 1/х 93, въ 4 часа дня, съ os totale и стоячими водами. Anamnesis: рожала 2 раза, мертвыхъ, оба раза трудно и долго; 1-е роды на 20-мъ году, послѣдніе—2 года тому назадъ; не выкидывала; menstrua получила на 16 году, чрезъ 3 недѣли, по 3 дня, необильныя и

²³⁾ О веденіи родовъ при наиболѣе часто встрѣчающихся формахъ узкаго таза см. „Журн. Акушерства“, 1892, стр. 672 и др.

²⁴⁾ Bibliothek for Lægevid., Bd. III, Hft. 2, цит. по Centbl. f. Gynäkologie, 1893, стр. 694, „Ueber die sogenannten „hohen“ Zangenentbindungen“.

²⁵⁾ Centbl. f. Gynäkol., 1892, № 14, и 1893, № 40. „Zur Zangenoperation“.

безъ болей; послѣднія мѣсячныя до родовъ, когда—не помнитъ. Теперь родовыя боли и схватки начались въ 10 часовъ утра 1/х Роженца небольшого роста, сложена нормально, питанія средняго, высота маточнаго дна мѣняется въ зависимости отъ схватокъ. Сердцебиеніе младенца, слѣва около 1. alba на 2 пальца ниже пупка, отчетливо выслушивается, движенія плода ясны;—вообще при наружномъ изслѣдованіи получилось впечатлѣніе, что ребенокъ большой и головка его большая и твердая. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: соответственная, даже большая отечность *genitalia externa*, набухлость рукава; звѣзъ вполне раскрытъ; оболочки цѣлы; предлежитъ головка, (затылокъ) высоко и вполне баллонирующая и не установившаяся,—кромѣ этого, тутъ же оказалось, что весь I крестцовый позвонокъ выдается сильно впередъ, такъ что суженіе представляло все пространство (протяженіе) между *promontorium* и ложнымъ мысомъ, очень ясно ощущаемымъ при изслѣдованіи. Размѣры таза: D. sp.—22 сант.; D. cr.—24; D. tr.—28; C. ext. 16; C. diag.—11—11½; C. diag. spuria (т. е. до ложнаго мыса) 9½. Такимъ образомъ, хотя *conj. diag.* получилась 11—11½ сант., но такъ какъ суженной была не одна какая либо плоскость таза, но цѣлое пространство, то такое суженіе сочтено было довольно серьезнымъ. Определѣно: I затылочное, передній видъ, ребенокъ живъ; *pertus* при *pelvis plana justo—minor*. Въ 6 часовъ вечера отошли воды и до того высоко надъ входомъ стоявшая головка опустилась и вставилась во входъ такимъ образомъ, что малый родничекъ опредѣлялся слѣва спереди, а большой—справа сзади, выше малаго; *sutura sagittalis* проходила косо; кости твердыя, швы узкіе. Сердцебиеніе плода хорошее. Боли сильныя. Однако не смотря на сильныя боли и потуги роды мало подвигались впередъ, головная опухоль все больше увеличивалась, кости зашли одна за другую, но головка мало понижалась. t° поднялась до 38° (*Endometr. subpart.*). Сердцебиеніе плода удовлетворительное. Въ 10 часовъ вечера рѣшено наложить щипцы. Подъ хлороформнымъ наркозомъ наложены щипцы *Naegele* въ правомъ косомъ размѣрѣ на стоящую во входѣ головку, которую въ наркозѣ можно было немного приподнять; щипцы легли плотно, было слѣдано неособенно много сильныхъ тракцій прямо внизъ, пока наконецъ удалось протянуть головку чрезъ суженное мѣсто и ввести ее въ полость таза; тогда вывести наружу головку и туловище удалось очень легко. Ребенокъ—мальчикъ родился въ асфиксін I степени, дышалъ правильно и его удалось вскорѣ привести въ чувство на столько, что двигалъ ножками и открывалъ глаза, но заставить кричать не удалось. Черезъ 20 минутъ вышелъ послѣдъ (оболочки всѣ на лицо); матка сократилась плотно; рукавъ промытъ сулемой; дано 1,0 Pulv. secal. corn. и положенъ ледъ на низъ живота. Вѣсъ ребенка—4050 grm. окружность, головки 38 сант., размѣры ея: *transv. magn.*—10¼, *transv. min.*—9, *rectus*—12, *oblig. maj.*—14, *obl. min.*—11½. При осмотрѣ головки найдено: лѣвая теменная кость сильно зашла за правую, у наружнаго угла праваго глаза значительная ссадина кожи отъ правой ложки щипцовъ. На кожѣ лица и около лѣваго уха нѣсколько поверхностныхъ потерь эпидермиса, у праваго темяннаго бугра ушибъ кожи съ кровоподтекомъ величиною съ 2-хъ копѣечную монету, на лѣвой лобной кости, на всемъ ея протяженіи, большое ложкообразное вдавленіе, съ ушибомъ кожи.

Головная опухоль на правой теменной кости. (Поворотъ головки произошелъ въ ложкахъ щипцовъ незначительно). Дальнѣйшее теченіе *puerperii* было вполне благоприятное:

1-е сутки,—вечеромъ t° 36, днемъ матка на уровнѣ пупка; очищенія кровянистыя; кишечникъ переполненъ, мочится по катетеру, болѣзненности въ животѣ нѣтъ.

Получаетъ: внутрь *secalis cornuti* 0,6,3 раза въ день, кишечникъ очищенъ приемомъ *ol. ricini* 30,0.

3-и сутки, t° 36,7 утр.—36,8 веч., матка плохо сокращается, дно ея на уровнѣ пупка, немного отклонена вправо; болѣе нѣтъ; животъ мягкій послѣ кастороваго масла; на *genit. ext.* небольшой отекъ, выдѣленія небольшие, яркокраснаго цвѣта, увеличиваются послѣ давленія на дно; мочится сама.

На слѣдующіе сутки нагрубаніе грудей (t° 37,3 веч. высшая).

5-ые сутки, матка на 1 пал. ниже пупка, плотнѣе; очищеній меньше и блѣднѣе окрашены. Самочувствіе хорошее. t° 36,9 утр.—37,2 веч. Получаетъ *secal. corn.* Назначены еще: влагалищныя спринцеванія сулемой (1:3000); ледъ вечеромъ снять.

7-ые сутки, t° 36,7—36,9, матка на 3 пал. ниже пупка, очищеній мало, серозно-блѣдно-окрашенныя; болѣе нѣтъ; отправления кишечника удовлетворительны. Позволено сидѣть.

На 9 сутки, t° 36,7—37,2, при внутреннемъ изслѣдованіи найдено: маточная шейка плохо сформирована, мягка, имѣетъ надрывъ въ лѣвую сторону до свода, содержитъ ов. *Nabothii*; наружный зѣвъ открытъ, чрезъ внутренній—проходитъ палецъ въ полость матки; на задней стѣнкѣ матки прощупываются тромбы; ткань матки дрябловата, дно ея пальпа на 3 выше лобка. Своды пусты. Назначено: горячіе души 36° R., 2 раза, согревающей компрессъ на животъ, внутрь *p. secal. corn.* 0,6,2 приема въ день. Позволено немного ходить.

Подъ вліяніемъ такой терапіи еще чрезъ 6 дней (15-й день) родильницу можно было выписать, какъ вполне здоровую. При выпискѣ найдено: маточная шейка хорошо сформировалась, чрезъ наружный зѣвъ проходитъ палецъ; матка все-таки мягковата, совсѣмъ не болитъ, въ легкой *anteflexio*; своды пусты; отдѣленіе водянистое, слегка окрашенное кровью. Ребенокъ здоровъ и взятъ матерью; ссадины и кровооттеки головы исчезли.

2-й случай. Анна Ла—ева, крест. жена, 30 л., правосл., I—para, осмотрѣна въ первый разъ 14/II. 94, въ 10 час. утра.

Anamnesis таковъ: не рожала и не выкидывала; *menstrua* съ 16 лѣтъ, чрезъ 4 недѣли, по 7 дней, правильно, безъ болѣй, очень обильны, послѣднія въ маѣ 1893 г.; въ послѣднее время чувствовала себя не хорошо и лѣчилась амбулаторно отъ кашля и боли въ лѣвомъ боку; около недѣли захворала болями въ животѣ и поясницѣ; запоры, отсутствіе аппетита, слабость, а съ 13/II, начались схватки въ животѣ сильнѣе. *Status praesens*: тѣлосложенія правильнаго, подкожный жирный слой развитъ не сильно, животъ не особенно большой; сердечныя тоны плода (*p. justo-minor*) выслушиваются ясно слѣва внизу около *l. alba*; родовыя боли сильныя. Тазъ обще суженный. Размѣры *ero*: D. sp.—22 с., D. cr.—26, D. tr.—29; C. ext.—15 $\frac{1}{2}$, C. d. 9 $\frac{1}{2}$ —10. При изслѣдованіи *per vaginam*

оказалось: отекъ genital ext. небольшой, рукавъ не широкій, шейка еще есть, открытіе на 1 палецъ, воды еще не прошли; предлежитъ головка (затылкомъ), она стоитъ надъ входомъ и вполне подвижная. Въ 1 ч. дня прошли воды; хотя боли очень сильныя, но зѣвъ открывался очень медленно (въ 5 час. веч.—2½ пал., въ 7 час. веч.—3 пал.) и головка только вставлялась, но не опускалась въ тазъ; головная опухоль растетъ сильно.

Въ 10 часовъ вечера наружный зѣвъ матки вполне открытъ, большая родовая опухоль; оба родничка почти на одномъ уровнѣ (малый нѣсколько ниже), въ косомъ размѣрѣ (правомъ), головка во входѣ (не большимъ размѣромъ), но приподымается. Сердцебиеніе плода отчетливо. Хотя боли очень сильныя и роженица постоянно тужилась, но роды очень мало подвигаются впередъ, и въ 4 часа ночи 15/II, головка хотя конфигурировалась больше и стояла вплотную во входѣ малаго таза, ощущивается довольно большая часть задней темянной кости, передней же только незначительный сегментъ; роднички какъ выше; головная опухоль очень большая, воды грязныя (cum mеsоnіо), но безъ запаха; t° 36,9. Сердцебиеніе плода „мѣняется“; роженица очень истощается отъ постоянного натуживанія. Въ виду угрожающихъ явленій для жизни плода, наложены въ 4½ часа ночи подъ хлороформнымъ наркозомъ щипцы *Naegеле* на высокостоящую головку; щипцы легли и замкнулись плотно въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ; нѣсколькими сильными тракціями (до 12) внизъ головка была низведена въ полость и затѣмъ выведена наружу. Извлеченъ мальчикъ въ глубокой асфиксіи, но былъ вскорѣ вполне оживленъ качаніями по *Schultze* и перемѣннымъ погруженіемъ въ теплую и холодную ванны. Черезъ ¼ часа, т. е. въ 5 часовъ утра 15/II, выжать послѣдъ по *Credé* (оболочки на лицо). Матка сократилась плотно; полость матки промыта sol. ac. carbol. 2%. На промежности разрывъ, недостигающій anus'a на 1 палецъ, не очень глубокой, соединяющійся съ разрывомъ нижней части задней стѣнки рукава, которая и разорвана глубоко до слизистой recti (ruptura perinei); наложены десять шелковыхъ швовъ (colporrhineorrhaphia) и присыпано pul. jodophorm, (на genitalia и ранѣ есть отекъ). Назначено: pulv. secal. corn. 0,6 внутрь и ледъ на животъ; ноги связаны. Кромѣ того,—extr. hyosc. 0,015, с. natr. bicarbon. 0,3,3 порошка въ день; компрессъ согрѣвательный на лѣвый бокъ (въ виду бронхита). Вѣсъ младенца 2880 грм. Окружность головки—34 сант.; размѣры ея: большой поперечный—8¾; малый поперечный—7¾; большой косой—12; малый косой—9; прямой—11. Головка съ большою родовою опухолью и вообще очень удлинена (эллипсоидно); отъ ложекъ небольшие слѣды на os front. и occipit. въ области заушной (травма кожи). Пуэрпериальный періодъ былъ съ осложненіями. 1-е сутки,—t° 36° утромъ—37,3° вечеромъ, п.—56, д.—24. Животъ вздутъ, безболѣзненный; uterus вправо, вяла, нечувствительна; незначительный отекъ вокругъ швовъ на промежности; lochia кровянистыя, не очень обильны; плохо мочится, пузырь полонъ. Стула не было; молока нѣтъ. Получаетъ: secal. corn. и pulv. с. hyosciam. Мочится по катетеру.

Діета: булка, молоко и манная каша. 3 сутки, дно матки на 3 пальца ниже пупка; матка безболѣзненна, менѣе смѣщается вправо; lochia еще кровянистыя, не обильны. t° 37,3 утромъ, 37,6 вечеромъ,

пульсъ 58. Кашель легче, съ мокротой; не слабило, получаетъ: прежніе pulv. № II; ol. ricin 30,0 на приѣмъ, вечеромъ clusma; уборка съ jodorph.; ледъ снятъ. На слѣдующіе сутки швы сняты, такъ какъ они частью прорѣзались, и было замѣтно нагноеніе, сращенія не произошло. 5-е сутки, t° 37,0 утромъ, 37,0 вечеромъ, пульсъ 58; fund. ut. на 4 пальца надъ лобкомъ; матка плотна, контурируется ясно кругомъ; lochia кровавнистыя, грязноватыя, безъ запаха; поверхность бывшаго разрыва нечистая, покрытая гнойнымъ отдѣляемымъ; кашель уменьшился; молока мало въ грудяхъ. Получаетъ: cort. pulv. № II; спринцеваніе рукава растворомъ сулемы 2 раза; уборка съ jodorph., котлетка.

7-е сутки, t° 36,8 утромъ, 36,8 вечеромъ, пульсъ 60. Не можетъ мочиться сама (моча прозрачная, насыщенная); матка на 3 пальца надъ лобкомъ, lochia окрашены; кашель прошелъ. Получаетъ: secale corn. рукавныя спринцеванія и уборка съ іодоформомъ; моча выпускается катетеромъ; позволено сидѣть! (на 9 сутки). 10 сутки, t° 36,9 утромъ, 37,0 вечеромъ. Матка сдвинута вправо, животъ нечувствительный; мягкій; fund. uteri на 4 пальца надъ лобкомъ; lochia кровавнистыя, серозныя, грязноватыя; поверхность разрыва чище, гранулируетъ. Слабило, пузырь не опорожненъ; выпущено катетеромъ 700 куб. сант. мутной, свѣтложелтой мочи, удѣльный вѣсъ 1010, реакція слабокислая; бѣлка нѣтъ; слизь и нѣсколько эпителиальныхъ клѣтокъ подъ микроскопомъ. При изслѣдованіи per vaginamъ оказалось: uterus впереди, плохо сократился, цервикальный каналъ легко проходимъ, палецъ входитъ чрезъ внутренній зѣвъ въ матку: portio vag. сформирована; своды не заняты; секретъ на пальцѣ окрашенный, безъ запаха. Получаетъ: secal. corn. № III и на ночь pulv. с. extr. hyosciām; t-rae valerian spl. 15 + tr. nuc. vom. 3,0 S., по 15 капель, 3 раза. На слѣдующій день позволено встать. На 15-е сутки, t° 36,6 утромъ, 36,9 вечеромъ, матка на 2 пальца надъ лобкомъ, выдѣленія окрашены значительно еще. Назначено: горячія души изъ sol. ac). carbol. 1% въ 35° R. + вечеромъ и 36° R. + утромъ; также pulv. lig. com. ros 2 чайныхъ ложечки. На 18 сутки, выдѣленія съ большою примѣсью крови, животъ немного чувствителенъ надъ лобкомъ; t° 37 утромъ, 38,3 вечеромъ, пульсъ 90. Знобитъ, назначено: secal. corn. 0,3, 4 раза въ день и mixt. ac. mur. 100,0 S., чрезъ 2 часа столовая ложка, горячія души отмѣнены. На 20-е сутки, головная боль, насморкъ, herpes labialis et nasalis, въ зѣвѣ ничего ненормальнаго, не кашляетъ; вчера знобило, ночью потъ; животъ безболѣзненный, lochia кровавнистыя съ сгустками. t° 37,5 утромъ, 39,7 вечеромъ, пульсъ 98 Per vaginam: uterus недостаточно хорошо сокращенъ, впереди, вялый, безболѣзненный; шейка короткая, наружный зѣвъ легко пропускаетъ палецъ; на суправлагинальной части сзади и вправо мягкій валикъ, немного чувствительный; правый сводъ короче лѣваго; секретъ на пальцѣ кровавнистый, безъ запаха.

