

С

КЪ ТЕХНИКЪ

ИСКУССТВЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХЪ РОДОВЪ.

ДИССЕРТАЦІА

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Э. М. СОВЪСТІАНСКАГО.

БИБЛИОТЕКА
 Медицинск. отдѣл. №
 5152
 ПЕРЕВІРНО
 1936

63852

БИБЛИОТЕКА
 Медицинск. отдѣл. №
 5152
 ПЕРЕВІРНО
 1936



ТИФЛИСЪ 1905 ГОДА.

Тип. А. И. Петрова, уголь Гриб. и Крузеншт. ул., № 5.

Телефонъ типографіи № 387.

✓ 618,2
- C-54.

КЪ ТЕХНИКЪ ИСКУССТВЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХЪ РОДОВЪ.

7 - НОЯ 2012

БІБЛІОТЕКА
Харківського Медич. Інституту
№ 5750
Шифр C-54.

ДИССЕРТАЦІЯ ПЕРЕВІРНО
1936

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНИ

ПРОВЕРЕНО

Э. М. СОБЪСТІАНСКАГО.

N 4061
1934

Библиотека-Чит. зал
Харьк. Гос. Мед. Ин-та и Института
Мед. юр. ф. 1879
Шифр. дес. "С" каттер 54

Ивл. № НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

Получено
1936 г.

ТИФЛИСЬ 1905 ГОДА.

Тип. А. И. Петрова, уголь Гриб, и Круzensht. ул. № 5.

Телефонъ типографіи № 397.

1950

Персе чет-60

7 - ИЮН 2012

На основании ст. 41 § 1 п. 4 и ст. 138 Унив. Уст. печать
разрешается. Декабря 23-го дня 1904 года.

Дозволено цензурою. Тифлиси, 12-го января 1905 года.

63852

Операция искусственного возбуждения преждевременных родов была впервые произведена английским врачом *Maschlaуemъ* въ 1736 году. Такое сравнительно позднее появление среди других акушерских операций указывает на то, что эта операция была не случайным открытием, а результатом целого ряда научных исследований въ области акушерства въ течение многих десятковъ лѣтъ. Точное изучение строения женскаго таза, головки новорожденного, механизма родовъ, а также наблюдений надъ жизнью случайно рожденныхъ недоносковъ, несомненно, предшествовали идее искусственного возбуждения преждевременныхъ родовъ. Разнообразныя мнѣнія объ изобрѣтательствѣ рассматриваемой операции говорятъ за возможность одновременнаго появленія данной идеи у акушеровъ различныхъ странъ при одинаковой степени развитія науки.

Не смотря на разумную и благотворную идею — «сохранить жизнь плода вмѣстѣ съ жизнью матери, не подвергая ни той, ни другой особенной опасности (Красовской), легшую въ основу операции искусственного возбужденія преждевременныхъ родовъ, послѣдняя весьма медленно завоевывала право на существованіе въ оперативномъ акушерствѣ. Эта медленность въ распространеніи, отчасти объясняется не совсемъ благоприятными результатами операции въ доантисептическое время, отчасти же, отсутствіемъ скорыхъ и надежныхъ способовъ возбужденія родовой дѣятельности. По справедливому замѣчанію профессора Феоменова распространенію новой операции не мало мѣшало то обстоятельство, что она предлагалась взамѣнъ операций, давно пріобрѣвшихъ право гражданства. Операция, предложенная вначалѣ въ интересахъ плода, главнымъ образомъ при узкихъ тазахъ, въ настоящее вре-

Харк. Мед. Институтъ
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА

мя производится при весьма разнообразных показаниях, какъ въ интересахъ плода, такъ и въ интересахъ матери. На четвертомъ международномъ конгрессѣ акушерства и гинекологій, бывшемъ въ Римѣ, профессоръ Schauta ¹⁾ привелъ детальную разработку показаний, съ которыми, съ нѣкоторымъ ограниченіемъ, большинство докладчиковъ согласилось. Вотъ перечень болѣзней, требующихъ, по его мнѣнію, искусственнаго прерыванія беременности. Нервные и психическія болѣзни: *polineuritis gravidarum*, *chorea*, *tetania* въ тяжелыхъ случаяхъ; тяжелые случаи наследственныхъ психозовъ; тяжелая *epilepsia*. Болѣзни органовъ чувствъ и кожи: *retinitis*, упорные случаи *pruritus*, *pythiriasis versicolor*, *eczema*, *pemphigus* и особенно *herpes gestationis*. Болѣзни органовъ дыханія: быстро прогрессирующей легочной туберкулезъ, милдарный туберкулезъ (для спасенія плода). Болѣзни сердца: *stenosis valvulae mitralis*. Болѣзни пищеварительнаго аппарата: истощающій *ptyalismus*, *haematemesis* (съ пѣзью спасти жизнь плода), *icterus gravis*, *tumor hepatis malignum*, *hyperemesis*. Болѣзни мочевыхъ путей: *albuminuria*, *haemoglobinuria*, *nephritis*, *oelampsia*, *pyelonephritis*. Болѣзни крови: *leikemia lienalis*, *anaemia perniosa* (въ интересахъ плода), *haemophilia*, *purpura et morbus maculosus Werthoffi*, тяжелые случаи кахексій. Болѣзни обмена веществъ: *diabetes*, *osteomalacia*. Инфекціонныя заболѣванія: *typhus abdominalis* въ первые дни проявленія болѣзни. Агонія беременныхъ въ результатѣ какой бы болѣзни она ни была (для спасенія жизни плода).

Методовъ, предложенныхъ для искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, очень много. Съ 1756 года, года изобрѣтенія этой операціи, по настоящее время, т. е. за періодъ почти въ полтора столѣтія, было предложено болѣе семидесяти способовъ, при чемъ только нѣсколько изъ нихъ основаны на самостоятельныхъ принципахъ, большинство же способовъ представляютъ собой ту или другую модификацію.

Указанная цифра, съ одной стороны, служитъ лучшимъ доказательствомъ отсутствія безопасно-надежныхъ способовъ, а съ другой стороны, свидѣтельствуетъ о въполнѣ естественномъ стремленіи со стороны врачей усовер-

шенствовать технику операціи, въ основѣ которой лежитъ гуманная идея спасенія жизни матери и младенца. При дальнѣйшемъ изложеніи предложенныхъ способовъ мы будемъ придерживаться слѣдующаго порядка по группамъ.

1. Группа—способы механически раздражающіе внутреннюю поверхность матки:

А) ТѢЛО ЕЯ.

1. Проколъ яйцевыхъ оболочекъ:

- а) Въ зѣвъ пальцемъ—Macaulay 1756 г.
- б) — катетеромъ—Scheel 1799 г.
- в) Выше зѣва—Hopkins 1814 г.
- г) Специальнымъ троакаромъ—Meissner 1840 г.