Вечернія повышенія t° повторялись еще 5 сутокъ и на 25-е сутки, t° 36,9 утромъ—37,6 вечеромъ, пульсъ—60, не знобило; головная боль продолжается; плохой аппетитъ, дурной вкусъ: языкъ чистъ; животъ мягкій, не вздутъ; нерѣзкая чувствительность въ правомъ паху; выдѣленія кровавнистыя въ меньшемъ количествѣ, стула не было. Назначено: inf. secal. corn. 5,0—100,0 с. ac. mur. dil. 1,0 S. чрезъ 2 часа по столовой ложкѣ и t-rae chinae comp. + t-rae valerian. aeth. aa 10,0 S. по 20 капель

4 раза. Спринцеваніе рукава 2 раза; компрессъ на животъ, ванна 29° R. +. На 28-е сутки, t° 36,5 утромъ—36,7 вечеромъ, пульсъ—58.

Per vaginam: uterus впереди, сократился за недѣлю, но все еще недостаточно хорошо, у дна утолщенъ, подвижный, безболѣзненный; шейка коротка, каналъ не проходимъ, только верхушку пальца пропускаетъ *orif. ext.* Секретъ слизистый, окрашенъ; правый сводъ укороченъ, немного чувствителенъ у края матки; эксудата не опредѣляется; другія своды пусты и безболѣзненны; прослабило жидко и съ болью. Назначено: *bismuth. subnitrici* 0,3 два приема. Ванна 29° R; компрессъ на животъ и спринцеванія рукава. 31-е сутки, t° 36,5 утромъ—36,5 вечеромъ, пульсъ—60; животъ мягкій, въ нижнемъ отдѣлѣ безболѣзненный; выдѣленія менѣе окрашены. Температура затѣмъ снова стала по вечерамъ (3 дня) подниматься до 38,0°.

На 37-е сутки, t° 36,6 утромъ—36,8 вечеромъ, пульсъ—58. *Per vaginam* опредѣлено: uterus въ *anteflexio*, сократился достаточно, подвижный, безболѣзненный; наружный зѣвъ закрытъ, шейка сформирована, какъ слѣдуетъ; правая крестцово-маточная связка напряжена и при давленіи немного чувствительна; эксудата здѣсь нѣтъ (пальцы сходятся), лѣвый и задній своды нечувствительны и свободны; секретъ на пальцѣ кровянисто-слизистый. Снять еще отыскавшійся шовъ; разрывъ зарубцевался, значительно сократившись. Больной назначено: *sol. arsenical. Fovll.* 1,0 *aq. menthae* 10,0 S., по 10 капель, 2 раза въ день во время ѣды; суппозиторіи съ ихтиоломъ.

Въ дальнѣйшемъ дѣло пошло гладко, и больная выписалась, выздоровѣвши, на 41-е сутки: съ животомъ безболѣзненнымъ, съ маткой непрощупывавшеюся, съ слизистыми, слегка окрашенными выдѣленіями, съ отличнымъ самочувствіемъ.

Ребенокъ здоровъ и отданъ былъ въ Воспитательный Домъ.

Ясно, что оба наши случая принадлежатъ къ такому отдѣлу оперативнаго акушерства, гдѣ послѣднее имѣетъ возможность предложить не одинъ какой либо оперативный способъ лѣченія, а нѣсколько одновременно. А priori, это именно и должно встрѣтить на практикѣ по самому существу дѣла; вѣдь, каждый сложный случай родовъ есть задача *sui generis*, разрѣшеніе которой возможно только въ предѣлахъ показаній даннаго случая. Схемы случаевъ родовъ, привычка къ извѣстному оперативному приему не должны имѣть здѣсь мѣста. Напр., въ 1-мъ случаѣ рѣчь могла идти о щипцахъ высокихъ, перфорации головки у живаго плода и симфизиотоміи. Оставляя послѣднюю ²⁶⁾, слѣдовало-бы и краніотомію предназначить исключительно для мертвыхъ плодовъ, при живыхъ же только какъ *ultimum refugium*, возлагая надежду или на *vis medicatrix*

²⁶⁾ Покойный *Scanzoni* категорично высказывался противъ этой операціи. См. *op. cit.*, стр. 914.

naturae (выжидательный способ *Baudelocque'a* и др.), или на другіе менѣ жестокіе способы. Вообще при наложеніи высокихъ щипцовъ слѣдуетъ прежде всего обращать вниманіе на слѣдующіе моменты: а) сколь большимъ размѣромъ стоитъ головка въ *apertura pelvis sup.*? б) какъ, т. е. въ какой плоскости или размѣрѣ таза, вставилась она (въ смыслѣ *Kehrer'a*)? и в) какой узкій тазъ, если есть таковой, а буде нѣтъ, то какъ велико пространственное несоотвѣтствіе и пр.? Отвѣты на эти вопросы позволимъ себѣ привести въ видѣ отдѣльных положеній.

1) *Цѣль операціи высокихъ щипцовъ* быстро окончить затянувшіеся роды по способу, возможно похожему на естественный родовой актъ (*per vias naturales*), конечно безъ желанія сдѣлать это во чтобы то ни стало и съ сохраненіемъ жизни также и младенца. Суть операціи сводится или къ низведенію въ нормальный тазъ (малый) нормальной, но почему либо не опускающейся или даже хорошо не конфигурирующейся головки, или же къ проведенію головки же чрезъ суженное тазовое кольцо патологическаго таза. Въ послѣднемъ случаѣ суженіе часто происходитъ на счетъ выступающаго далеко впередъ *promontorium'a* (или I поясничнаго позвонка; 1-й сл.), почему, думается, сдавленіе материнскихъ (родовыхъ) тканей не можетъ здѣсь вызывать угрожающихъ послѣдствій, вродѣ патологическихъ сообщеній съ мочевымъ пузыремъ или прямой кишкой; по крайней мѣрѣ, практика не всегда оправдываетъ теоретическое предположеніе объ опасности ²⁷⁾.

2) *Условія операціи высокихъ щипцовъ*, въ сущности, тѣже; что при обыкновенныхъ щипцахъ: а) маточный зѣвъ долженъ быть сложенъ и совершенно раскрытъ (послѣднее, пожалуй, не абсолютно нужно); б) воды должны пройти и головка должна быть обнажена отъ оболочекъ; в) тазъ не долженъ быть «абсолютно» узкимъ (предѣльный *minimum* у насъ *conj. spuria* около 8 сант.).—особенно въ *introitus pelvis minor.*; также и суженное мѣсто вообще (у насъ на счетъ I поясничнаго позвонка) не должно быть уже 7,5 (при небольшой головкѣ);

²⁷⁾ Zeitschrift f. Geb. u. Gynäkol., 1893, Bd. XXVI, стр. 373 „Beitrag zur Lehre vom Exostosenbecken etc“ v. dr. *Neugebauer*.

8 или 9 сант.²⁸⁾, здѣсь играетъ роль и общая форма таза: при частично-сѣуженныхъ тазахъ можно допустить conjug. vena=8 сант., при обще-сѣуженныхъ—около 8,5 сант.; г) головка хотя и стоитъ высоко [$\frac{1}{4}$ или $\frac{1}{3}$ до приблизительно $\frac{2}{3}$ своей полусферы, --стало быть, необязательно большимъ своимъ сегментомъ, и стало быть, не всегда пройдя вполнѣ чрезъ сѣуженное мѣсто (*Schroeder, Kaltenbach, Феноменовъ* и др.)], но должна быть фиксирована до нѣкоторой степени въ тазовомъ входѣ; вставленіе и установка головки должна быть правильная, относительно говоря:—такимъ образомъ, если головка находится прямо высоко около symph. pubis (баллотируетъ сильно, venter propendens и т. п.), что называется срединное вставленіе epithlipsis (по *Kehrer*'у), или если она лежитъ за l. innominata, на одной изъ боковыхъ fossa iliaca, что называется боковое вставленіе, parathlipsis (по *Breisky*'ому²⁹⁾),—то ясно, до исправленія положенія головки, щипцы не удадутся; но если головка только *ущемлена* (enthlipsis) какъ въ 1-мъ случаѣ у насъ, между ложнымъ мысомъ и s. pubis, или она претерпѣла *околичиваніе* (gomphosis), что было отчасти и у насъ во 2-мъ случаѣ и что бываетъ обыкновенно при обще-сѣуженныхъ и воронкообразныхъ тазахъ,—то вполнѣ возможно благопріятно окончить роды высокими щипцами; — въ этомъ случаѣ фиксація и вставленіе покажутъ, на сколько способна головка къ конфигураціи, съ одной стороны, а съ другой—руководясь этимъ—именно условіемъ, а не вообще степенью сѣуженія того или другаго таза, что до сихъ поръ не привело ни къ чему опредѣленному въ практическомъ отношеніи (см. выше и у *Kehrer*'а³⁰⁾), можно, послѣ выжиданія (ванны, души, положеніе роженицы, ручные способы исправленія головки и т. п.), точнѣе выяснитъ себѣ вопросъ: полезно или вредно для матери и плода наложить высокіе щипцы и получится-ли успѣшный исходъ въ данномъ случаѣ?

3) *Показанія къ операціи высокихъ щипцовъ* сводятся къ требованію сразу-же окончить роды, затянувшіеся и угрожающія матери или плоду; *затянувшіеся* или *остановившіеся*—вслѣд-

²⁸⁾ Размѣры головки между темяными буграми достигаютъ 8 сант.

²⁹⁾ Известно,— играетъ роль и уголъ наклоненія таза.

³⁰⁾ Op. cit., стр. 178.

ствіе слабости родовыхъ потугъ (отъ общихъ или мѣстныхъ причинъ), вслѣдствіе узкаго таза, когда t^0 38° и выше, отекъ наружныхъ genitalia, глухіе сердечные тоны плода и проч.; *угрожающіе* плоду растройствомъ плицентарнаго кровообращенія и смертью (pulsus «мѣняется» во 2-мъ случаѣ у насъ), а матери *sepsis*'омъ (endometritis sub partu въ нашемъ первомъ случаѣ), омертвѣніемъ тазовыхъ тканей и органовъ (fistula), коллапсомъ, кровотеченіемъ и т. д.

Здѣсь все время имѣется въ виду, что *плодъ*—*живой*, а не мертвый, ибо тогда другая рѣчь; конечно, не считается показаніемъ желаніе исправить щипцами положеніе головки, надъ *appertura pelvis* неподвижно стоящей (что и принципиально, и на практикѣ едва-ли допустимо?), или немедленно—во чтобы то ни стало—низвести такую головку чрезъ мѣсто суженія (см. условія: фиксація, конфигурація, выжиданіе и пр.).

4) *Механизмъ наложенія высокихъ щипцовъ* совершается по обще-принятымъ правиламъ (подъ наркозомъ хлороформнымъ или эфирнымъ); только пальцы соотвѣтственной руки вводятся глубже, (т. е. лучше полурукой), и ложку можно вести изъ глубины крестцовой впадины, если въ поперечномъ размѣрѣ, или пожалуй сначала можно наложить болѣе «трудную» ложку, если въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ таза (проф. *Феноменовъ*), какъ это иногда «удается» при щипцахъ на послѣдующую головку; дѣлается это съ расчетомъ, возможно менѣе ранить рукавъ и матку; съ другой стороны, чтобы не подвергать опасности головку, не слѣдуетъ сжимать ложки (resp., рукоятки), и если, напр., послѣднія не сходятся, то это можетъ также означать, что наложены онѣ не въ косомъ размѣрѣ какъ предполагалось, а въ поперечномъ тазѣ, (т. е. захвачены лобъ и затылокъ). Что касается размѣра, въ какомъ накладываются высокіе щипцы, то не слѣдуетъ забывать, что при высокомъ стояніи головки, стрѣловидный шовъ очень часто (но не всегда!) стоитъ нѣсколько въ косомъ размѣрѣ, правомъ или лѣвомъ, установившись такимъ образомъ сразу же или во время наложенія щипцовъ, почему наложеніе ложекъ необходимо приспосабливать, такъ сказать, къ косому стоянію головки (но гдѣ нужно и къ принципиальному поперечнику!), т. е. накладывать въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ таза—одну ложку впереди

у горизонтальной вѣтви лобковой кости, а другую—у крестцово-подвздошнаго сочлененія противоположной стороны; впрочемъ, и это не всегда спасаетъ головку отъ пораненія ея покровами, какъ это было у насъ (хотя и не стремились особенно къ косому наложенію). Направленіе тракцій книзу вначалѣ (отчего страдаетъ *perineum*!) смѣнялось влеченіями по *Osiander*'у, разъ только головка, хотя немного двинулась внизъ; число и сила тракцій не можетъ быть опредѣлена заранѣе, все зависитъ отъ правильности діагноза, мѣстонахожденія и положенія головки. При извлеченіи головка и въ высокихъ щипцахъ сколько нибудь дѣлаетъ поворотъ; противиться этому нѣтъ данныхъ, напротивъ—скорѣе обязательно наблюдать, чтобы рукоятки щипцовъ слѣдовали при тракціяхъ тому направленію, по которому совершается такой поворотъ (см. въ учебникахъ механизмъ прохожденія головки чрезъ родовой каналъ при узкихъ тазахъ).

Нельзя не пожелать, чтобы взгляды школы покойнаго проф. *Scroeder*'а на высокіе щипцы были провѣренъ, — чаще-ли и насколько именно страдаютъ *genitalia* роженицы и головка плода при нихъ, чѣмъ вообще при родахъ при узкихъ тазахъ, — равнымъ образомъ, дѣйствительно-ли сжиманіе ложками головки въ одномъ размѣрѣ препятствуетъ роженію другихъ отдѣловъ ея? Можно сомнѣваться въ такомъ положеніи и объяснять себѣ дѣло иначе. Точно также не легко вѣрить въ громадное профилактическое и терапевтическое значеніе поворота плода на тазовой конецъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ (въ надеждѣ на клиноподобное дѣйствіе послѣдующей головки въ смыслѣ *Scroeder*'а), какъ это разъяснено отчасти выше (у *Крассовскаго*, *Феноменова* и др.).

Можетъ быть, даже наоборотъ—данныя *теоріи и практики авторовъ позволяютъ поставить на мѣсто этого оперативнаго пособія (поворота) операцию высокихъ щипцовъ*. Если при-дать этимъ операціямъ одинаковое самостоятельное значеніе, т. е. параллельно оцѣнивъ показанія, свойственныя той и другой, все-таки можно заключить, что здѣсь выгоднѣе наложить высокіе щипцы съ профилактическою цѣлью, чѣмъ произвести поворотъ на ножки съ такою-же цѣлью. Равнымъ образомъ, теоретически разсуждая—какъ акушерская операція, высокіе щипцы не являются противорѣчіемъ:—принципъ инструмента,

способствующаго рожденію головки *per vias naturales* сохраняется; такъ-что опасность слѣдуетъ искать прежде всего со стороны узкаго таза, патологическихъ измѣненій на его костяхъ (смъ выше у *Neugebauer'a*) и т. п.; словомъ, *недостаточно діагностировать степень уменьшенія conjug. vera, но желателенъ еще анатомическій діагнозъ* (въ смыслѣ *Kehrer'a*), какъ это выяснено выше, въ отдѣлѣ условій. Вотъ съ этихъ двухъ сторонъ (какъ операцію самостоятельную и какъ операцію съ опредѣленнымъ показаніемъ) и хотѣлось-бы разсматривать операцію высокихъ щипцовъ; отнюдь-же не съ точки зрѣнія только профилактической или даже отрицательной *).

*) Статья получена Редакціей 9 января 1895 г.

VI.

Исѣтгуть при операціяхъ на промежности и на маточной шейкѣ.

Прив.-доц. С. С. Холмогорова *).

Къ числу наиболѣе часто производимыхъ гинекологическихъ операцій принадлежитъ colpoperinaeoplastik'a.

Обыкновенно производить ее по способу *Hegar'a* и *Freund'a*, рѣже дѣлають по *Simon'y*, *Martin'y*, *Bichof'u* и др. До послѣдняго времени большинство оперирующихъ накладывали какъ влагалищные, такъ и промежностные швы изъ шелка. Во всѣхъ этихъ способахъ хирурги стремились къ тому, чтобы послѣ операціи получилась промежность по возможности похожая на нормальную, для чего въ ея составъ старались вводить больше тканей. Этому требованію наиболѣе соотвѣтствуетъ способъ *Freund'a*, а при широкомъ влагалищѣ способы *Hegar'a* или *Simon'a*. При нихъ приходится скосить большой лоскутъ слизистой оболочки, вслѣдствіе чего для соединенія краевъ раны въ каждый шовъ захватывается большая масса тканей. Если завязывать подобные швы туго, то они большею частию прорѣзываются, образуются углубленія, которыя затѣмъ уже выполняются грануляціонной тканью. При слабомъ завязываніи швовъ трудно рассчитывать на плотное соприкосновеніе противоположныхъ поверхностей раны. Здѣсь сращеніе происходитъ нерѣдко только на поверхности. И въ томъ и въ другомъ случаѣ получается промежность тонкая, почти исключи-

*) Читано въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Москвѣ, 14-го декабря 1894 года.

тельно состоящая изъ одной кожи. Иногда истонченіе доходить до того, что мѣстами образуются влагалищно-промежностныя фистулы, о которыхъ вообще рѣдко упоминають, считая ихъ неимѣющими никакого значенія въ исходѣ операціи. Чтобы избѣжать подобныхъ непріятныхъ явленій послѣ операціи, нѣкоторые авторы рекомендуютъ освѣжать рану по возможности небольшого размѣра, дабы ткани, захваченныя въ лигатуру, прійдя въ полное соприкосновеніе на всемъ протяженіи, нигдѣ не были ею сильно сдавлены. При этомъ дѣйствительно получается полное сращеніе *per primam*, но промежность не бываетъ такой плотной и высокой, какъ бы это было желательно. Но и въ этихъ, протекшихъ благопріятно случаяхъ, снятіе внутреннихъ шелковыхъ швовъ представляетъ значительное затрудненіе, ибо при раскрытіи наружныхъ половыхъ частей на 8—10 день всегда рискуютъ разорвать свѣжеспаявшуюся промежность. Во избѣжаніе этого приходится откладывать снятіе внутреннихъ швовъ на болѣе или менѣе продолжительное время въ томъ расчетѣ, что промежность срастется болѣе крѣпко. Въ виду этого мы прежде снимали внутренніе шелковые швы на 6-й недѣлѣ. Другіе, напр. *Fehling* ¹⁾, рекомендуютъ снимать ихъ послѣ 4—6 недѣлѣ. Но такое продолжительное пребываніе влагалищныхъ швовъ непріятно въ томъ отношеніи, что вызываетъ болѣе или менѣе обильное истеченіе изъ влагалища.

Въ виду неудовлетворительности прежнихъ способовъ *colporrhinaeoplastik'i* и былъ предложенъ способъ *Lawson—Tait'a*.

Мы сдѣлали три такого рода операціи. На основаніи личнаго опыта и знакомства съ литературою вопроса, мы отказались отъ дальнѣйшаго примѣненія этого способа. Быстрое производство операціи конечно имѣетъ значеніе, если только эта быстрота не идетъ въ ущербъ результатамъ самой операціи. То обстоятельство, что во влагалищѣ не лежатъ швы, также имѣетъ значеніе, особенно при ѣдкомъ отдѣляемомъ изъ матки, хотя въ подобныхъ случаяхъ это самое отдѣляемое по выходѣ изъ влагалища можетъ вредно дѣйствовать и на наружные швы промежности. Далѣе, нѣтъ никакой надобности въ той бережливости тканей, на которую указываютъ приверженцы

¹⁾ *Fehling*.—Lehrbuch der Frauenkrankheiten, Stuttgart, 1893, S. 287.

разбираемаго метода, ибо въ случаяхъ, требующихъ восстановленія промежности, наблюдается большею частію избытокъ тканей. Недостаткомъ этого способа надо считать неправильное въ анатомическомъ смыслѣ соединеніе тканей. Передній лоскутъ выпячивается во влагалище совершенно ненужнымъ выступомъ. Чтобы его по возможности уничтожить, черезъ край его многіе продѣвають лигатуру и стягиваютъ на подобіе розетки.

Мы сдѣлали тоже въ двухъ случаяхъ. Въ этомъ видоизмѣненіи способа замѣтно стремленіе отдѣлаться отъ избытка ненужныхъ тканей. Если мы обратимся къ другимъ способамъ кольноперинеопластики, то мы увидимъ, что при нихъ удаляется слизистая оболочка съ небольшимъ количествомъ подслизистой соединительной ткани, при способѣ же *Lawson-Tait*'а передній лоскутъ, состоящій въ значительной степени изъ мышцъ, хотя и не удаляется прочь, но дѣлается совершенно ненужнымъ для опоры промежности, а между тѣмъ сама промежность теряетъ черезъ это свои важныя составныя части. Далѣе, чтобы соединить отдаленныя края раны между собою, приходится сильно стягивать лигатуры, вслѣдствіе чего онѣ легко прорѣзаются, и происходитъ заживленіе помощью вторичнаго натяженія. Сама промежность, получаемая этимъ способомъ, представляется углубленной, втянутой.

Эти недостатки способа *Lawson-Tait*'а заставили воротиться къ прежнимъ способамъ, измѣнивъ матеріалъ для внутреннихъ швовъ.

Надо указать, что уже давно существовало стремленіе приводить въ полное соприкосновеніе поверхности раны промежности не однимъ только стягиваніемъ глубокихъ швовъ. Уже *Werth* ²⁾ въ 1879 году рекомендовалъ шовъ изъ погруженныхъ кетгутовыхъ швовъ при кольпорафіи, потому что одни глубокіе швы не обезпечиваютъ вполнѣ прилеганія поверхностей раны другъ къ другу.

Schröder ³⁾ въ 1886 году предложилъ при кольноперинеографіи сшивать рану непрерывнымъ этажнымъ швомъ изъ мозжевелаго кетгута, вначалѣ сближая въ глубинѣ, затѣмъ переходя мало по малу къ высшимъ слоямъ и уже въ конечномъ

²⁾ *Werth*.—Centralblatt für Gynäkologie, 1879, № 23.

³⁾ *Schröder*.—Zeitschrift f. Geb. und Gyn., Bd. 12, S. 213.

моментъ соединяя края раны слизистой оболочки. Этимъ способомъ достигается полное прилегание поверхностей раны на всемъ протяженіи.

Мы испытали и этотъ методъ въ свое время и нашли, что кетгутъ, приготовленный по прежнимъ способамъ и имѣвшійся въ продажѣ, не соответствуетъ своему назначенію, въ большинствѣ случаевъ онъ обуславливаетъ нагноеніе въ швахъ, а по временамъ и полное расхождение раны внутри и заживленіе ея вторичнымъ натяженіемъ; въ этихъ послѣднихъ случаяхъ происходило лишь заживленіе *per primam* одной кожи промежности. Если же нагноеніе съ кетгутовыхъ швовъ переходило на каналы шелковыхъ швовъ, то на промежности получались отверстія, промежностно-влагалищныя фистулы.

Подобныя непріятныя явленія при употребленіи кетгута наблюдались и другими хирургами.

Такъ *E. Sonntag* ⁴⁾ описываетъ абсцессы промежности при погруженныхъ кетгутовыхъ швахъ. *Kocher* ⁵⁾ на основаніи неудачъ со швами изъ *juniperus*, *chromsäure* и *sublimat kätgut'a* совершенно отказался отъ употребленія кетгута и перешелъ къ шелку, такъ какъ послѣдній легко вываривается и можетъ быть совершенно обезпложенъ. *Fehling* ⁶⁾ говоритъ, что недостаточно стерилизованный кетгутъ можетъ подать поводъ къ позднѣйшей инфекціи.

Попытки готовить кетгутъ на основаніяхъ, соответствующихъ современнымъ требованіямъ анти- и асептики, мы встрѣчаемъ уже сравнительно давно. Прежде всего было обращено вниманіе на удаленіе жира изъ кетгута и на приготовленіе его въ жидкостяхъ, несодержащихъ масла.

Въ 1889 году *John Schapps* ⁷⁾ обезжириваетъ кетгутъ въ эфирѣ въ теченіе нѣсколькихъ дней и послѣ этого держать его въ растворѣ сулемы въ эфирѣ 10/100. Передъ употребленіемъ онъ погружаетъ его въ воду, чтобы сдѣлать его мягкимъ.

⁴⁾ *E. Sonntag*.—Plastische Operationen zur Wiederherstellung des gerissenen Dammes und zur Heilung der Vorfälle. Beiträge zur Geb. und Gyn. *A. Hegar* gewidmet. Stuttgart, 1889.

⁵⁾ *Kocher*.—Korrespondenzblatt Schweizer Aertzte, 1888, № 1.

⁶⁾ *Fehling*.—Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Stuttgart, 1893, S. 14.

⁷⁾ *John Schapps*.—Med. record, 1889, Juli 13, p. 40.

Conrad Brunner ⁸⁾ моетъ кетгутъ въ калийномъ мылѣ со щеткой и послѣ получасоваго вымачиванія въ эфирѣ, перекладывается на 12 часовъ въ водный растворъ сулемы 1:1000 и сохраняетъ въ слѣдующемъ растворѣ: сулемы 1,0, alcohol abs. 900,0, glycerini 100,0. Передъ употребленіемъ погружаетъ въ водный растворъ сулемы.

За послѣднее время предложена стерелизація кетгута сухимъ путемъ. Мы не будемъ касаться этого способа приготовленія, такъ какъ оно сопряжено съ значительными трудностями, при чемъ малѣйшая неосторожность можетъ повести къ тому, что кетгутъ дѣлается непрочнымъ и совершенно негоднымъ къ употребленію.

Мы укажемъ здѣсь, что приготовленіе кетгута помощью эфира и сулемы при дальнѣйшемъ усовершенствованіи дало прекрасный кетгутъ, удовлетворяющій всѣмъ представляемымъ ему требованіямъ. Лучшими видоизмѣненіями этого способа надо считать *Schimmelbuch*'а ⁹⁾, *Braatz*'а ¹⁰⁾ и *Fehling*'а ¹¹⁾. При приготовленіи кетгута мы держались главнымъ образомъ предписаній *Fehling*'а. Мы брали сухой кетгутъ (для солпорегинаеогтгарп'и мы употребляли исключительно № 3), наматывали на стеклянную катушку не болѣе двухъ мотковъ на каждую, чтобы привести его въ возможно болѣе тѣсное соприкосновеніе съ обрабатывающими жидкостями, и погружали для обезжириванія въ сѣрный эфиръ на 24 часа.

Эфиръ за это время смѣнялся разъ или два, пока капля его, опущенная на стекло, не перестанетъ давать жирнаго остатка.

По прошествіи этого времени онъ вынимается изъ эфира и, по испареніи этого послѣдняго, перекладывается въ водный растворъ сулемы 1:100 также на 24 часа и затѣмъ на такое же время въ 95⁰ спиртъ. Приготовленный такимъ образомъ кетгутъ, хранится въ слѣдующемъ растворѣ: 90 частей спирта и 10 частей 1⁰/₀ воднаго раствора сулемы. Эту смѣсь прихо-

⁸⁾ *Conrad Brunner*.—Ueber Kätgutinfektion. Beiträge zur Chirurgie, Bd. VI, Heft 1, p. 98—194.

⁹⁾ *Schimmelbuch*.—Anleitung zur antiseptischen Wundbehandlung. Berlin, 1892, S. 107. Vereins-Beilage der deutschen Medic. Wochenschrift, 1894, 20 September, S. 97.

¹⁰⁾ *Braatz*.—Die Grundlage der Aseptik. Stuttgart., 1893, S. 20, und. f.

¹¹⁾ *Fehling*.—Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Stuttgart, 1893, S. 74.

дится отъ времени до времени мѣнять, какъ скоро она дѣлается мутноватой. Кетгутъ слѣдуетъ вдѣвать въ иглы прямо изъ указанной жидкости, а заготовленные швы держать во время операціи въ блюдѣ со стерилизованной водой. Не рекомендуется невдѣтыя нити погружать въ воду, такъ какъ отъ этого онѣ сильно разбухаютъ и требуютъ болѣе толстыхъ иглъ.

Какъ будетъ указано ниже, этотъ матеріалъ мы употребляли исключительно для внутреннихъ и погруженныхъ швовъ при кольпоперинеопластикѣ, а также при эксцизиі. Наружные же швы мы накладывали изъ тонкаго плетенаго шелка № 4, сначала вывареннаго въ дистиллированной водѣ и затѣмъ стерилизованнаго въ аппаратѣ *Schimmelbuch*'а. При одной операціи № 4 промежностные швы были изъ *fil de Florence*. Послѣ этого мы отказались отъ дальнѣйшаго примѣненія этого матеріала для швовъ, такъ какъ онъ, не представляя никакихъ преимуществъ въ смыслѣ антисептики передъ плетенымъ шелкомъ, имѣетъ существенный недостатокъ въ томъ, что легко прорѣзается, а кромѣ того концы его, упираясь въ сосѣдную кожу, сильно беспокоятъ оперированныхъ.