2. Внутриматочныя инъекціи между оболочками и стѣнками матки (Schweighauser 1825 г.):

- а) Выпрыскиваніе дегтярной воды черезъ особую оловянную трубочку—Cohen 1846 г.
- б) Выпрыскиваніе черезъ особую серебряную трубочку—Красовскій
- в) Выпрыскиваніе черезъ особую эластическую трубочку—Лазаревичъ.
- г) Выпрыскиваніе глицерина—Polzer 1891 г.
- д) Выпрыскиваніе при помощи кружки Эсмарха—Kufferath 1895 г.

3. Отдѣленіе яйцевыхъ оболочекъ въ нижнемъ сегментѣ матки:

- а) Пальцемъ—Hamilton 1812 г.
- б) Роговымъ катетеромъ—Rieke 1827 г.
- в) Каучуковымъ пузырьемъ—dilatateur intrauterines Tarnier 1862 г.

- г) Модификация Daudé 1863 г.
- д) Модификация Zerini и Moyné.
- е) Баллонъ Champetier de Ribes 1888 г.
- ж) Баллонъ Meller'a 1900 г.
- з) Предложение Schauta.
- и) Предложение Maurer'a 1887 г.
- л) Баллонъ Boissard'a.
- к) Баллонъ д-ра Коптева.
- м) Модификация проф. Толочникова и Saenger'a.
- н) Катетеръ Коидомъ Blasen Greder'a
- п) Неэластический метрейринтеръ Baumm'a 1901 г.
- о) Расширитель Emmel'a.
- р) Способъ Saft'a.

4. Введение бужей:

- а) Съ немедленнымъ удалениемъ восковыхъ бужей—Zehmann 1848 г.
- б) Съ немедленнымъ удалениемъ эластического катетера—Maupre, Merrem.
- в) Съ оставлениемъ эластического катетера—Simson-Krause 1855 г.
- г) Съ оставлениемъ целюлоиднаго—Olshausen.
- д) Способъ Peri 1904 г.

Б) ШЕЙКУ:

- а) Помощью прессованной губки—Brunninghausen 1820 года.
- б) Помощью прессованной губки вводимой особыми щипцами Kluge.
- в) Помощью прессованной губки вводимой ланцетомъ съ пружиной Zovati.
- г) Помощью особыхъ расширителей шейки для введения губки Mende.
- д) Помощью палочекъ ляминария—Wilson и G. Braun.
- е) Помощью палочекъ тунелло.
- ж) Помощью палочекъ корня гентяны.
- з) Введение йодоформовой марли въ шейку—Hofmeister.

и) Введение йодоформовой марли въ шейку и во влагалище—Лебедевъ.

й) Введение ватныхъ тампоновъ смоченныхъ въ глицеринъ—Kebber.

к) Введение животного пузыря—Schnackenberg 1831 г. (Sphenosiphon).

л) Каучуковымъ кольцеиринтеромъ—Barnes 1863 года.

м) Соединение кольцеиринтера съ кружкой Эсмарха—A. Kurrer 1903 года.

н) Металлические расширители Oziander'a, Krause, Ellinger'a, Busch'a, Moriceau, Bossi и его модификации; Tornier, Schwarzenbach'a.

о) Выприскивание „pomade dilatatrice“—Chaussier 1829 г.

II. Группа—рефлекторное раздражение:

1) Тампонация влагалища:

- а) Корнией—Schöeler 1841 г.
- б) Животнымъ пузыремъ—телячьимъ Häter 1843 г.
- в) Животнымъ пузыремъ—свинымъ Schmidt 1854 г.
- г) Пелотообразнымъ кожнымъ пузыремъ съ каучуковой трубкой—Bousch 1852 г.
- д) Каучуковымъ кольцеиринтеромъ—Braun 1851 г.

2) Влагалищные души:

- а) Восходящие—Kiwisch 1846 г.
- б) Выприскивание горчичьей воды въ 40°—R. Runge.
- в) Перемывные—Schroder.

3) Души съ углекислотой—Scanzoni 1856 г.:

4) Раздражение губкой:

- а) Прикладываниемъ мушекъ и горчичниковъ—Friederichs 1839 г.
- б) Сухими банками—Scanzoni.

в) Электрическая кровососная банка—H. Freund.

5) *Массаж матки:*

- а) Распирение дна матки—d'Outrepoint, Ulsamer 1822 г.
- б) Распирение дна матки сь трепьемъ и пощипыва-
ниемъ маточной шейки—Ritgen.

6) *Обция ванны*—Gardien 1842 г.:

III. *Группа—электричество:*

1. Гальванический токъ—Schreiber 1843 г.
2. Индукционный токъ—Hoenig 1857 г.

IV. *Группа—фармацевтическихъ средствъ:*

- а) Спорынья—Bongiovanni 1827 г. Ramsbotham.
- б) Cornutin Kobert'a—1886 г. Erhard.
- в) Гид растит. С.-Петербург. Родовспом. Завед. 1886
года.
- г) Хининъ—Saure.
- д) Пилокарпинъ подкожно—Массманъ 1878 г.

Въ 1756 году англійскій врачъ Macaulay *) впервые воспользовался, давно до него извѣстнымъ наблюдениемъ надъ непродолжительнымъ и непрерывнымъ наступле-
ниемъ родовъ, вслѣдъ за отхождениемъ воды, применивъ его для искусственнаго прерыванія беременности. Разрывъ пузыря Macaulay произвелъ указательнымъ пальцемъ, за-
ведя его за внутренней зѣвъ матки. Послѣдователи Macaulay'a: Kelly и Deutman подробнымъ описаніемъ собственныхъ
наблюдений много способствовали распространенію указан-
ной операціи, какъ въ Англии, такъ и въ прочихъ госу-
дарствахъ. Способъ Macaulay'a подвергся измѣненіямъ, при-
чемъ наиболее существенное измѣненіе было предложено
Hopkins'омъ въ 1814 году; послѣдній, считая полезнымъ
сохраненіе хотя-бы части околоплодныхъ водъ для болѣе

усиленнаго раскрытія зѣва, предложить разрывъ пузыря
производить не въ зѣвъ, а прокалывать выше.