Относительно дальнѣйшей судьбы кетгута въ тканяхъ тѣла укажемъ на работы *Tillman's*, *Lesser*, *Hallwachs* и др. (реферировано по *Schimmelbuch*'у ¹²⁾).

Находящійся въ тканяхъ кетгутъ первоначально разбухаетъ, его пропитываютъ бѣлыя клѣтки крови, послѣ чего онъ простаѣтъ живою тканью, вытѣсняется ею и превращается въ мелко-зернистый детритъ, отчасти разжижается, рассасывается и уносится блуждающими клѣтками.

У насъ нѣтъ данныхъ какъ долго остается кетгутъ, приготовленный указаннымъ способомъ, въ тканяхъ, но часть его, лежащая на поверхности слизистой оболочки вмѣстѣ съ узелками, отдѣляется совершенно, начиная съ 6-го дня. Послѣдніе узелки отходятъ на 15-й день.

Убѣдившись въ томъ, что швы довольно долго держатся, мы рѣшили примѣнить его при эксцизиі маточной шейки.

Попытки въ этомъ направленіи были дѣлаемы и прежде, но многіе хирурги, испытавъ прежній кетгутъ, отказались въ

¹²⁾ *Schimmelbuch*.—Anleitung zur antiseptischen Wundbehandlung, Berlin, 1892.

виду того, что не получилось первичнаго натяженія, что, конечно, обусловливалось несовершеннымъ приготовленіемъ кетгута въ смыслѣ его обезпложиванія, но это объяснялось, какъ мы находимъ у *Meinert'a* ¹³⁾, плохимъ завязываніемъ, почему этотъ авторъ и рекомендуетъ свой способъ завязыванія кетгутовыхъ швовъ на пластинкахъ. Кетгутъ, приготовленный описаннымъ способомъ и завязанный обыкновенными узлами, держится достаточно долго, чтобы образовалось полное сращеніе *per primam intentionem*.

Выгоды наложенія швовъ изъ кетгута при эксцизиі не подлежатъ никакому сомнѣнію, потому что черезъ это мы избѣгаемъ необходимости снятія ихъ. Шелковые швы обыкновенно снимаются на 8-й день, при чемъ, при малѣйшей неосторожности, рана, прекрасно спаявшаяся, мѣстами расходится и заживаетъ вновь вторичнымъ натяженіемъ. Чтобы устранить это мы не снимали швовъ ранѣе конца 2-й недѣли. Еще на большій срокъ приходится откладывать снятіе швовъ, когда въ одинъ сеансъ дѣлають эксцизию маточной шейки, *colporrhaphiam*, а иногда *colpographiam anteriorem*. Раннее снятіе швовъ съ шейки въ этихъ случаяхъ можетъ повлечь совершенный разрывъ свѣжихъ спаяній на промежности и во влагалищѣ. Ихъ приходится оставлять также долго, какъ и снятіе внутреннихъ швовъ влагалища, иногда и еще долѣе.

Одновременно съ примѣненіемъ кетгута для внутреннихъ швовъ при *colporrhaphieoplastik'e* и эксцизиі, мы стали проводить эти операціи при соблюденіи полной асептики.

Больныя наши, готовясь къ операціи, 2—3 вечера до нея, принимали ванны. Два раза въ день совершали обмыванія мыломъ наружныхъ половыхъ частей и шпринцеванія влагалища растворомъ сулемы 1:1000. Все это дѣлалось въ томъ расчетѣ, что такія заблаговременныя приготовленія не могутъ быть замѣнены одновременной, хотя бы и очень усердной дезинфекціей передъ самой операціей. Когда больная лежала на операціонномъ столѣ, волосы сбрасывались, наружныя половыя части, окружность задняго прохода и бедра вымывались мыломъ со щеткой и потомъ орошались растворомъ сулемы 1:1000.

¹³⁾ *Meinert.*—Verhandlungen der Gynäkologischen Section der 61 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Coeln an Rh. Archiv für Gynäkol., Bd. XXXIII, Heft 2, S. 310, 1888.

Дезинфекція рукъ оперирующаго и ассистентовъ совершалась по *Fürbringer*'у.

Наблюденія новѣйшихъ хирурговъ доказали, что чѣмъ менѣе раздражается поверхность раны химически и механически, тѣмъ лучше идетъ сращеніе. При обмываніи всѣми нашими дезинфицирующими средствами и при вытираніи раны кусками ваты или марли, поверхность ея сильно измѣняется даже на видъ. Несомнѣнно, что вслѣдствіе химическаго и механическаго воздѣйствія нарушается жизнеспособность тканей, что не можетъ не отозваться вредно на процессъ сращенія раны. Даже холодная стерилизованная вода дѣйствуетъ такимъ же образомъ, хотя и нѣсколько слабѣе, какъ и растворы дезинфицирующихъ средствъ. Поэтому при нашихъ операціяхъ мы примѣняли для обмыванія раны физиологическій растворъ поваренной соли въ 37—40° С. Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ мы употребляли для снятія излишка крови стерилизованную марлю.

При *colporperinaeoplastik*'ѣ мы освѣжали поверхность раны по способу *Hegar*'а или *Freund*'а, снимая довольно значительный кусокъ слизистой оболочки, чтобы получить высокую и толстую промежность, могущую служить хорошей опорой на случай опущенія матки.

Внутренніе швы мы накладывали изъ кетгута, въ толщѣ промежности сверхъ того узловыя погруженные швы, по совѣту *Fritsch*'а ¹⁴⁾, не болѣе 2—3, при чемъ въ каждый шовъ захватывается ткани отъ 1—1½ см. въ поперечникѣ. Если такимъ образомъ поверхности раны хорошо сближены, то наружныя шелковые швы завязывались безъ всякаго натяженія тканей, ихъ мы накладывали по возможности рѣже, чтобы только привести края раны въ соприкосновеніе. Шелкъ и иглы брались тонкіе. Такимъ образомъ, меньше уколовъ, меньше прокалыванія сосудовъ, и ткань, захваченная въ лигатуру, меньше лишается питанія.

Рана снаружи при первыхъ операціяхъ засыпалась іодоформомъ, а при послѣднихъ—дерматолемъ. Мы старались, чтобы больныя мочились сами съ перваго же дня и только при неумѣнніи ихъ мочиться лежа, выводили мочу катетеромъ. Въ послѣ-

¹⁴⁾ *Fritsch*.—Bericht über die gynäkologischen Operationen. Berlin, 1893, S. 239.

операционномъ періодѣ шприцеваній мы не дѣлали, а довольствовались обмываніемъ снаружи послѣ каждого мочеиспусканія растворомъ сулемы 1:2000. На 3-й день давали *Ol. ricini*. Наружные швы снимались на 7—8-й день. Вставать позволялось на 9—10-й день. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ мы дѣйствовали описаннымъ образомъ, произошло полное сращеніе. Промежность получилась высокая и толстая. Ни разу не было нагноенія въ швахъ. Послѣоперационный періодъ протекъ безъ малѣйшаго повышенія t^0 . При операціяхъ мнѣ помогали д-ръ *П. Кольтманъ* и первый разъ д-ръ *Θ. Фагонскій*.

Для большей наглядности я считаю полезнымъ привести въ краткихъ словахъ описаніе оперированныхъ мною случаевъ.

№ 1. В. И. В—ва. 25 лѣтъ, замужемъ 7 лѣтъ. Дѣтей 2. Послѣдніе роды 1 годъ 3 мѣсяца. Регулы съ 14 лѣтъ черезъ 28 дней, по 3 дня. Страдаетъ $\frac{1}{2}$ года болью въ лѣвомъ паху, поясницѣ и сильными железоватыми бѣлками.

Увеличеніе лѣваго яичника со сливу. Endometritis.

Глубокій разрывъ промежности, происшедшій при первыхъ родахъ, опущеніе задней стѣнки влагалища.

7/xii 93. Abrasio послѣ предварительнаго расширенія шейки *Hegar*'овскими расширителями. Впрыскиваніе помощью Брауновскаго шприца въ полость матки іод-фенола (1:8). Освѣженіе раны при солпорегинаеопластик'ѣ по *Hegar*'у. Внутренніе швы изъ кетгута. Три погруженныхъ узловыхъ шва въ глубинѣ промежности.

Наружные шелковые швы изъ тонкаго плетенаго шелка. Присыпка снаружи іодоформомъ. Теченіе безлихорадочное. Моча на 1-й день выведена катетеромъ, затѣмъ мочеиспусканіе произвольно. Рана снаружи обмывалась растворомъ сулемы 1:2000.

14/xii 93. Снятіе наружныхъ швовъ. Полное сращеніе.

1/i 94. Промежность высокая, толстая, бѣлей нѣтъ.

№ 2. А. Ф. М—сокъ. 33 лѣтъ. 11 лѣтъ замужемъ. Дѣтей 5 и 1 выкидышъ 3-хъ мѣсяцевъ. Послѣдніе роды 4 года, выкидышъ 2 года. Регулы съ 13 лѣтъ, по 3 дня черезъ 26 дней. Больна съ выкидыша, жалуется на боль въ пахахъ поясницѣ, на густыхъ бѣловатыхъ бѣлахъ. Глубокій старый разрывъ промежности, опущеніе задней стѣнки влагалища. Немного увеличенные и чувствительные яичники. Endometritis.

6/i 94. Abrasio послѣ предварительнаго расширенія шейки *Hegar*'овскими расширителями. Впрыскиваніе іод-фенола въ полость матки Брауновскимъ шприцемъ.

При солпорегинаеопластик'ѣ снятъ лоскутъ слизистой оболочки, по *Freund*'у, довольно большой величины.

Внутренніе швы изъ кетгута, три погруженныхъ кетгутовыхъ шва въ глубинѣ промежности.

Наружные швы изъ плетенаго шелка. Рана снаружи присыпана іодоформомъ. Теченіе безлихорадочное. Уходъ какъ и въ предыдущемъ случаѣ.

13/II 94. Сняты наружные шелковые швы. Полное сращение.

28/III 94. Промежность представляется толстой и умѣренно высокой.

№ 3. М. Г. А—ва, 24 лѣтъ, замужемъ 6 лѣтъ, 3 родовъ. Послѣдніе 3 года. Одинъ выкидышъ 3-хъ мѣсяцевъ, полгода назадъ. Регулы съ 15 лѣтъ, по 6 дней черезъ 3 недѣли. Съ выкидыша повторныя и обильныя кровотеченія. Въ промежуткахъ бѣли. Матка нѣсколько увеличена, шейка гипертрофирована. Довольно глубокой, давнишній разрывъ промежности, опущеніе задней стѣнки влагалища.

8/II 94. Abrasio. Расширеніе *Hegar*'овскими расширителями очень трудное, пришлось надрѣзать внутренній зѣвъ пугочатымъ скальпелемъ на длинной рукояткѣ. Excisio. Кетгутовые швы на маточную шейку. Colporrhinaeorrhaphia. Обнаженіе раны по *Freund*'у. Внутренніе и три погруженныхъ шва изъ кетгута. Наружные швы изъ шелка.

Уходъ какъ и въ предыдущихъ случаяхъ. Теченіе безлихорадочное, 15/II 94 швы сняты. Полное сращеніе.

17/III 94. Промежность толстая; высокая. Шейка гладкая, безъ всякихъ слѣдовъ отъ бывшихъ швовъ. Регулы правильно и не обильно.

№ 4. Е. В. Х—на, 42 лѣтъ, дѣтей двое. Salpingoophoritis sin. Endometritis. Ruptura perinaei inveterata.

Разрывъ глубокой, опущеніе задней стѣнки влагалища.

Въ виду существующаго сальпингоофорита, больная, по моему назначенію, приняла 30 ваннъ изъ Крейцнахской соли. Воспалительныя явленія стихли.

19/V 94. Colporrhinaeoplastik'a. Освѣженіе раны по *Hegar*'у. Внутренніе швы и два погруженныхъ изъ кетгута. Наружные швы изъ fil de Floreense. Снаружи рана присыпана іодоформомъ. Моча въ первый день выведена катетеромъ, за тѣмъ больная мочилась самостоятельно. Уходъ какъ и въ предыдущихъ случаяхъ. Теченіе безлихорадочное. Въ этомъ случаѣ мы наблюдали неудобства швовъ изъ fil de Florence: они при завязываніи врѣзаются въ ткань, расширяя отверстіе вкола и выкола и по всей вѣроятности и самого канала, въ которомъ лежитъ нить. Концы нитей колятъ соседнюю кожу и беспокоятъ сильно больную.

25/V 94. Снятие швовъ изъ fil de Floreense. Полное сращеніе. Для болѣе прочнаго излѣченія отъ воспаления придатковъ, я направилъ г-жу Х—ну въ Желѣзноводскъ, гдѣ она лѣчилась грязевыми ваннами. Я видѣлъ ее тамъ въ августѣ 94. Воспалительныя опухоли окончательно рассосались. Бѣли исчезли. Регулы, бывшіе до тѣхъ поръ болѣзненными, приходятъ совершенно безъ боли, въ нормальномъ количествѣ. Промежность высокая и толстая.

№ 5. С. К. П—ва, 26 лѣтъ, 3 родовъ и 1 выкидышъ 3 мѣсяцевъ. Послѣдніе роды 7/IV 94. Выкидышъ 3 года назадъ. Регулы съ 14 лѣтъ, по 7 дней черезъ 3 недѣли. Съ послѣднихъ родовъ сильныя зеленятыя бѣли и обильныя регулы, приходящія въ срокъ. Боли внизу живота. Endometritis. Ruptura perinaei inveterata. Descensus pariet. post. vaginae.

15/VI 94. Abrasio послѣ предварительнаго расширенія *Hegar*'овскими расширителями до № 15, которые входили крайне легко. Впрыскиваніе Брауновскимъ шприцемъ іод-фенола въ полость матки.

Colporperinaeorrhaphia. Рана освѣжена по *Freund*'у на довольно большомъ протяженіи. Внутренніе швы и три погруженныхъ узловыхъ изъ кетгута. Наружные изъ плетенаго шелка. Теченіе гладкое.

21/VI. Снятие швовъ. Полное сращеніе.

27/VII. Промежность высокая, толстая. Регулы въ нормальномъ количествѣ. Бѣлей нѣтъ.

№ 6. А. А. Д.—ва 32 лѣтъ, замужемъ 10 лѣтъ. Дѣтей 4 и 1 выкидышъ на 1-мъ году замужества. Последніе роды 4 года. Регулы 13 лѣтъ, по 3 дня черезъ 3 недѣли. Бѣли, боли внизу живота, поясницѣ и въ правомъ паху. Обильные регулы. *Endometritis*. *Retroversio uteri*, *metritis chronica*. *Oophoritis dextra*. *Ruptura perinaei inveterata*. *Descensus pariet. posterioris vaginae*.

1/IX. 94. *Abrasio* послѣ предварительнаго расширенія *Hegar*'овскими расширителями. Впрыскиваніе іод-фенола въ полость матки помощью Брауновскаго шприца. *Excisio*. Кетгутовые узловые швы. *Colporperinaeoplastika*. Освѣженіе раны по *Hegar*'у. Внутренніе и 3 погруженныхъ шва изъ кетгута. Наружные швы изъ плетенаго шелка. Теченіе и уходъ какъ въ предъидущихъ случаяхъ.

7/IX. Снятие швовъ. Полное сращеніе.

19/X. Промежность высокая, толстая. Матка въ нормальномъ положеніи. Болей и бѣлей нѣтъ. Регулы были въ нормальномъ количествѣ.

№ 7. В. А. М.—кая, 24 лѣтъ. Дѣтей 4. Последній 1 г. 8 м. Регулы 14 лѣтъ, по 3 дня черезъ 26 дней. Съ послѣднихъ родовъ обильные регулы. *Retroversio uteri*. *Ruptura Emmeti bilateralis*. *Ruptura perinaei inveterata*. *Descensus parietatis post. vaginae*.

27/IX. 94. *Abrasio* послѣ предварительнаго расширенія *Hegar*'овскими расширителями. Впрыскиваніе іод-фенола въ полость матки. *Excisio*. Кетгутовые узловые швы на шейку. *Colporperinaeoplastika*. Рана освѣжена по *Freund*'у. Внутренніе и 2 погруженныхъ шва изъ кетгута. Наружные швы изъ плетенаго шелка.

3/X. 94. Снятие швовъ. Полное сращеніе.

30/X. 94. Промежность толстая, высокая, шейка гладкая безъ углубленій отъ швовъ. Регулы въ нормальномъ количествѣ.

№ 8. Е. И. А.—на, 23 лѣтъ, замужемъ 5 лѣтъ, дѣтей трое. Последніе роды 24/XI 93. Регулы съ 15 лѣтъ, 7 дней черезъ 28 дней. Съ послѣднихъ родовъ боли внизу живота, въ поясницѣ въ промежуткахъ между регулами, обильныя бѣдкія бѣли. *Endometritis*. *Erosiones orificii*. *Hypertrophia colli*. *Ruptura perinaei inveterata*. *Descensus parietatis posterioris vaginae*.

13/X. 94. *Abrasio* послѣ предварительнаго расширенія маточной шейки *Hegar*'овскими расширителями. Введеніе ихъ, начиная съ 4 №, представило крайнее затрудненіе, почему внутреннее отверстіе и было надрѣзано пуговчатымъ скальпелемъ на длинной рукояткѣ. Впрыскиваніе іодфенола въ полость матки помощью Брауновскаго шприца. *Excisio*. Кетгутовые узловые швы на шейку. *Colporperinaeoplastika*. Слизистая оболочка снята по *Freund*'у. Внутренніе и три погруженныхъ узловыхъ шва изъ кетгута. Наружные швы изъ плетенаго шелка.

19/X. Снятие швовъ, полное сращеніе.

Промежность высокая, толстая. Шейка гладкая, почти безъ слѣдовъ отъ наложенныхъ кетгутовыхъ швовъ. Бѣлей и болей нѣтъ.

№ 9. А. М. Ф—ва, 25 лѣтъ, замужемъ 7 лѣтъ. Дѣтей 5. Послѣдніе роды 13/ix 93. Выкинула 1 разъ, 6 недѣль, 17/viii 94. Съ выкидыша кровотечение почти безъ остановки. Ruptura perinaei inveterata.

16 x 94. Abrasio послѣ предварительнаго расширенія Hegar'овскими расширителями до № 12. Впрыскиваніе іод-фенола. Colporrhinaeorrhaphia. Освѣженіе раны по Hegar'у. Внутренніе и 3 погруженныхъ шва изъ кетгута. Наружные изъ плетенаго шелка.

22 x. Снятіе швовъ, полное сращеніе.

Промежность высокая, толстая. Регулы пришли въ нормальномъ количествѣ.

№ 10. А. Е. К—ва, 26 лѣтъ, 7 лѣтъ замужемъ. Бесплодіе. Регулы 14 лѣтъ, по 7 дней черезъ 3 недѣли. Бѣли съ замужества густыя, бѣловатыя. Coitus все время неудовлетворенный. Матка сильно антефлексирована. Шейка гипертрофирована. Наружное отверстіе очень сужено.

29/xii 93. Abrasio. Расширеніе помощк Hegar'овскихъ расширителей крайне трудно, начиная съ № 4. Надрѣзъ внутренняго отверстія матки пуговчатымъ скальпелемъ на длинной рукоятѣ. Впрыскиваніе іод-фенола. Excisio. Швы узловыя изъ кетгута на маточную шейку. Введенъ каучуковый внутриматочный пессарій, подъ пуговкой котораго завязаны концы кетгутовыхъ швовъ. Теченіе безлихорадочное.

11/i 94. Отдѣлился общій узелъ кетгутовыхъ швовъ. Тогда же удаленъ внутриматочный пессарій.

14/ii 94. Бѣли прекратились. Регулы въ небольшомъ количествѣ. Coitus удовлетворенный. Шейка гладкая безъ слѣдовъ бывшихъ швовъ.

№ 11. Тауб. Б—ейнъ, 23 лѣтъ, замужемъ 6 лѣтъ. Бесплодіе. Регулы 13 лѣтъ, по 5 дней то черезъ 1, то черезъ 2 мѣсяца со схваткообразной болью. Бѣли съ замужества бѣловатыя, густыя. Матка сильно антефлексирована, шейка гипертрофирована. Наружное отверстіе сужено.

13/ii 94. Abrasio. Разрѣзы наружнаго отверстія шейнаго канала и внутренняго отверстія. Выскабливаніе полости матки и шейнаго канала. Excisio. Наложеніе кетгутовыхъ узловыхъ швовъ на шейку. Введенъ внутриматочный пессарій изъ твердаго каучука и концы кетгутовыхъ швовъ связаны подъ пуговкой пессарія.

20/ii. Швы отошли. Извлеченъ внутриматочный пессарій.

12/iv. Шейка гладкая, безъ слѣдовъ отъ кетгутовыхъ швовъ.

Мы употребляли кетгутъ, приготовленный указаннымъ выше способомъ, кромѣ только что описанныхъ операцій, еще при зашиваніи промежности въ послѣродовомъ періодѣ. Изъ кетгута мы накладывали только внутренніе швы, погруженныхъ швовъ не употребляли, снаружи шили плетенымъ шелкомъ.

Такимъ образомъ нами были зашиты 7 разрывовъ промежности. Въ послѣродовомъ періодѣ спринцеваній влагалищныхъ не дѣлали, только обмывали наружныя половыя части растворомъ сулемы 1 : 2000. Шелковые швы снимались на 7 день. Во всѣхъ случаяхъ произошло полное сращеніе. Два изъ нихъ заслуживаютъ особаго описанія.

У одной родильницы были наложены и внутренние и наружные швы изъ кетгута. Произошло полное сращение.

У другой разрывъ произошелъ во время родовъ, протекавшихъ болѣе 2 сутокъ подъ наблюдениемъ устарѣлой акушерки. Къ концу родовъ t^0 $39,3^0$. Послѣ родовъ было сдѣлано вытоласкиваніе полости матки растворомъ сулемы 1:2000. Наложены швы внутренние изъ кетгута, наружные изъ шелка. Въ послѣродовомъ періодѣ *endometritis et parametritis. sin.* Наружные швы сняты на 7 день. Полное сращение. Эндометритъ мало по малу кончился, параметритъ разсосался къ концу 4-й недѣли. Не смотря на неблагопріятныя обстоятельства, сращение промежности нисколько не пострадало.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЪ № 7.

Засѣданіе 17-го ноября 1894 года.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 30 членовъ: Бацевичъ, Воловскій, Горайскій, Димантъ, Добрадинъ, Добровольскій, В. Н., Долинскій, Драницынъ, Заболотскій, Замшинъ, Какушкинъ, Личкусъ, Массенъ, Піотровичъ, Поршняковъ, Рачинскій, Ростковскій, Рутковскій, Савченко, Салмановъ, Сережниковъ, Смоленскій, Стравинскій, Строгановъ, Фишеръ, А. Р., Франкъ, Фраткинъ, Чернышевъ, Шмидтъ, Шуттенбахъ и 20 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 6.

2) *Н. С. Каннигисеръ* показалъ *вырѣзанную проф. Д. О. Оттомъ* черезъ *влагалище матки, пораженную ракомъ*. Въ виду большого объема матки, она была удалена по кускамъ. Больная поправилась.

3) *А. И. Замшинъ* показалъ *вырѣзанную имъ* черезъ *влагалище, пораженную ракомъ, матку*. Послѣоперационное теченіе было безлихорадочное. Оперированная выписалась здоровой на 24-й день послѣ операціи.

4) *В. В. Строгановъ* (изъ клиники проф. Д. О. Отта), показалъ слѣдующіе препараты: а) Удаленный, одновременно съ кистой яичника, *отинуровавшійся червевидный отростокъ*

слепой кишки, наполненный жидкостью. б) *Фиброзный полипъ,* удаленный изъ полости матки послѣ перевязки его широкой ножки. Послѣ удаленія опухоли матка оказалась вывороченною въ 1-й степени. в) *Вырѣзанную черезъ влагалище матку, пораженную ракомъ.* Одновременно съ маткой черезъ влагалище же удалена и киста лѣваго яичника, съ большое куриное яйцо. Препараты интересенъ тѣмъ, что въ днѣ матки имѣется и *фиброзный полипъ.* Такое совмѣстное существованіе рака и міомы нѣкоторые и по настоящее время считаютъ рѣдкостью. г) Препараты *внѣматочной беременности:* весь мѣшокъ съ плодомъ. Въ послѣдѣ масса кровоизліяній. Беременность приблизительно въ началѣ 4 мѣсяца. Для распознаванія было, между прочимъ, примѣнено и пробное выскабливаніе, при которомъ найдены децидуальные ткани.

Е. Ф. Бациевичъ сомнѣвается, чтобы кто либо смотрѣлъ на совмѣстное существованіе міомы и рака, какъ на явленіе рѣдкое.

Б. А. Фраткинъ, напомнилъ, что онъ въ свое время описалъ случай, въ которомъ ракъ матки былъ совмѣстно съ большой фиброміомой. Такой же случай описалъ и д-ръ *Столыпинскій.*

А. И. Замиинъ замѣтилъ, что и онъ сначала былъ того мнѣнія, что совмѣстное существованіе фиброміомы и рака матки—явленіе рѣдкое. Мнѣніе это онъ и высказалъ въ работѣ, которую, между, прочими, цитировалъ и д-ръ *Столыпинскій.* Затѣмъ, однако при дальнѣйшемъ изученіи этого вопроса, онъ пришелъ къ другимъ выводамъ, что и заставило его, печатая впоследствии свою работу въ нѣмецкомъ переводѣ, высказать уже иной взглядъ.

Д. О. Оттъ убѣжденъ, что совмѣстное существованіе рака и міомы матки явленіе совсѣмъ не рѣдкое. Противоположное мнѣніе возникло исключительно вслѣдствіе того, что ошибочныя цитаты, часто безъ проверки, переходятъ изъ одной статьи въ другую. Въ данномъ случаѣ, напр., положеніе, что *первичный ракъ въ высшей степени рѣдко развивается въ фиброміомахъ матки* истолковано въ томъ смыслѣ, что ракъ и фиброміома матки одновременно встрѣчаются рѣдко.

5) *Е. Б. Димантъ* показалъ *видоизмѣненные имъ акушерскіе щипцы.* (См. Журналъ Акуш. и Женск. болѣзней», ноябрь, 1894 г., стр. 971). Щипцы эти наложены докладчикомъ лишь одинъ разъ: головка (стоявшая въ выходѣ таза) извлечена легко; плодъ живой. Оперируя докладчикъ, какъ и при опытахъ на фантомѣ, получилъ впечатлѣніе, что влеченіе за подвижную рукоятку болѣе дѣйствительно, чѣмъ влеченіе за боковые стростки *Busch'a.* вмѣстѣ съ тѣмъ онъ убѣдился, что головка подвижна и въ щипцахъ.

В. Н. Массенъ полагаетъ, что представленныя щипцы, въ ихъ настоящемъ видѣ, едва ли окажутся пригодными для практики, во 1-хъ, потому что неподвижная часть ложекъ очень коротка, а въ силу этого, при наложеніи щипцовъ на высоко стоящую головку, сочлененіе между подвижной и неподвижной частями можетъ оказаться, если не во влагалищѣ, то во входѣ его, отчего произойдетъ ущемленіе тканей и т. п.; во 2-хъ, потому, что движенія головки, сжатой въ ложкахъ болѣе или менѣе неподвижно винтомъ, будутъ, вѣроятно, далеко не тѣ, какъ при примѣненіи обычныхъ, напр., *Simpson'овскихъ*, щипцовъ, когда головка, при временномъ размыканіи ихъ, поворачивается и приспособляется въ щипцахъ, а не со щипцами, какъ у докладчика; къ тому же, нахождение во влагалищѣ отростковъ щипцовъ будетъ значительно, особенно у перворождающихъ, затруднять движеніе ложекъ щипцовъ вмѣстѣ съ головкой; въ 3-хъ, влеченіе предложенными щипцами, въ силу очень свободнаго сочлененія между подвижной и неподвижной частями ложекъ, будетъ, до извѣстной степени, шатающееся, неувѣренное. Наконецъ, въ 4-хъ, щипцы, въ силу самого устройства ихъ сочлененія, представляютъ значительное затрудненіе для обеззараживанія.

А. И. Замшинъ полагаетъ, что при примѣненіи показанныхъ щипцовъ необходимъ большой навыкъ, ибо неосторожнымъ движеніемъ тайки можно сильно славить головку между лопками щипцовъ.

Е. Ф. Бациевичъ замѣтилъ, что щипцы докладчика должны сильно сжимать головку; кромѣ того, слѣдуетъ еще доказать, что указанныя докладчикомъ движенія щипцовъ дѣйствительно могутъ имѣть мѣсто въ тазу.

Е. Б. Димантъ возразилъ, что его щипцы можно, какъ и всякіе щипцы *Busch'a*, наложить и на высоко стоящую головку; и онъ не думаетъ, чтобы отростки щипцовъ находились при этомъ во влагалищѣ; наконецъ, короткость рукоятокъ—вещь легко устранимая: ихъ можно удлинить. Замѣчаніе, что лучше сохранить головкѣ движеніе въ щипцахъ, чѣмъ со щипцами, не можетъ относиться къ показаннымъ щипцамъ, такъ какъ въ нихъ сохранены и то и другое. Утвержденіе, что влеченіе за подвижную рукоятку будетъ неувѣренное, колеблющееся совершенно произвольное и ни на чемъ не основано; наоборотъ *Димантъ* думаетъ, что влеченіе совершается такъ, какъ если бы инструментъ составлялъ одно цѣлое. Мнѣніе, что винтъ долженъ сильно сжимать головку—очевидное недоразумѣніе, ибо онъ даетъ, наоборотъ, возможность избѣгать излишняго сжатія головки, удерживая вѣтви щипцовъ на извѣстномъ разстояніи одну отъ другой; кромѣ того, влекущая сила прилагается не къ вѣтвямъ щипцовъ, а къ подвижной рукояткѣ; она такимъ образомъ, отдѣлена отъ силы, укрѣпляющей вѣтви щипцовъ на головкѣ, почему послѣдняя и обезпечена отъ чрезмѣрнаго сжатія во время влеченій. Доказывать путемъ опыта, что упомянутыя движенія показанныхъ щипцовъ могутъ имѣть мѣсто въ тазу, по мнѣнію *Диманта*, невозможно. Точно описавъ движенія, какія могутъ совершать его щипцы, онъ органичился лишь приведеніемъ, такъ сказать, историческаго доказательства, что подвижность щипцовъ, не зависящая отъ направленія влеченія, имѣетъ не маловажное значеніе. Дальше онъ вопроса не предпрѣшаетъ.