Идея Hopkins'a была осуществлена въ 1840 году
Meissner'омъ, придумавшимъ спеціальную троакаръ для этой
цѣли. Проколъ оболочекъ въ зѣвъ катетеромъ, вмѣсто
пальца, предложенный въ 1799 году Scheel'омъ, не пред-
ставляетъ собой существеннаго видоизмѣненія рассматри-
ваемого способа. Профессоръ Лазаревич *) для разрыва
пузыря употреблялъ заостренный китовый усъ. С. Braun *)
надѣвалъ заостренное гусиное перо на маточный зондъ, та-
кимъ образомъ, что конецъ послѣдняго закрывается со-
бой острие; введя въ матку инструментъ и перешли въ
пузырь, онъ вытягиваетъ зондъ обратно, а перомъ надави-
вается на пузырь, который легко проникаетъ въ полость
яйца. Инструментъ Wenzel'a *)—выдвигающийся стилъ
изъ полой трубочки и инструментъ Kluge *)—представля-
ющій собой трубочку съ остриемъ, соединенную съ сифо-
номъ, поршень котораго выдвигаясь, разряженіемъ возду-
ха втягиваетъ и прокалываетъ остриемъ оболочки, являются
излишнимъ инструментальнымъ балластомъ. Растираніе
дна матки черезъ брюшные покровы передъ прокалыва-
ніемъ пузыря, представляетъ собой весьма полезный со-
вѣтъ, облегчающій операцію, а отчасти предупреждающій
случайное пораненіе подлежащей части.

Для оцѣнки способа Macaulay'a мы не станемъ приво-
дить отдѣльныхъ мнѣній авторовъ, ибо всѣ согласны, что
способъ этотъ безусловно надежный и что, вслѣдъ за ис-
теченіемъ околоплодныхъ водъ, спавшееся яйцо даетъ
неизменный толчокъ къ сокращеніямъ матки. Согласны
также всѣ въ его существенныхъ недостаткахъ. Отъ мо-
мента прокола оболочекъ до начала родовой дѣятельности
обыкновенно проходитъ довольно значительный промежу-
токъ времени въ среднемъ отъ 12—24 часовъ (Seanzoni *);
описаны случаи, гдѣ родовая боля наступали черезъ 4—5
дней (Красовскій); появленіе-же болей черезъ нѣсколько
часовъ послѣ операціи наблюдается весьма рѣдко. Шансы
на введеніе инфекции при отсутствіи пузыря и затяну-
вшемся періодѣ раскрытія новшества. Благодаря раннему
отхожденію водъ, родовая боля часто принимаютъ судо-

рожный характер; последнее объясняется отсутствием эластического, напругающегося во время схватки пузыря, роль которого возлагается на подлежащую часть, в большинстве случаев на твердую головку. Вследствие раннего истечения воды и непосредственного обхватывания плода стенками матки, кровообращение как в сосудах матки, так и в сосудах пуповинных нарушается, что подвергает жизнь плода опасности. Прокол оболочки при закрытой шейке, особенно у пернородящих представляет некоторые затруднения; употребление острых инструментов иногда влечет за собой поранения подлежащей части и маточной шейки.

В 20 случаях **Meissner's** *) старшего 16 детей остались в живых и все матери. Из 170 родильниц собошеннх **Hoffmann's** 18 заболело, 9 умерло; из 178 детей 110 родилось живыми, 68 мертвыми. У **C. Braun'a** из 39 детей 27 живых; **Herrfeld** из 53 детей 35 живых. Общее число детей родившихся живыми при проколе оболочки составляет 64,7%. В общем нужно сказать, что способ идущий в разрезъ съ физиологическим течением родов (ранний разрыв пузыря) не может считаться удовлетворительным. Широкое применение его въ прежнее время говоритъ только за отсутствие другихъ лучшихъ способовъ; въ настоящее-же время онъ является только вспомогательнымъ средствомъ въ тѣхъ случаяхъ, когда вельдь за применениемъ другихъ способовъ маточный зъвъ достаточно раскрытъ, а роды не совершаются.

Въ 1825 году **Schweighäuser** *) разбирая способъ **Hamilton'a**, предлагалъ отслаивать оболочки отъ стенокъ матки не пальцемъ, а впрыскиваніемъ воды разной температуры. Способъ этотъ впервые былъ примененъ **Cohen's** *) въ Гамбургѣ 1846 г., почему въ литературѣ онъ и извѣстенъ подъ названіемъ **Schweighäuser-Cohen'a**. Для впрыскиванія жидкости между внутреннею поверхностью матки и оболочками плоднаго яйца **Cohen** *) предложилъ оловянную трубку длиною около 6", тонкій конецъ которой съ 4-мя боковыми отверстиями вводится въ матку, другой же болѣе толстый конецъ сообщается съ клизопомпомъ;

черезъ трубку **Cohen** вырскивалъ до 24-хъ унцій дегтярной воды **Wagening** совѣтовалъ вырскивать настой спорыни; большинство-же авторовъ впрыскивали чистую воду въ 28° R.

Красовскій *) предложилъ особую серебряную трубку, длиною въ 35 сантим., изогнутую на подобіе зонда **Kiwisch'a**; на концѣ трубка имѣетъ 5 отверстій; трубка соединяется съ сифономъ, на стержнѣ поршня котораго имѣются дѣленія; трубка вводится въ матку на поперечной кровати; продвинувъ трубку на 10—15 сантим., по возможности придерживаясь передней стѣнки матки, прижимаютъ къ маточному зъву губочку проитанную масломъ и надѣтую на трубку и этимъ самымъ препятствуютъ обратному паденію жидкости изъ полости матки. Впрыснувъ около 4-хъ унцій воды, сифонъ удаляютъ, наружное-же отверстие трубки закрываютъ пальцемъ; черезъ 10 минутъ, отнявъ палецъ и выпустивъ жидкость, беременной разрешаютъ ходить.

Профессоръ Лазаревичъ *) придумалъ для впрыскиванія эластическую конусообразную трубку, имѣющую только одно отверстие на закругленномъ концѣ; для предупрежденія сгибанія трубки въ нее вводится проволока; трубка соединяется со шпирелемъ, которымъ вырскиваетъ около 7 унцій воды. Такое видоизмѣненіе трубки даетъ возможность вырскиваемой жидкости достигать до дна матки, гдѣ она въ некоторое время и задерживается.

Въ 1891 году **Pelzer** *) предложилъ вмѣсто воды вырскивать обезжиренный глицеринъ въ количествѣ 50—100 граммъ, но совѣтъ этотъ былъ вскорѣ оставленъ, такъ какъ было замѣчено, что вельдь за впрыскиваніемъ глицерина появлялась кровяная моча и воспаление почекъ.