6) В. В. Строгановъ говорилъ «О примѣненіи обыкновеннаго самовара, въ качествѣ обеззараживателя при безнѣлостныхъ операціяхъ». (Докладъ этотъ напечатанъ въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней», ноябрь, 1894 г., стр. 953).

Н. М. Какушкинъ замѣтилъ, что, къ сожалѣнію, самоваръ даетъ лишь незначительное количество воды; нужно, поэтому, запастись либо необычно большимъ самоваромъ, либо имѣть ихъ нѣсколько.

А. И. Замининъ полагаетъ, что многія отрицательныя данныя, полученные докладчикомъ, зависятъ отъ способа, которымъ онъ бралъ воду изъ крана, способа, не исключающаго случайнаго загрязненія. А. И. думаетъ, что можно было бы выйти изъ этого затрудненія, плотно надѣвая на кранъ гуттаперчевую трубку съ стекляннымъ наконечникомъ. При отвѣсномъ положеніи наконечника въ немъ будетъ содержаться обезпложенная вода, и присасываніе воздуха, какъ въ кранѣ, не будетъ имѣть мѣста.

Д. О. Оттъ поблагодарилъ докладчика за интересное сообщеніе, крайне важное для практическихъ врачей, въ особенности провинціальныхъ.

7) В. В. Букоемскій (изъ клиники К. Ф. Славянскаго), говорилъ «Объ обезболиваніи родовъ вдыханіями эфира». Примѣнявшійся эфиръ былъ химически чистый и приготовлялся по особому заказу въ лабораторіи проф. А. В. Пеля. Всѣхъ наблюденій сдѣлано 34. Давался эфиръ слѣдующимъ образомъ: какъ только схватки дѣлались болѣзненными, то въ началѣ каждой изъ нихъ въ маску *Luillard'a*, нѣсколько видоизмѣненную лишь въ формѣ, наливали отъ 1 до 2 драхмъ эфира и держали ее на разстояніи 2—3 стм. отъ лица роженицы, дабы послѣдняя могла постепенно привыкнуть къ запаху и дѣйствию эфира; затѣмъ, при возобновленіи схватки, возобновлялся и эфиръ. Продолжительность примѣненія эфира была различна, смотря по случаю: отъ 5 до 10 минутъ, если эфиръ давался съ начала врѣзыванія головки, и до 5 часовъ 30 минутъ, если его начинали давать отъ начала раскрытія зѣва. Количество примѣнявшагося эфира докладчикъ раздѣляетъ: на малыя (отъ 6 драхмъ до $1\frac{1}{2}$ унцій), среднія (отъ $1\frac{1}{2}$ до $2\frac{1}{2}$ унцій) и большія (отъ $2\frac{1}{2}$ унцій до 1 фунта).

Способы изслѣдованія: 1) Въ 24 случаяхъ примѣнялся ручной способ *Winckel'*я: сила и продолжительность сокращеній матки, равно какъ и промежутки между ними, опредѣлялись ощупываніемъ черезъ брюшныя покровы въ минутахъ и секун-

дахъ. 2) Въ 4-хъ случаяхъ докладчикъ снималъ очертанія живота роженицы при помощи мягкой цинковой проволоки, длиною около 40 см. во время паузы и во время наибольшаго сокращенія матки. Полученныя очертанія сравнивались на абсциссѣ. 3) Въ 3-хъ случаяхъ былъ примѣненъ пневмографъ *Marey*'я, который привязывался на высшей точкѣ живота и посредствомъ длинной резиновой трубки соединялся съ полиграфомъ *Marey*'я; перо полиграфа записывало на вращавшемся съ опредѣленною скоростью барабанѣ кривую во время покоя матки и во время ея сокращенія. 4) Наконецъ, въ 3 случаяхъ примѣненъ наиболѣе точный способъ изслѣдованія—токодинамометръ *Schatz*'а.

Выводы: 1) Уже послѣ нѣсколькихъ вдыханій ээира болѣзненность схватки замѣтно уменьшается, а въ нѣсколькихъ случаяхъ схватки, продолжаясь тоже самое время и, повидимому, съ тою же силой, были безусловно безболѣзненны. 2) Даже и большія количества ээира ($3\frac{1}{2}$ унціи—1 фунтъ) не только не уменьшаютъ числа схватокъ и ихъ продолжительности, но наоборотъ, нѣсколько увеличиваютъ, какъ то, такъ и другую. 3) Потужная дѣятельность не устраняется примѣненіемъ ээира. 4) Явленія раздраженія наблюдались лишь въ шести случаяхъ, и только въ одномъ изъ нихъ въ значительной степени *); въ остальныхъ же онѣ были выражены слабо и лишь недолго. 5) Обратное послѣродовое уменьшеніе матки (инволюція ея) послѣ этеризаціи ускоряется. 6) Появленіе послѣродовыхъ сывороточныхъ лохій нѣсколько замедляется, т. е., иначе говоря, кровянистыя выдѣленія существуютъ дольше обычнаго, что въ особенности замѣчено у многорожавшихъ. 7) Бѣлка въ мочѣ отъ примѣненія ээира не бываетъ. 8) У новорожденныхъ, подвергавшихся этеризаціи матерей, ненормальныхъ явленій не замѣчено. Желтуха изъ 34 случаевъ отмѣчена въ 10:8 разъ въ слабой степени и 2 раза сильная. Дѣти тѣхъ женщинъ, которымъ были даваемы большія количества ээира (8 случаевъ), только въ 2-хъ случаяхъ имѣли легкую степень желтухи. Сильную желтуху имѣли дѣти, матери которыхъ получили малыя количества ээира. Въ виду всего

*) Роженица эта уже съ начала родовъ была очень возбуждена; первыя же вдыханія ээира усилили раздраженіе.

вышеизложенного, докладчикъ думаетъ, что эеиръ, который несомнѣнно имѣетъ способность успокаивать боли роженицы, можетъ быть примѣняемъ съ болѣею смѣлостью и чаще, даже и при нормальныхъ родахъ, особенно въ то время, когда роженица сама проситъ чѣмъ либо облегчить ея страданія. Воспламеняемости эеира докладчикъ не наблюдалъ, хотя и работалъ исключительно по ночамъ.

В. Н. Массенъ замѣтилъ, что опыты *Ф. В. Букоемскаго* производились въ Гаванскомъ Родильномъ Пріютѣ, что при нѣкоторыхъ изъ нихъ онъ присутствовалъ и съ выводами докладчика, въ общемъ, согласенъ. Съ своей стороны, *Массенъ* подтверждаетъ, что эеиръ несомнѣнно успокаиваетъ чувствительность маточныхъ сокращеній, не вліяя въ тоже время вредно на теченіе родовъ; но относительно нѣкоторыхъ клиническихъ явленій, наблюдавшихся во время примѣненія эеира въ Пріютѣ, *Массенъ*, въ дополненіе къ сообщенію *Букоемскаго*, считаетъ не лишнимъ прибавить нѣсколько цифровыхъ данныхъ. Сопоставляя теченіе родовъ и послѣродоваго періода у женщинъ, получавшихъ и не получавшихъ эеиръ, онъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) Эеиръ не вліяетъ сколько нибудь существенно на общую продолжительность родовъ. 2) У перво и второродившихъ сывороточныя послѣродовыя отдѣленія (лохи) появляются раньше у женщинъ, получавшихъ эеиръ, чѣмъ у тѣхъ, которыхъ его не получали; обратное наблюдается у женщинъ, многородившихъ. 3) Обратное развитіе матки у женщинъ, получавшихъ эеиръ, ускоряется. Если эти данныя (2-е и 3-е заключенія), по малочисленности случаевъ (34), и не позволяютъ дѣлать какіе либо общіе выводы, то, тѣмъ не менѣе, онѣ говорятъ за то, что эеиръ на послѣродовое время вреднаго вліянія не оказываетъ. 4) У новорожденныхъ, матери которыхъ получали во время родовъ эеиръ, заболѣванія желтухой наблюдаются рѣже (вмѣсто 37,4%—31,2%). 5) У родильницъ, получавшихъ во время родовъ эеиръ, отдѣленіе молока нѣсколько уменьшается. Вдыханія эеира во время родовъ (подобно уснпленію хлороформомъ), по мнѣнію *Массена*, должны производиться лишь во 2-мъ срокѣ родовъ и примѣняться (въ случаѣ необходимости вести роды подъ наркѣзомъ) тамъ, гдѣ хлороформъ противопоказанъ, т. е., въ случаяхъ осложненія родовъ порокомъ сердца. Примѣненіе эеира безусловно противопоказано при наличности зоба, при сильной раздражительности нервной системы, при эклампсін, при сильныхъ страданіяхъ почечной ткани и при страданіяхъ легкихъ.

Е. Ф. Бацевичъ считаетъ невозможнымъ говорить про вліяніе эеира на время появленія сывороточныхъ выдѣленій, ибо на это вліяютъ и другія, иногда случайныя условія: сократительность матки и т. п.

Б. А. Фраткинъ указалъ на то, что многіе хирурги высказываются не въ пользу эеира, и, между прочимъ, на то, что послѣ эеира нерѣдко появляется бронхитъ.

И. Л. Доминскій замѣтилъ, что сужденіе объ обратномъ развитіи матки, основанное на однѣхъ наружныхъ измѣреніяхъ ея, врядъ ли можетъ считаться непогрѣшимымъ. Достаточно напомнить, что у 2-хъ лицъ, измѣряющихъ одну и ту же матку, могутъ получаться нѣсколько

различныя данныя, не говоря уже о другихъ, вліяющихъ на высоту стоянія дна матки, условіяхъ, наприм., степени наполненія мочевого пузыря, вышки и т. д.

Д. О. Оттъ поблагодарилъ докладчика за его весьма интересное сообщеніе.

Предсѣдатель *Дм. Оттъ*.

Секретарь *Л. Личкусъ*.

ПРОТОКОЛЬ № VII.

Административное засѣданіе 17-го ноября 1894 года.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 30 членовъ.

Читанъ и утвержденъ протоколъ № VI.

Предсѣдатель Дм. Оттъ.

Секретарь Л. Личкусъ.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы:

1. Ф. А. Доббертъ.—*Beiträge zur Anatomie der Uterusschleimhaut bei ektopischer Schwangerschaft.* (Arch. f. Gynaekologie, Bd., XLVII, Hft. 2). **Къ анатоміи слизистой оболочки матки при внѣматочной беременности.**

Въ двухъ препаратахъ, полученныхъ благодаря разрыву беременной тубы со смертельнымъ исходомъ, легко различить на слизистой оболочкѣ матки три слоя: поверхностный, состоящій преимущественно изъ децидуальныхъ клѣтокъ, средній, содержащій расширенныя железы и глубокий слой, состоящій изъ мало измѣненной соединительной ткани и содержащій въ себѣ сравнительно мало измѣненныя железы. Замѣчательно, что во второмъ изъ этихъ препаратовъ, не смотря на то, что беременность въ этомъ случаѣ продолжалась дольше, дифференцировка этихъ слоевъ не была такъ ясно выражена какъ въ первомъ, фактъ, который авторъ, подобно *Wyder*'у, объясняетъ тѣмъ обстоятельствомъ, что въ этомъ случаѣ яйцевое ложе находилось дальше отъ маточной полости, а именно въ наружной трети трубы. Въ трехъ препаратахъ дѣло идетъ о произвольно выдѣлившихся изъ матки децидуальныхъ мѣшкахъ, строеніе которыхъ вполнѣ напоминаетъ собою поверхностный компактный слой первыхъ двухъ препаратовъ. Наконецъ, въ двухъ препаратахъ, тоже полученныхъ благодаря разрыву тубы, но послѣ того, какъ при жизни уже выдѣлилась decidua, авторъ нашелъ на слизистой оболочкѣ матки лишь глубокий, мало измѣненный слой. Всѣ препараты, вмѣстѣ взятые, вполнѣ подтверждаютъ какъ тотъ фактъ, что при внѣматочной беременности слизистая оболочка матки претерпѣваетъ измѣненія

вполнѣ аналогичныя съ тѣми, какія бываютъ при нормальной беременности, такъ и тотъ фактъ, что отдѣленіе deciduae происходитъ въ элементахъ средняго слоя.

С. Ю. Хазанъ.

2. Pelzer.—Ueber das Credé'sche Verfahren in der Nachgeburtsperiode. (Arch. f. Gyn., Bd. XLVII, Hft. 3). О способѣ Credé въ третьемъ періодѣ родовъ.

На основаніи новыхъ 1000 наблюденій, сдѣланныхъ въ Кельнскомъ родильномъ институтѣ, авторъ высказывается въ пользу примѣненія въ третьемъ періодѣ родовъ способа *Credé*, при которомъ не только средняя потеря крови меньше, чѣмъ при выжидательномъ образѣ дѣйствій, но и родильный періодъ протекаетъ лучше, не смотря на то, что при активномъ вмѣшательствѣ несравненно чаще приходится прибѣгать къ ручному отдѣленію послѣда.

С. Ю. Хазанъ.

3. Leopold.—Vergleichende Untersuchungen über die Entbehrlichkeit der Scheidenausspülungen bei ganz normalen Geburten und über die sogenannte Selbstinfektion. (Arch. f. Gyn., Bd. XLVII, Hft. 3). Сравнительныя изслѣдованія о ненужности влагалищныхъ спринцеваній при нормальныхъ родахъ и о такъ называемомъ самозараженіи.

Въ то время какъ вопросъ о ненужности или даже вредѣ влагалищныхъ спринцеваній при нормальныхъ родахъ, по скольку дѣло идетъ о частной практикѣ, гдѣ внутреннее изслѣдованіе по мѣрѣ возможности избѣгается, всѣми почти рѣшенъ въ утвердительномъ смыслѣ, этотъ же вопросъ остается спорнымъ касательно клиникъ, гдѣ въ цѣляхъ обученія персонала производятся въ общемъ вредныя для здоровья роженицъ внутреннія изслѣдованія. Такъ какъ прежнія изслѣдованія автора, доказывавшія вредъ влагалищныхъ спринцеваній при нормальныхъ родахъ, даже при производимыхъ учащимися изслѣдованіяхъ, не убѣдили многихъ, въ особенности *Ahlfeld*'а, то для окончательнаго установленія истины *L.* предпринялъ новую серію наблюденій. Вслѣдствіе большого наплыва роженицъ, въ Дрезденской клиникѣ, въ послѣднее время, пришлось устроить еще помѣщеніе для родовъ, и вотъ этимъ обстоятельствомъ *L.* воспользовался для того, чтобы одновременно произвести наблюденія какъ надъ такими роженицами, у которыхъ не производились влагалищныя ирригаціи, (въ одномъ помѣщеніи), такъ и надъ такими, у которыхъ съ профилактической цѣлью производились ирригаціи (въ другомъ помѣщеніи).