Профессоръ Kufferath *) на 13-мъ съѣздѣ акушеровъ, гинекологовъ и педиатровъ, бывшемъ въ 1895 году въ Бордо, сдѣлалъ докладъ объ упрощенномъ способѣ отслаиванія оболочки съ цѣлью искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ. Докладчикъ находилъ различныя инструменты, предложенныя для вызванія преждевременныхъ родовъ сложными и не всегда доступными

для врачей в провинции, предлагает для вызывания преждевременных родов пользоваться обыкновенной кружкой Эсмарха с прямым цилиндрическим стеклянным наконечником. После тщательной дезинфекции наружных половых органов и влагалища, пропустив первую струю и выгнав воздух из трубки, вводят по пальцу левой руки наконечник в шейку, таким образом, что конец наконечника был-бы на уровне внутреннего зъва; кружку с дистиллированной водой держать на 50 сантим. над уровнем таза. Впрыскиваемая жидкость в матку легко уравнивает оболочки яйца от нижнего сегмента, частью оставаясь в матке, частью-же вытекая обратно.

Через кружку Kufferath пропускается 1 литр воды, после чего удаляют наконечник. Автор очень доволен этим способом, при чем приводит 6 случаев (5 преждевременных родов, 1 выкидыш) из своей практики, где преждевременные роды были вызваны описанным способом. Схватки обыкновенно появлялись через 5—6 часов после внутриматочной ирригации; иногда при слабых родовых болях приходилось ирригации повторять 3—4 раза в течении суток. Из пяти приводимых случаев искусственного возбуждения преждевременных родов 4 раза показанием служила злость таза, при чем *conjugata vera* колебалась от 6 до 8 сантим.; в одном случае показанием служила эклампсия; три раза пришлось автору искусственно порвать пузырь; 1 раз роды окончены симфизиотомией (6 смт. *conjugata vera*), два раза щипцами; четверо детей родилось живыми, один мертвым; матери выписаны здоровыми. Особых осложнений при практикуемом способе автор не наблюдает, исключая одного случая, где во время ирригации появились сильные колики в матке. Профессор Tarnier возразил докладчику, находя предлагаемый способ не совсем безопасным: при плотно обхватившей шейку наконечник, большое количество жидкости может задержаться в матке с дурными последствиями для беременной, кроме того со струей жидкости может вернуться воздух в маточные вены и дать летальный исход.

Нить сомнения, что предлагаемый профессором Kufferath'ом способ весьма прост, тем первая цель автора достигнута; что касается его вѣрности и безопасности, то приводимые автором 6 случаев еще не дают ответа на затронутые вопросы; автор сам указывает, что в одном случае пришлось внутриматочная ирригация в течении суток производить 4 раза, порвать пузырь и роды окончить щипцами. Относительно возможности задержания в матке большого количества жидкости, которое, по нашему мнению, кроме коллик может повлечь преждевременное отслаивание детского места, докладчик, предусматривая это осложнение, советует при задержке обратного тока жидкости из матки вынуть на время наконечник, выпустить избыток жидкости и снова ввести наконечник для последующих инъекций; совет не обоснован на цифровых данных, а потому остается неизвестным какое количество безвредно должно задерживаться в матке.

Способ Cohen'a широко применялся в 50—60 годах; с обнародованием-же нескольких случаев внезапной смерти, происшедшей от воздушной эмболии при введении трубочки, способ стал терять своих приверженцев, и в настоящее время почти всеми оставлен.

Prof. Ahlfeld в своем руководстве к акушерству даже не упоминает о нем. Профессор Spiegelberg²⁾ категорически заявляет о его непригодности. Къ отрицательным сторонам этого способа относят: возможность воздушной эмболии, легкая возможность внесения инфекции, частое повреждение детского места, сопровождающееся кровотечением и наблюдаемое нередко прорядение оболочек плацда со всеми его последствиями. Хотя способ Cohen'a считается довольно действительным, тем не менее описаны случаи, где только после десяти впрыскиваний наступала родовая деятельность. На 85 случаев³⁾ искусственного возбуждения родов впрыскиваем в матку, в 30-ти дети родились мертвыми (35%); профессор Красовский упоминает о трех своих смертельных случаях, побудивших отказаться от разбираемого способа. Из трех случаев С.-Петербур-

скаго родовспомогательнаго заведения, оперированных по способу **Cohen'a**, въ одномъ случаѣ наблюдалось вхожденіе воздуха въ вены матки, причѣмъ смерть наступила черезъ 2 дня отъ септиеміи.

Механизмъ дѣйствія разбираемаго способа сводится къ раздраженію внутренней поверхности матки жидкостью, которая дѣйствуетъ своимъ напоромъ и температурой; происходящая отслойка оболочекъ плода отъ стѣнокъ матки поддерживаетъ раздраженіе въ дальнѣйшемъ.

Защитникомъ способа **Cohen'a**, а вѣрнѣе сказать своего видоизмѣненія, является профессоръ **Лазаревичъ** ²⁾; послѣдній придаетъ громадное значеніе достиженію жидкости при вырскиваніи до дна матки, т. е. до части ея болѣе чувствительной къ раздраженію. Въ подтвержденіе высказаннаго мнѣнія профессоръ **Лазаревичъ** приводитъ собственныхъ 19 случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ и нѣсколько случаевъ своихъ послѣдователей. Изъ 19 случаевъ 12 разъ требовалось по одному вырскиванію и въ 7 случаяхъ по два. Роды длились, за исключеніемъ двухъ случаевъ, отъ 3 1/2 час. до 36 часовъ; средняя ихъ продолжительность была около 19 часовъ, въ одномъ случаѣ они длились двое сутокъ, а въ другомъ окончились только на 9-й день послѣ вырскиванія. Въ 15 случаяхъ плодъ родился живымъ и въ 3-хъ мертвымъ, изъ нихъ двое умерло до операціи.

Въ 1812 году **Hamilton** ³⁾ сталъ вызывать искусственные преждевременные роды отвлѣченіемъ палочкы оболочекъ пальцемъ отъ стѣнокъ матки въ нижнемъ ея сегментѣ; случаи свои **Hamilton** обнародовалъ въ 1836 году. По указанію однихъ авторовъ этотъ способъ впервые былъ примененъ въ 1804 году **Joseph Jones'омъ** и затѣмъ **Sims'омъ**, по другимъ **Merriman'омъ**. Первые искусственные роды въ Россіи были вызваны разбираемымъ способомъ въ Або профессоромъ **Тиббеген'омъ** 1804 г. Ни способъ **Hamilton'a** ни видоизмѣненіе его — замѣна палочка роговымъ катетеромъ (**Rieke** 1827 г.) не привились въ практикѣ, благодаря своей ненадежности. Идея же **Hamilton'a** — отслаиваніе оболочекъ отъ нижняго сегмента матки, отчасти легла въ основу способа предложеннаго француз-

скимъ акушеромъ профессоромъ **Tarnier** и послѣдующихъ его измѣненій.