Полученные авторомъ результаты только подтвердили справедливость уже раньше высказаннаго имъ убѣжденія, что при нормальныхъ родахъ влагалищныя спринцеванія только увеличиваютъ опасность инфекціи.

С. Ю. Хазанъ.

4. Orthmann.—Beitrag zur frühzeitigen Unterbrechung der Tubenschwangerschaft und zur Kenntniss der weiteren Schicksale des Eies. (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. XXIX). **Къ учению о преждевременномъ прерываніи трубной беременности и дальнейшей судьбѣ яйца.**

Результатъ своихъ интересныхъ наблюдений и изслѣдованій авторъ формулируетъ слѣдующимъ образомъ. Трубная беременность прерывается чаще всего въ первые два мѣсяца, при чемъ поводомъ къ этому служили одинаково часто какъ разрывъ трубы, такъ и выкидышъ. Разрывъ происходитъ или самостоятельно, вслѣдствіе кровотеченія между яйцомъ и стѣнкою трубы, или насильственнымъ путемъ—при изслѣдованіи и оперативномъ вмешательствѣ. Смотри по тому, предшествовалъ ли разрыву выкидышъ или нѣтъ, можно различить первичный и вторичный разрывъ. Точно также можно различать двѣ формы тубарнаго выкидыша: простой и затяжной; въ послѣднемъ случаѣ яйцо перерождается въ заносъ. Какъ при разрывѣ, такъ и при выкидышѣ судьба яйца можетъ быть слѣдующая, или оно перерождается въ кровяной или мясистый заносъ, или находятъ однѣ оболочки безъ плода, или же лишь кровяной свертокъ, на которомъ удастся констатировать хоріальные ворсинки и децидуальные клѣтки. Что касается наконецъ судьбы плода, то въ первые два мѣсяца онъ можетъ вполне всосаться, послѣ же онъ или мацерируется или мумифицируется.

С. Ю. Хазанъ.

5. Czempin.—Beobachtungen über Extrauterin gravidität an der Hand von 15 operirten Fällen. (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. XXIX). **Наблюденія надъ внѣматочной беременностью на основаніи 15 оперированныхъ случаевъ.**

Авторъ группируетъ свои наблюденія съ цѣлью правильно отвѣтить на слѣдующіе, въ діагностическомъ и терапевтическомъ отношеніи, весьма важные вопросы: 1) Продолжаетъ ли плодъ въ данномъ случаѣ внѣматочной беременности развиваться или нѣтъ и 2) Съ какою формою внѣматочной беременности имѣется дѣло въ каждомъ данномъ случаѣ? Въ двухъ случаяхъ авторъ могъ съ увѣренностью опредѣлить тубарную беременность и удалить

плодовмѣстилище въ моментъ полнаго развитія беременности. Въ трехъ случаяхъ, гдѣ также шло дѣло о продолжающемъ еще развиваться плодѣ, была интралигаментарная форма внѣматочной беременности, т. е. форма, при которой плодовмѣстилище, возникнувъ первоначально на яичникѣ или въ трубѣ, позднѣе развивается между листками lig. lat. Въ остальныхъ наблюденіяхъ автора беременность была прервана еще до оперативнаго вмѣшательства, при чемъ въ одной группѣ случаевъ беременность была трубная, а въ другихъ—интралигаментарная. (Работа эта содержитъ массу весьма поучительныхъ деталей, которыя необходимо прочесть въ подлинникѣ).

С. Ю. Хазанъ.

6. Ostermann. — Die Cardinalbewegung des Geburtsmechanismus. (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. XXIX). Кардинальное движеніе механизма родовъ.

При актѣ родовъ играютъ роль, какъ извѣстно, три фактора: изгоняющія силы, форма тазоваго канала и форма плода. Въ то время, какъ первые два фактора всегда остаются одинаковыми (за исключеніемъ, конечно, патологическихъ случаевъ), плодъ не только въ началѣ родовъ можетъ принимать различныя положенія и позиціи, но и при самомъ прохожденіи черезъ родовые пути еще неоднократно мѣняетъ свою форму. Замѣчаемое здѣсь на первый взглядъ разнообразіе, оказывается однако при ближайшемъ знакомствѣ съ этимъ предметомъ весьма ограниченнымъ, по скольку при различныхъ варіаціяхъ выступаетъ масса аналогичныхъ моментовъ и по скольку измѣненія происходятъ по характернымъ, общимъ для всѣхъ случаевъ, чертамъ. Въ самомъ дѣлѣ, плодъ всегда, (опять-таки за исключеніемъ патологическихъ случаевъ) до прохожденія черезъ родовой каналъ имѣетъ лицевидную форму и болѣе или менѣе сильное согнутое положеніе, проходитъ же онъ черезъ каналъ, претерпѣвая разгибаніе и, смотря по первоначальному положенію, болѣе или менѣе сильный поворотъ вокругъ продольной оси. Если же такимъ образомъ процессъ изгнанія плода и прохожденія его черезъ родовой каналъ одинаковъ какъ при подлежащемъ черепѣ, такъ и при подлежащемъ лицѣ или тазовомъ концѣ, при томъ одинаковъ какъ при спинкѣ, обращенной впередъ, такъ и при спинкѣ, обращенной назадъ, то нельзя не придти къ тому заключенію, что законы механизма родовъ нужно искать въ моментахъ, общихъ для всѣхъ положеній и позицій плода. Такими моментами, по мнѣнію автора, являются сгиба-тельные измѣненія позвоночника плода, слѣдующія извѣстнымъ

законамъ и выступающія тогда, когда подлежащая часть плода проходитъ черезъ родовой каналъ. (Съ болѣе подробнымъ содержаніемъ этой въ высшей степени интересной статьи, въ которой родовому акту дается весьма простое механическое обоснованіе, необходимо познакомиться въ подлинникѣ). С. Ю. Хазанъ.

7. Koblanck.—Zur Prognose der Schwangerschafts nephritis. (Zeitschr. f. Geb. und. Gyn., Bd. XXIX). Къ прогнозу nephritis gravidarum.

На основаніи богатаго матеріала Берлинской университетской клиники, авторъ пытается рѣшить слѣдующіе вопросы: какъ часто nephritis gravidarum переходитъ въ nephritis chronica, какія условія этому благоприятствуютъ, и когда можно поставить безошибочный прогнозъ въ этомъ отношеніи. Изъ 77 женщинъ, которыхъ автору удалось изслѣдовать болѣе или менѣе долгое время спустя послѣ того, какъ у нихъ на основаніи анамнеза констатировали nephritis gravidarum, только у 5 (6,5%) страданіе перешло въ хроническую форму. При самомъ тщательномъ анализѣ этихъ случаевъ не удается указать на условія, которыя могли благоприятствовать этому переходу. Наконецъ, изъ данныхъ автора видно, что хорошее предсказаніе можно поставить лишь продолжительное время спустя послѣ родовъ, когда больныя опять принимаются за свои обычныя занятія. С. Ю. Хазанъ.

8. G. Schiffer.—Ueber Darmobstruktion nach Kōliotomien mit Bezug auf trockene und feuchte Asepsis in der Bauchhöhle. (Centrallbl. f. Gynäk., 1894 г., № 38). О непроходимости кишекъ послѣ чревосѣченій въ зависимости отъ сухаго и влажнаго метода обезгниливанія брюшной полости.

Сухой асептический методъ при чревосѣченіяхъ, по автору, представляетъ благоприятныя условія для сращеній кишекъ, ведущихъ къ непроходимости ихъ. Происходитъ это вслѣдствіе того, что брюшина не только высыхаетъ, благодаря доступу воздуха и отсутствію влаги, но и теряетъ свой блескъ и вообще подвергается раздраженію, благодаря сухости марлевыхъ компрессовъ, употребляемыхъ при такихъ условіяхъ. На 132 чревосѣченія въ клиникѣ Sanger'a, оперировавшего по сухому способу, умерло 5 (50% всѣхъ смертныхъ случаевъ) отъ непроходимости кишекъ, вслѣдствіе разнаго рода сращеній, повлекшихъ за собой перегибы кишечныхъ петель, суженіе просвѣта ихъ и проч. Для предупрежденія подобныхъ случаевъ авторъ слѣдуетъ совѣту Walthard'a,

употребляя при чревосъщеніяхъ влажный методъ, состоящій въ томъ, что обезпложенные марлевые компрессы смачиваются въ Tavel'евскомъ растворѣ (2,5 Natr. carbon. calcin., 7,5 Natr. chlor. pur., на 1 литръ воды). *Н. Какушкинъ.*

9. Th. Kézmárszky.—Intravenöse Sublimatinjektionen (Baccelli) bei venöser Sepsis im Wochenbett. (Cntrlbl. f. Gynäk., 1894 г., № 38). Внутривенныя впрыскиванія сулемы при венозномъ гнилостномъ отравленіи въ послѣродовомъ періодѣ.

При лѣченіи послѣродовыхъ заболѣваній, зависящихъ отъ разнаса по кровеносной системѣ гнилостнозаразныхъ венозныхъ тромбовъ, авторъ считаетъ необходимымъ примѣненіе усиленнаго питанія, вина, ваннъ, а также обеззараживающихъ средствъ, дѣйствующихъ непосредственно на кровь. Для послѣдней цѣли онъ считаетъ пригоднымъ и заслуживающимъ вниманія способъ *Baccelli*, который онъ съ успѣхомъ примѣнилъ въ двухъ очень тяжелыхъ случаяхъ. Растворъ сулемы вводился при асептическихъ предосторожностяхъ помощью правоцефскаго шприца въ одну изъ венъ локтевого сгиба, для чего вены обнаруживались при посредствѣ предварительнаго сжатія плеча. Одной больной въ теченіе 9 дней было введено десятью впрыскиваніями 37 миллиграммовъ, а другой за это же время восемью впрыскиваніями 31 миллиграммъ. Благоприятное дѣйствіе такого лѣченія сказалось уже въ обоихъ случаяхъ на 2 и 3 дни. *Н. Какушкинъ.*

10. M. Westphal.—Ein'Beitrag zur Kasuistik der Vaginaefixation mit Dislokation der inneren Genitalien vor die Vulva nach Dührssen. (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 40). Къ казуистикѣ влагалищнаго укрѣпленія матки со смѣщеніемъ внутреннихъ половыхъ органовъ по Dührssen'у.

У 23-лѣтней женщины, страдавшей перегибомъ матки взадъ и выпаденіемъ задней стѣнки влагалища, послѣ обычнаго тщательнаго обеззараживанія поля операціи и полости матки (выскабливаніе), сдѣланъ поперечный разрѣзъ передней стѣнки влагалища, отсепарованъ пузырь, вскрыта брюшина въ переднемъ сводѣ. Черезъ полученное отверстіе выведены наружу дно матки и придатки. Въ яичникахъ оказались кисты, которыя вскрыты термокаутеромъ. Затѣмъ придатки вправлены, а дно матки пришито во влагалищную рану. Кромѣ того, вырѣзана часть шейки и сдѣлана задняя солрографі'а. Больная выздоровѣла.

Н. Какушкинъ.

11. R. Holst.—Ein Fall von Torsion eines subserösen Myoms. Myomotomie. Heilung. (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 40). **Случай перекручивания подбрюшинной миомы. Миомотомия. Выздоровление.**

Перекручивание произошло внезапно, при обычных явлениях: болях в живот и воспалении брюшины. Предположено перекручивание ножки кисты яичника. Чревосечение показало присутствие миомы с голову ребенка, исходящей довольно широкой ножкой из основания матки. Матка оказалась повернутой вокруг оси на 120°. Опухоль удалена, матка пришита к брюшной стенке.

Н. Какушкинъ.

12. H. Wolff.—Zur symptomatologie des acuten Hydramnion. (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 46). **Къ симптоматологii острого многоводія.**

4 рага, 25 лѣтъ, заболѣла внезапно на 4 мѣсяцѣ беременности рвотой, запорами, болями в правой повздошной области и знобами (t° до 40°), которые повторялись периодически ежедневно по утрамъ, продолжаясь по часу. При этомъ матка быстро и довольно рѣзко увеличивалась. Такъ дѣло шло в течение мѣсяца. Затѣмъ больной было сдѣлано пробное чревосечение (предположено заболѣваніе в области слѣпой кишки и червеобразнаго отростка), давшее отрицательный результатъ. Больная выздоровѣла послѣ искусственнаго выкидыша (зондъ), при чемъ родился плодъ съ слабыми признаками жизни и излилось громадное количество околоплодной воды. Послѣдъ и оболочки измѣненій не представляли.

Н. Какушкинъ.

13. König.—Beitrag zur Kasuistik der Retention abgestorbener Früchte im Uterus. (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 44). **Къ случаямъ задержанія мертваго плода в маткѣ.**

У многорожавшей, 37 лѣтъ, черезъ 15 мѣсяцевъ послѣ послѣднихъ мѣсячныхъ, выдѣлилось яйцо 8 сант. длины, содержавшее плодъ съ неясными органами; между ворсинами послѣда кровоизлиянія (апopleктическое яйцо). За послѣдніе мѣсяцы больная жаловалась на бѣли, боли, недомоганіе и познабливанія; за послѣдніе дни температура тѣла была нормальна.

Н. Какушкинъ.

14. P. Steffann.—Operation eines totalen Dammrisses während der Schwangerschaft. (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 44). **Операция полного разрыва промежности во время беременности.**

Авторъ крайне подробно описываетъ, чуть-ли не всю жизнь одной женщины, имѣвшей несчастье получить полный разрывъ промежно-

сти, который былъ удачно зашитъ только со стороны кожи. Съ такимъ разрывомъ она рожала дважды. Послѣ каждаго рода авторъ собирався дѣлать ей операцію и все откладывалъ. Наконецъ, неподозрѣвая, что больная беременна, авторъ сдѣлалъ ей спиваніе промежности по *Hegar*'у. При слѣдующихъ родахъ (поворотъ и извлеченіе), щадя промежность, авторъ сдѣлалъ надрѣзъ со стороны влагалища по направленію къ лѣвому сѣдалищному бугру. Промежность осталась цѣла.

Н. Какушкинъ.

15. *Geyl.*—*Zur Aetiologie der Vaginalcysten.* (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 44). **Къ этиологіи влагалищныхъ кистъ.**

Въ одномъ случаѣ множественныхъ кистъ влагалищной стѣнки удаленная киста была обследована микроскопически. Она оказалась развившеюся на почвѣ влагалищной железы и отличалась тѣмъ, что и въ своей стѣнкѣ содержала скопленія железистой ткани. Авторъ задается вопросомъ, слѣдуетъ ли на влагалищныя кисты смотрѣть, какъ на доброкачественныя новообразованія, или онѣ, подобно яичниковымъ, наклонны къ злокачественнымъ измѣненіямъ.

Н. Какушкинъ.