Въ 1862 году **Tarnier** ⁴⁾ для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ предложилъ аппаратъ, состоящій изъ каучуковой трубки и металлическаго проводника. Трубка каучуковая длиною въ 30 сантим., толщиною въ гусиное перо на одномъ концѣ представляется глухой; стѣнки глухого конца на разстояніи 4 сантим. болѣе тонкостыни нежели остальная часть трубки и при инъекціи вода растягиваются въ небольшой шарикъ. Посредствомъ особаго проводника изгибающаго видъ желобоватаго зонда съ ручкой, глухой конецъ трубки вводятъ въ матку на 3 сантим. выше внутренняго зѣва между яйцомъ и передней стѣнкой матки. Вырскинувъ сифономъ въ трубочку теплую воду въ количествѣ 50., свободный конецъ трубочки перевязываютъ ниткой, затѣмъ, вынувъ проводникъ, беремцой разрѣшаютъ быть на ногахъ. По увѣренію автора черезъ 3—4 часа появляются схватки, а черезъ 10—12 часовъ шарикъ выбрасывается изъ матки. Способъ **Tarnier** основанъ на раздраженіи нижняго сегмента матки; растянутый жидкостью баллонъ, частью отслаиваніемъ оболочекъ въ нижнемъ сегментѣ матки, частью какъ постоянное тѣло вызываетъ маточныя сокращенія.

Баллонъ **Tarnier**, благодаря своему небольшому размѣру, не пригоденъ для достаточнаго раскрытія маточнаго зѣва, послѣ котораго уже начавшаяся родовая дѣятельность не останавливается; онъ выпадаетъ вскорѣ послѣ начала родовыхъ болей при небольшомъ раскрытіи маточнаго зѣва; помимо сказаннаго къ недостаткамъ баллона нужно отнести его непрочность.

Модификація аппарата **Tarnier**, предложенная въ 1863 году **Daudé** ⁵⁾, направленная главнымъ образомъ на расширеніе середины канала шейки и модификація **Zepine** и **Moyné**, представляющая собой катетеръ съ маленькимъ шарикомъ надуваемымъ воздухомъ послѣ введенія въ матку, не имѣя никакихъ преимуществъ передъ способомъ **Tarnier**, не получили распространенія.

Въ 1888 году **Champetier de Ribes** предложилъ баллонъ трехъ размѣровъ конусообразной формы изъ шелковой

материи, покрытый снаружи и внутри слоем каучука; описание и употребление баллона мы заимствуем из акушерства Ribemont-Dessaignes et Zejage. Большая модель имеет форму удлиненного конуса длиной 10—12 сантимет; при наполнении округлость основания равна 31 сантимет; конус удлиняется в трубку, а длина последней 65 мил.; округлость на мѣстѣ перехода 9 сантимет; ось конуса съ осью трубкой образуетъ уголъ въ 135°; баллонъ непосредственно переходитъ въ гутаперчевую трубку, конецъ которой закрывается краномъ. Баллонъ вводится въ матку особымъ пинцетомъ, который послѣ инъекцій жидкости удаляется, баллонъ-же закрывается краномъ. Сильнаго наполнения баллона сразу производить не слѣдуетъ, ибо схватки тогда наступаютъ медленно. Если проходить 2—3 часа съ момента введения баллона, и родовая дѣятельность не появляется, производить за резиновую трубочку нѣсколько тракцій внизъ дабы толкнуть баллонъ широкой частью въ нижній сегментъ; если баллонъ не спускается, то выпускаютъ отъ 60—100 граммъ жидкости, послѣ чего обыкновенно сокращения матки появляются; если-же сокращения принимаютъ характеръ слишкомъ частыхъ и сильныхъ, снова вводятъ въ баллонъ выпущенную жидкость всю или частью, руководствуясь силой сокращеній.

Изъ сказаннаго видно, что при наполненіи баллона въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ должно руководствоваться индивидуальной возбудимостью матки. При наступленіи правильныхъ родовыхъ болей въ среднемъ приходитъ баллонъ наполнять до величины дѣтской головки. Схватки послѣ введения баллона Champetier de Ribes обыкновенно начинаются черезъ 3 часа. Роды кончаются черезъ 6—10 часовъ послѣ введения баллона; въ рѣдкихъ же случаяхъ затягиваются до 48 часовъ. Вегетъ за рожденіемъ растянутого баллона, происходившаго обыкновенно почти при полномъ раскрытіи маточнаго зѣва, рождается векорѣ плодъ. Самъ авторъ теченіе родовъ при своемъ способѣ сравниваетъ съ родами при двойняхъ, при чемъ роль перваго плода играетъ баллонъ; послѣ рожденія баллона родовые пути настолько раскрыты и подготовлены, что рожденіе плода происходитъ легко.

Большая модель баллона Champetier de Ribes применяется при предлежаніи дѣтскаго мѣста, при гиностономъ плодѣ и во всѣхъ случаяхъ, гдѣ скоро нужно окончить роды. Наиболее удобными мѣсяцами беременности для большей модели представляются 8-й—9-й—10-й; въ это время внутренней маточной зѣвы у многородящихъ настолько растяжимы, что баллонъ безъ особыхъ препятствій вводится въ матку. Средняя модель применяется на 5—7-мъ мѣсяцѣ беременности, а малая въ первые пять мѣсяцевъ беременности. Обѣ эти модели съ успѣхомъ нѣсколько лѣтъ применяются въ клиникѣ Baudeloque'a, при чемъ Wallieh даетъ слѣдующее описание. Меньшая и средняя модели имеютъ правильно-коническую форму; верхушка конуса слегка усѣчена; отъ нея идетъ длинная трубочка оканчивающаяся зажимомъ. Размѣры меньшей модели: округлость основания конуса 155 милла; вершина конуса въ округлости 25 миллинъ, высота—50 миллинъ, вмѣстимость конуса 40 граммъ. Размѣры средней модели: округлость основания 245—250 милла; округлость высоты конуса 90 миллинъ. Такъ какъ только большая модель баллона Champetier de Ribes предназначена для ввѣщанія преждевременныхъ родовъ, то на ней и остановимся.