16. *O. Semb.* *Primäres Nierensarcom bei einem todtgeborenen Kinde.* (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 44). **Первичная саркома почки у мертворожденного.**

Развитіе такихъ опухолей въ утробной жизни рѣдко наблюдается. Въ данномъ случаѣ рѣчь идетъ о мертворожденномъ мальчикѣ, прекрасно сложенномъ и упитанномъ. Еще за 8 дней до родовъ были признаки его жизни. Мать—первородящая, 20 л. Опухоль лѣвой почки выросла въ брюшную полость, смѣстивъ органы. Она съ голову ребенка, 250 грм. вѣсомъ, яйцевидная. По строенію кругло-клеточковая саркома. Почечная ткань сохранилась въ скудномъ количествѣ; мочеточникъ проходимъ. Правая почка здорова.

Н. Какушкинъ.

17. *C. v. Bokitansky.*—*Zu Prof. O. Küstner's „Principien der Prolapsbehandlung“.* (Centr. f. Gynaec., № 25, 1894 г.). **По поводу „основъ лѣченія выпаденій“ Кюстнера.**

По поводу заявленія *Küstner*'а о томъ, что при гипертрофіи шейки вслѣдствіе выпаденія, являются излишними операціи, уменьшающія матку, *R.* указываетъ, что подобное же мнѣніе было высказано имъ и послѣдовательно проводилось уже въ теченіи 15 лѣтъ. Такъ онъ наблюдалъ, что во многихъ случаяхъ выпа-

денія влагалища и матки, въ которыхъ зондъ въ началѣ лѣченія проходилъ на 18 сант., черезъ короткое время, вслѣдствіе одного только покойнаго положенія больной и вправленія матки зондъ проходилъ лишь 8—7 сант. Онъ приводитъ нѣсколько подобныхъ поучительныхъ случаевъ. Такимъ образомъ *R.* при выпаденіи влагалища и гипертрофіи шейки матки, производитъ только колпографію и колпоперинеорафію. Кромѣ того *R.* отмѣчаетъ, что длина матки по большей части значительно уменьшается тотчасъ за произведеннымъ вправленіемъ выпавшаго влагалища и матки.

18. Säger.—Zur Technik der uterinen Ätzung. (Ibid). Къ техническимъ прижиганіямъ матки.

S. подробно разсматриваетъ и оцѣниваетъ инструменты и медикаменты обыкновенно примѣняемые для прижиганій слизистой оболочки матки. Онъ особенно рекомендуетъ для этой цѣли, заимствованный имъ отъ шведскаго проф. *Salin'a*, американскій зондъ, состоящій изъ палочки чистаго серебра, длиной около 22 сант., съ рукояткой въ 8 сант. изъ дерева, или изъ посеребренной мѣди. Палочка на своемъ верхнемъ концѣ шириной немного болѣе 1 мм. и толщной въ картонный листъ; у рукоятки она кругла (1 мм. діам.), въ средней трети представляетъ постепенный переходъ указанныхъ формъ. Она легко гнется и можетъ быть вводится даже въ матку съ перегибомъ впередъ или назадъ безъ фиксаціи пулевыми щипцами.

Для обнаженія влагалищной части, онъ особенно рекомендуетъ „speculum bivalvum“ *Нейебауера* старшаго, съ незначительными измѣненіями въ немъ, согласно указаніямъ *Нейебауера* младшаго

Крайне интересны его наблюденія надъ дѣйствіемъ различныхъ прижигающихъ средствъ. *Restitutio ad integrum* послѣ прижиганія происходитъ въ слѣдующіе сроки:

дымящейся азотной кислотой	18—20	дней
50% хлористымъ цинкомъ	14—16	„
30% „ „ „ „	10—12	„
Argent. nitric. fus.	8—10	„
Solut. arg. nitr. 50%	6—7	„
Iod-alcohol (1:5)	5—6	„
Tinct. jodi, liquor. ferr. sesquichl., древесн. укс.	2—3	„

Струпа послѣ гальванокаустическаго прижиганія, или же послѣ дѣйствія Пакелена, исчезаютъ безслѣдно въ теченіи 3—4 недѣль.

Менструація замѣтно замедляетъ выздоровленіе.

Новое прижиганіе можно дѣлать лишь по исчезновеніи явленій, вызванныхъ первымъ прижиганіемъ.

Наибольшую любовь *S.* пользуется 50% растворъ хлористаго цинка, рекомендуемый *Bröse, Fraenkel, Rheinstädter* и пр., который одинаково пригоденъ какъ въ случаяхъ катаральныхъ, такъ и въ хронически-инфекціонныхъ и меноррагическихъ формахъ эндометрита.

Только у не рожавшихъ равно и у рожавшихъ, но имѣющихъ узкую шейку, *S.* примѣняетъ въ началѣ 10% растворъ хлористаго цинка, или 30—50% растворъ ляписа, или іодъ-алкоголь (1:5).

При метроррагическихъ формахъ эндометрита *S.* обыкновенно прибѣгаетъ прежде всего къ выскабливанію слизистой оболочки матки, примѣняя затѣмъ въ случаѣ нужды внутри маточное прижиганіе; при *Endometritis hypersecretoria* онъ примѣняетъ преимущественно внутриматочное прижиганіе, иногда присоединяя выскабливаніе.

В. Строгановъ.

19. D-r Leopold v. Dittel jun. Partus bei Uterus dupelx. (Centr. f. Gynaecol., 1894 г.) Роды при двойной маткѣ.

Случай этотъ, наблюдавшійся въ клиникѣ *Хробака*, представлялъ слѣдующія явленія во время родовъ: имѣлось два влагалища, совершенно раздѣленныхъ перегородкой; въ правомъ рукавѣ опредѣлялась влагалищная часть съ слегка открытымъ наружнымъ маточнымъ зѣвомъ, напротивъ въ лѣвомъ—наружный зѣвъ былъ открытъ на 2 поперечныхъ пальца, пузырь былъ цѣль, ягодицы стояли во входѣ. При опущеніи послѣднихъ перегородка разорвалась. Ребенокъ извлеченъ живымъ, 2650 grm., 48 сант. Плацента тотчасъ вышла. Безлихорадочный послѣродовой періодъ.

При изслѣдованіи на 14-й день послѣ родовъ были констатированы 2 матки, лѣвая—пуерперальная большая и правая—небольшая. Рука глубоко проникала между ними, давая впечатлѣніе полного отсутствія между ними перегородки, напротивъ между шейками приблизительно на разстояніе 3—4 сант. имѣлась общая перегородка. Придатки, равно и *lig. recto-vesicale* не прощупывались.

Авторъ рассматриваетъ этотъ случай какъ переходную ступень къ *uterus didelphys*. Онъ отмѣчаетъ, что *Pfannenstiel* собралъ уже 12 случаевъ родовъ при *uterus didelphys*.

В. Строгановъ.

20. B. S. Schultze. Ist Fraktur des Schlüsselbeins Kontraindikation ein tief asphyktisch geborenes Kind zu schwingen? (Centr. f. Gynaecolog., 1894 г.) Служить ли переломъ ключицы противопоказаніемъ для качанія (способъ Шультце) ребенка, родившагося въ асфиксіи?

Статья вызвана сообщеніемъ одного случая *Heydrich*'а изъ Бреславльской поликлиники, которое было напечатано въ № 7 1890 г. того-же журнала.

По случаю выпаденія пуповины было извлеченіе ребенка за ножки. Онъ родился въ легкой асфиксіи. 3-мя качаніями по *Schultze* онъ былъ оживленъ, но черезъ 2 часа найденъ былъ мертвымъ въ постели. Вскрытіе показало переломъ правой ключицы и прободеніе однимъ изъ переломленныхъ концовъ межребернаго пространства, *pleura costal.* и легкихъ, слѣдствіемъ чего были *pneumothorax* и смерть.

Leopold Meyer высказалъ мнѣніе, въ 10 № *Centralblattes* того же года, что качаніе ребенка было причиной поврежденія легкаго переломленнымъ концомъ. По этому поводу *Körber*, въ *Peters. med. Wochenschr.*, 92 г., № 51, приводитъ рядъ противопоказаній для качаній асфиктически рожденнаго ребенка.

Schultze описываетъ случай, гдѣ было также слѣдано извлеченіе, при чемъ произошелъ также переломъ ключицы. Потребовалось 30 качаній, пока ребенокъ не былъ оживленъ. Послѣ чего наложена повязка *Velpeau*. Образовалась костная мозоль и ребенокъ развивался совершенно правильно.

Авторъ полагаетъ, что въ случаѣ *Heydrich*'а прободеніе легкихъ переломленнымъ концомъ произошло вслѣдствіе чрезчуръ сильнаго захватыванія за плечи.

При вдыхательномъ качаніи ребенокъ долженъ всей тяжестью своего тѣла покоится на указательныхъ пальцахъ оперирующаго, введенныхъ въ подмышечныя впадины. При медленномъ опрокидываніи для выдыхательныхъ движеній, передняя стѣнка груди новорожденнаго должна покоиться на подставленныхъ большихъ пальцахъ, въ то же время остальные 4 пальца лежатъ свободно на спинкѣ и въ подмышечныхъ впадинахъ, такъ чтобы ни въ одной фазѣ качанія ключицы не могли бы смѣщаться кзади.

Такъ какъ при сломанной ключицѣ главный моментъ для вдыхательной экскурсіи потерянъ, ключица подымаетъ ребра и *sternum* въ то время, когда новорожденный виситъ на подмышечной впадинѣ, то по этому авторъ съ особенной силой дѣйствуетъ при вдыхатель-

ныхъ движеніяхъ, чтобы влеченіе за верхнія конечности и лопатки замѣняло бы дѣйствіе теперь не функціонирующей ключицы.

В. Строгановъ.

21. R. Olshausen.—Объ экстирпаціи влагалища. (Centr. f. Gynaecologie, № 1, 1895 г.).

О. описываетъ способъ, примѣненный имъ для удаленія рака влагалища, имѣющій, по его мнѣнію, кромѣ другихъ еще и то преимущество, что уменьшаетъ шансы зараженія ракомъ во время операціи. Онъ производитъ операцію слѣдующимъ образомъ: разсѣкаетъ промежность въ поперечномъ направленіи и тупымъ путемъ отдѣляетъ заднюю стѣнку влагалища отъ прямой кишки до Дугласова пространства. При трудномъ отдѣленіи ассистентъ контролируетъ со стороны прямой кишки. Если нужно экстирпировать и матку, то вскрываютъ Дугласъ изъ образованной полости, опрокидываютъ матку назадъ и перевязываютъ широкія связки, начиная съ трубъ. Затѣмъ удаляютъ пораженное ракомъ мѣсто и заканчиваютъ обычнымъ образомъ отдѣленіе шейки матки. Такимъ образомъ онъ оперировалъ 3 раза, въ одномъ случаѣ была удалена и матка. Въ 2-хъ послѣдовалъ рецидивъ, 3-я операція была произведена всего 2 мѣсяца тому назадъ. Вообще ракъ влагалища заслуженно имѣетъ самый тяжелый прогнозъ; изъ 16, оперированныхъ имъ, только у одной рецидивъ не наблюдался по истеченіи 2-хъ лѣтъ.

В. Строгановъ.

22. Graefe.—Два случая фиброміомъ яичника. (Centr. f. Gynaec., № 1, 1895 г.).

Кромѣ относительной рѣдкости подобныхъ наблюденій, одинъ случай представлялъ еще своеобразную клиническую картину: женщина 54 лѣтъ, нерожавшая, хотя находилась въ замужествѣ, послѣднія 8 лѣтъ, до послѣдняго времени, правильно менструировала съ трехъ недѣльными промежутками. Въ теченіи послѣднихъ четырехъ мѣсяцевъ, имѣетъ все увеличивающееся кровянисто-серозное истеченіе изъ половыхъ органовъ, которое къ сроку мѣсячныхъ смѣняется обильнымъ кровотеченіемъ. Другихъ жалобъ нѣтъ. Чревосѣченіемъ удалена плотная опухоль яичника, состоящая лишь изъ соединительной ткани, остатковъ яичниковой ткани не могли констатировать. Другой яичникъ былъ атрофированъ. G. задаетъ вопросъ, какъ объяснить при этомъ существованіе менструацій и даже маточныхъ кровотеченій. (Замѣчу, что послѣ удаленія опухоли и то, и другое прекратилось). Онъ пола-

гаетъ, что ростъ опухоли вызываетъ раздраженіе, слѣдствіемъ котораго являлись указаннныя явленія. Подобное же онъ замѣчалъ при двусторонней кастраціи, если имѣлось образование эксудата въ области ножки.

23. Walthard.—Экспериментальное изслѣдованіе по вопросу объ обработкѣ ножки при изсѣченіи фиброматозной матки. (Centr. f. Gynaec., № 1, 1895).

Крайне интересное экспериментальное изслѣдованіе, касающееся вопроса о зараженіи и его источникахъ при различныхъ способахъ фиброміомотоміи. W. производилъ свои опыты на кроликахъ, у которыхъ онъ удалялъ маточныя рога слѣдующими двумя способами: 1) Отдѣлялъ рога отъ широкихъ связокъ и накладывалъ лигатуру на срединѣ ихъ протяженія. Такимъ образомъ верхній отдѣлъ представлялся совершенно лишеннымъ питанія и могъ представлять хорошій питательный матеріалъ для микробовъ. (Еще ближе подходилъ бы опытъ къ производимымъ по такому способу операціямъ, если-бы онъ создалъ сообщеніе между полостью отшнурованной части и брюшиной. Реф.). Изъ 9 кроликовъ всѣ прекрасно перенесли операцію.

Во второмъ рядѣ опытовъ онъ ампутировалъ рога на высотѣ бифуркаціи, затѣмъ накладывалъ мышечный и серозный шовъ (по *Schroeder*'у) для закрытія образовавшихся отверстій. 9 животныхъ прекрасно перенесли операцію. Черезъ нѣкоторое время животныя убивались и производилось бактериологическое изслѣдованіе погруженной культи.

Микробовъ не находили.

Такимъ образомъ во время операціи, проведенной асептически, не происходитъ зараженія культи. Далѣе имъ произведенъ рядъ опытовъ, доказывающихъ, что при одновременномъ (съ операціей) введеніи патогенныхъ микробовъ въ кровеносные сосуды, во влагалище и въ желудокъ, культи не заражаются, оперируются-ли кролики по тому или другому способу.

Впрыскивая въ вену гноеродный стафилококкъ или *bacillum coli* тотчасъ послѣ операціи у 6 кроликовъ, оперированныхъ по первому и у 6 по второму способамъ, онъ ни въ одномъ случаѣ не наблюдалъ перитонита, равно не могъ доказать присутствія введенныхъ микробовъ въ области культи.

Изъ 12 кроликовъ, оперированныхъ, подобно предъидущимъ, но которымъ послѣ операціи въ вагину была впрыснута разводка упомянутыхъ микробовъ, только 1 умеръ отъ перитонита, но и у

него при вскрытіи было констатировано прорѣзываніе шва и существованіе непосредственнаго сообщенія между брюшиной и полостью оставшейся части матки. Другіе 71 кроликовъ прекрасно перенесли операцію.

12 другимъ, оперированнымъ кроликамъ, *W.* вводилъ указанныя разводки въ желудокъ, изъ нихъ 3 умерло, 2 съ отшурованной культей, 1 съ зашитой. Всѣ животныя были инфицированы стафилококкомъ. Остальныя 9 болѣли. Ни умершія, ни заболѣвшія не представляли при вскрытіи явленій гнойнаго перитонита, равно не имѣли микробовъ въ области культи. *В. Строгановъ.*