Для оцѣнки способа Champetier de Ribes неизмѣннаго большого распространенія, мы воспользуемся семью случаями описанными докторомъ Побѣдинскимъ изъ Московской клиники профес. Макѣева. Въ пяти случаяхъ показаніемъ къ прерыванію беременности послужило служеніе таза (наружи. conjug. 16—17½ с., conjug. vera 8 с.; прерываніе беременности произведено въ 4-хъ случаяхъ на 36 недѣлѣ, а въ одномъ—на 38 недѣлѣ); въ одномъ случаѣ показаніемъ служилъ нефритъ, а въ одномъ рубцы влагалища. Изъ 7 дѣтей двое родились мертвыми. Въ 5-ти случаяхъ роды окончились оперативнымъ путемъ (поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ 2, поворотъ, перфорат. 1, пинци 2), а въ двухъ случаяхъ окончились произвольно; всѣ родильницы живы и здоровы; въ трехъ случаяхъ пузырь разорвался при введеніи баллона, а въ 3-хъ разорванъ искусственно почти при полномъ откры-

63852

ПЕРЕВІДЪ

1936

БИБЛИОТЕКА

Харьковскаго Мѣдич. Института

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

3750

ти зѣва; въ двухъ случаяхъ баллонъ родился самопроизвольно (черезъ 9—14 час.), въ пяти случаяхъ вследствие потягиванія роженицы или постоянного притяженія ею къ краю кровати (2—7 час.); послѣ рожденія баллона открытіе зѣва было не менѣе 4-хъ пальцевъ; что касается скорости появленія родовой дѣятельности вслѣдъ за введеніемъ баллона, то о ней упоминается только въ двухъ случаяхъ—черезъ 1—1½ часа.

Сравнивая баллонъ *Champetier de Ribes* съ метрейринтеромъ докторъ Побѣдинскій *) считаетъ недостаткомъ баллона невозможность его введенія въ матку, особенно у первородящихъ, безъ предварительнаго расширенія шейки; помимо того шелковый баллонъ при наполненіи оказался не прочнымъ и легко лопающимся; во время притяженія его гуттаперчевая трубка, прикрѣпленная къ баллону, иногда отрывается.

Однимъ изъ существенныхъ недостатковъ баллона *Champetier de Ribes* считается наблюдаемое при немъ измѣненіе положенія плода съ переходомъ въ поперечное и косое и съ выпаденіемъ пуповины при отхожденіи воды; эта перемѣна въ положеніи объясняется большою величиною баллона, выполняющаго собой нижній сегментъ и этимъ самымъ препятствующаго установленію головки.

Частый разрывъ пузыря, отмѣчаемый при введеніи баллона въ матку, составляетъ также недостатокъ баллона. Намъ сдается, что баллонъ *Champetier de Ribes*, дѣйствующій кромѣ возбужденія сокращеній матки непосредственнымъ механическимъ расширеніемъ маточной шейки и нижняго сегмента, въ примѣненіи долженъ быть ограниченъ только тѣми случаями, которые по роду своей близости требуютъ возможно быстрого окончанія родовъ.

Mueller **), считая способъ *Krause* совершенно ненадежнымъ, совѣтуетъ примѣнять метрейризмъ. Лучшимъ баллономъ онъ считаетъ *Champetier de Ribes*, но такъ какъ послѣдній дорогъ и часто рвется, то *Mueller* предлагаетъ не эластическіе баллоны изъ крѣпкой ткани, приготовляемые въ Мюнхенѣ у *Stiefenhofera*. Баллонъ этотъ вкладывается въ матку, къ висячей-же трубкѣ привѣшиваютъ тяжесть

отъ 1—4 килограммъ. Обыкновенно черезъ 5—7 часовъ баллонъ рождается, при ригидной или рубцовой шейкѣ рожденіе баллона затягивается до 30 часовъ. Если плодъ не рождается въ теченіе двухъ часовъ вслѣдъ за баллономъ, то роды окончиваютъ поворотомъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ.

Schauta ***) совѣтуетъ, при раннемъ отхожденіи воды въ случаяхъ поперечнаго положенія, вводить въ матку кольцеяринтеръ *Brauna*); послѣдній подъ вліяніемъ внутриполостнаго давленія матки вгоняется какъ клинъ въ шейку быстро и бережно раскрывая ее.

Maurer ***) въ 1887 году для быстро раскрытія зѣва предложилъ къ введенію въ матку кольцеяринтеру приложить послѣдовательное потягиваніе.

Докторъ Побѣдинскій примѣнялъ въ 13 случаяхъ кольцеяринтеръ *Brauna*), вводя его въ матку для возбужденія преждевременныхъ родовъ; въ 9-ти случаяхъ введенный кольцеяринтеръ въ матку притягивался съ большою или меньшею силой не постоянно, но съ перерывами до выхода его изъ матки; въ трехъ случаяхъ конецъ трубки кольцеяринтера привязывался марлевой тесьмой къ ножному краю кровати, чѣмъ и производилось постоянное притяженіе до изгнанія кольцеяринтера изъ матки. Въ десяти случаяхъ роды окончены поворотомъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ; одинъ разъ послѣ неудавшаго извлеченія произведена перфорация послѣдующей головки; одинъ разъ наблюдался глубокій разрывъ маточной шейки, потребовавшій наложенія швовъ; 11 дѣтей родилось живыми, одинъ изъ нихъ умеръ черезъ ¼ часа.

Докторъ Побѣдинскій на ряду съ другими выводами приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: введеніе кольцеяринтера за внутреннее отверстіе матки представляется возможнымъ у многородящихъ уже съ 32 недѣли; у первородящихъ въ послѣдній недѣли иногда удается также безъ насилія ввести кольцеяринтеръ; въ противномъ случаѣ авторъ прибѣгаетъ къ вставленію бука на 5—6 часовъ.

Наблюдаемое послѣ изгнанія кольцеяринтера ослаб-

ление родовых болей, обыкновенно может измениться в усиление их, послѣ разрыва пузыря; случайный разрывъ пузыря, наблюдаемый при введении кольцеобразнаго прибора, не имѣетъ дурныхъ послѣдствій, такъ какъ кольцеобразный приборъ замѣняетъ напавшуюся плодная пузырь.

Намъ кажется, что окончание родовъ въ 10-ти случаяхъ изъ 13 путемъ поворота съ послѣдующимъ извлечениемъ безъ особыхъ показаній къ оперативному вмешательству, за исключеніемъ одного случая—перерыва положения, характеризуетъ разбираемый методъ искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ съ отрицательной стороны. Правда, открытіе зѣва послѣ выхода кольцеобразнаго прибора изъ матки колеблется отъ 3 пальцевъ до почти полнаго открытія, однако, повидимому, дальнѣйшее проявленіе родовой дѣятельности было недостаточно энергично, дабы можно было предоставить роды до конца собственному теченію. Хотя оперативнымъ вмешательствомъ—поворотомъ съ послѣдующимъ извлечениемъ, теченіе родовъ значительно сократилось, продолжаясь въ среднемъ нѣсколько часовъ, тѣмъ не менѣе способъ, требующій для окончанія родовъ столь грубой операціи какъ поворотъ и излеченіе, далеко не можетъ считаться удовлетворительнымъ. При показаніи къ быстрому родоразрѣшенію разбираемый способъ найдетъ себѣ полное приложеніе. Кроме того должно замѣтить, что раскрытіе зѣва при кольцеобразномъ приборѣ главнымъ образомъ происходитъ на счетъ непосредственнаго механическаго растяженія шейки и только отчасти есть результатъ маточныхъ сокращеній.

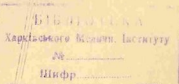
Boissard *) въ 1894 году предложилъ для искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ два баллона: одинъ меньшій, представляющій собой видоизмѣненіе баллона **Tarnier**, другой-же большій—напоминающій собой баллонъ **Champetier de Ribes**.

Меньшая модель, приготовляемая изъ каучука, представляетъ собой овальной формы расширеніе, переходящее въ трубку, длина которой равна 37 сантим., а окружность $1\frac{1}{2}$ сантим.; баллонъ въ пустомъ состояніи—плоскій, длиной въ 4 сантиметра, шириною $2\frac{1}{2}$ сантим.; въ напол-

ненномъ видѣ онъ достигаетъ размѣра средняго апельсина; окружность его равна 20 сантим., высота 7, вместимость 130—150 граммъ. Описанный баллонъ вводится въ матку за внутренній зѣвъ особой алюминиевой трубкой—проводникомъ, имѣющимъ въ длину 25 сантим.; послѣ наполненія баллона обезпложенною водою, алюминиевую трубку удаляютъ.

Большая модель баллона **Boissard'a** нѣсколько меньше большаго баллона **Champetier de Ribes**; она подобно послѣднему сдѣлана изъ перспиррированной ткани; баллонъ этотъ имѣетъ форму овоида; острымъ концомъ прикрѣпленъ къ кусочку твердаго каучука, отъ котораго идетъ крѣпкая резиновая трубка длиной 37 сантим., окружностью въ 3 сантим. Внутри баллона къ его верхушкѣ прикрѣпленъ двойной шнуръ, выходящій изъ резиновой трубки наружу. Баллонъ въ пустомъ видѣ вводится за внутренній зѣвъ посредствомъ желобоватаго, изогнутаго напередъ пинцета, имѣющаго въ длину 33 сантим., который затѣмъ вынимается. Наполнивъ баллонъ водою, тянуть за шнуръ до появленія наружу черной мѣтки, которая указываетъ о достиженіи желаемаго предѣла; тогда верхняя часть баллона представляется воронкообразно углубленною; большая окружность его въ такомъ видѣ равна 32 сантим., а вместимость 230 граммъ.

Преимущество меньшаго баллона **Boissard'a** передъ баллономъ **Tarnier** заключается въ большей его прочности и въ большей его величинѣ дѣйствующей раннему выталкиванію его изъ матки. Однако не должно забывать, что хотя при наполненіи баллона жидкостью въ количествѣ 130—150 граммъ, какъ предлагаетъ авторъ, окружность его равна 20 сантим. онъ выталкивается изъ матки при значительно меньшемъ діаметрѣ, постепенно вытягиваясь въ длину и раздвигаясь на подобіе несомнѣныхъ часовъ; открытіе зѣва матки послѣ выпавенія можетъ и не превышать 1—2 пальцевъ, а родова дѣятельность при такихъ условіяхъ не рѣдко останавливается. Что касается большаго баллона **Boissard'a**, приготовляемаго изъ перспиррированной ткани, то преимущество его передъ баллономъ **Champetier de Ribes** заключается въ его формѣ, принима-



смой имъ въ маткѣ, послѣ изведенія шнура. Воронкообразно уплощенная форма этого баллона не нарушаетъ правильного положенія плода; нижняя поверхность-же, приходя на большомъ протяженіи въ соприкосновеніе съ нижнимъ сегментомъ, раздражаетъ его, вызывая интенсивныя родовыя боли. Введеніе-же баллона Boissard'a въ матку подобно баллону Champetier de Ribes кронотивно, нѣсколько грубо, легко влечетъ разрывъ оболочекъ, а у первородящихъ иногда требуетъ предварительнаго расширенія шейки.

Докторъ Коптевъ ¹¹⁾ въ 1903 году для искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ предложилъ особый баллонъ, сущность котораго сводится къ слѣдующему. Резиновый баллонъ овоидной формы переходитъ своимъ болѣе узкимъ концомъ въ длинную упругую трубку. По поверхности баллона, въ направленіи отъ отводной трубки къ верхушкѣ купола проходятъ на извѣстномъ разстояніи другъ отъ друга, крѣпкія, нерастяжимыя нити, припаянная и залитыя резиной; послѣднія на верхушкѣ баллона, пройдя внутрь и свившись, образуютъ длинный внутренній тяжъ, конецъ котораго закрѣпленъ въ стѣнкѣ находящагося внутри отводной трубки цилиндра изъ твердаго каучука. На резиновую трубку надѣваются двѣ цилиндрическія гильзы изъ твердой роговой резины; одна изъ гильзъ плотно прилегаетъ къ резиновой трубкѣ, верхнимъ концомъ упирается въ самую нижнюю часть баллона; другая большая гильза надѣвается на малую.

Способъ употребленія состоитъ въ слѣдующемъ: расширивъ каналъ шейки расширителями Hegar'a до открытія на одинъ палецъ, вводятъ въ полость матки пустой баллонъ (авторъ не упоминаетъ какимъ инструментомъ вводятъ баллонъ), который послѣ умѣреннаго наполненія закрывается пробкой, находящейся въ отводной трубкѣ, на послѣднюю надѣваютъ малую гильзу; придерживая лѣвой рукой гильзу, правой потягиваютъ за отводную трубку, т. е. за проходящій въ ней тяжъ, причѣмъ баллонъ, уплощаясь, принимаетъ форму слегка от-

крытой воронки съ значительно увеличившимся поперечнымъ размѣромъ. При маломъ открытіи зѣва примѣняется малая гильза во избѣжаніе ущемленія краевъ зѣва; при большомъ открытіи на малую гильзу надѣвается большая.

Авторъ предлагаетъ два баллона: малый для предварительнаго открытія зѣва и для возбужденія родовой дѣятельности или усиленія, большой-же механическимъ расширеніемъ даетъ почти полное открытіе. Преимущество своего баллона передъ другими метрейнерами авторъ усматриваетъ въ возможности примѣняться къ существующимъ условіямъ роженицы и управлять разраженіемъ потягивая за шнуръ. Идея лежащая въ основѣ баллона доктора Коптева не нова; большая модель баллона Boissard'a основана на томъ же принципѣ; замѣна-же не растягивающейся ткани (Boissard) резиной заключенной въ гѣлую сѣть нерастягивающихся нитей на подобіе аэротата сильно усложняетъ притотовленіе баллона, не давая никакихъ особыхъ преимуществъ.

Увеличеніе поперечныхъ размѣровъ баллона всецѣло зависитъ отъ уменьшенія высоты баллона, производимаго потягиваніемъ за шнуръ; эластическія стѣнки баллона доктора Коптева поддерживаются нерастягиваемыми нитями, ограничивая расширеніе извѣстнымъ предѣломъ. Примѣненіе баллона доктора Коптева (меньшая модель, ибо она предназначена авторомъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ) весьма кронотивно и утомительно для врача; послѣдній, время отъ времени, долженъ потягивать за шнуръ для возбужденія родовой дѣятельности; баллонъ сложенъ, а потому по всей вѣроятности и не проченъ. Авторъ примѣняетъ свой баллонъ только въ одномъ случаѣ.

Въ 1898 году докторъ Мамутовъ ¹²⁾ описалъ способъ вызванія преждевременныхъ родовъ, примѣняемый профессоромъ Толочининымъ въ Харьковской акушерской клиникѣ. Способъ этотъ представляетъ собой видоизмѣненіе способа Tarnier. Каучуковая трубка аппарата Tarnier замѣнена металлической, на которой привязывается небольшой гутаперчевый баллонъ (дѣтскій воздушный

шарь). Захватив переднюю губу кулищангом, вводят пустой пузырь съ металлической трубкой за внутренней зѣвъ по пальцу; послѣ чего на наружный конец металлической трубки надвѣваютъ небольшой кусокъ резиновой трубки, черезъ которую вырываютъ въ пузырь отъ 90—120 грам. раствора $4\frac{1}{4}$ борной кислоты и завязываютъ трубку; влагалище слегка тампонируется йодоформовой марлей, а выстоявшій изъ половой щели конецъ металлической трубки подвизывается къ белу беременной.

При вытравливаніи пузыря съ металлической трубкой и маломъ открытіи зѣва, пузырь вводятъ снова въ матку, но уже вливають въ него больше жидкости, а именно 130—150 граммъ.

Изъ приводимыхъ докторомъ Мамутовымъ 20 случаевъ искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ за періодъ 8-го октября 1895 г. —20-го февраля 1898 года мы остановимся только на 12 случаяхъ, ибо въ двухъ случаяхъ роды были вызваны исключительно расширителями Braun'a и Barns'a, а въ шести случаяхъ беременность была нарушена при нежизнеспособныхъ плодахъ, а потому мы ихъ относимъ къ выкидышамъ, а не преждевременнымъ родамъ. Изъ двѣнадцати случаевъ 7 разъ показаніемъ къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ служилъ тазъ, 2 раза нефритъ, 1 разъ—эклампсія, 1 pleuro-pneumonia, 1 разъ предлежаніе дѣтскаго мѣста.

Въ 4-хъ случаяхъ роды окончились самопроизвольно, а въ 8-ми случаяхъ оперативнымъ путемъ, при чемъ 3 раза наложены щипцы, три раза внутренней поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ; 2 раза перфорация (1 разъ вслѣдъ за безуспѣшными щипцами). Минимумъ продолжительности родовъ 2 часа (предлежаніе плаценты, поворотъ, извлеченіе, морт); максимумъ 7 $\frac{1}{2}$ часа; средняя продолжительность 2 $\frac{1}{4}$ часа, 8 разъ родовая дѣятельность вызывалась исключительно разбираемымъ способомъ, а 4 раза вслѣдъ за вывавшимъ пузыремъ примѣнялся расширитель Barns'a, кольцеинтерьеръ Braun'a. (2 раза оба вмѣстѣ одинъ за другимъ). Изъ 12-ти случаевъ 4 раза пришлось повторно вводить пузырь, вслѣдствіе ранняго его выпаденія. Способъ описанный докторомъ Мамутовымъ

ненадеженъ, ибо въ $\frac{1}{2}$ случаевъ пришлось примѣнять вслѣдъ за пузыремъ расширитель Braun'a; онъ требуетъ повторнаго введенія баллона—въ $\frac{1}{2}$ случаевъ, далеко не безразличнаго для роженницы. Что касается его преимуществъ передъ баллономъ Tarnier, то нельзя не отмѣтить болѣе прочности пузыря и болѣе легкаго введенія въ матку.

Видоизмѣненіе аппарата Tarnier, предложенное Saenger'омъ ничѣмъ не отличается отъ модификаціи профессора Толочнинова, если не считать, что послѣдній къ металлической трубкѣ привязываетъ обыкновенный дѣтскій воздушный шаръ, а Saenger—особо приготовляемый баллончикъ.

Greder ²²⁾ къ концу эластическаго катетера привязываетъ резиновый кондомъ, на другой-же конецъ надвѣваетъ край изъ твердаго каучука; передъ введеніемъ катетера за внутренней зѣвъ матки провоятъ черезъ него проволочный мандринъ, дающій возможность придать эластическому катетеру любой изгибъ. Профессоръ Zweifel весьма одобрительно высказывается за данную модификацію аппарата Tarnier. Должно замѣтить, что Katheter Condom Blasen dr. Greder'a по существу ни чѣмъ не отличается отъ модификаціи профессора Толочнинова и Saenger'a, а потому мы останавливаться на немъ и не будемъ.

Впослѣдствіи Greder ²³⁾ эластическій катетеръ замѣняетъ металлическимъ, а кондомъ резиновыми баллонами различной величины.

Vaumm ¹⁴⁾ (Бреславль), находя не эластическій кольцеинтерьеръ лучше эластическаго, и въ то-же время, считая баллонъ Champetier de Ribes дорогимъ и легко портящимся, предлагалъ въ 1901 году для искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ свиной пузырь; послѣдній авторъ привязываетъ къ концу цинковой трубки, соединенной съ гуттаперчевой трубкой, черезъ которую напояняется пузырь, послѣ введенія его въ матку. Для удобнаго введенія пузыря черезъ шейку авторъ употребляетъ гнущуюся металлическую палочку, которая предвѣрительно вводится черезъ цинковую трубку въ пузырь. Способъ приготовленія свиного пузыря состоитъ въ слѣ-

дуошемъ: свиной пузырь надувается воздухомъ и сунутся; затѣмъ кладутъ его въ растворъ сулемы съ 96% спиртомъ 1:180 на 8 дней, послѣ чего сохраняютъ его въ спирту, а передъ употребленіемъ погружаютъ на нѣсколько минутъ въ растворъ лизола.

Emmet ¹³⁾ предложилъ расширитель конусообразной формы, верхушкой обращенной къверху. Докторъ Побѣдинскій, примѣнявшій его нѣсколько разъ считаетъ его непригоднымъ, ибо расширитель не можетъ постепенно раскрывать маточнаго зѣва, а дѣйствуетъ сразу на большую периферію.

Докторъ **Saft** ¹⁴⁾ (Бреславль) 1898 году описалъ семь случаевъ искусственно вызванныхъ преждевременныхъ родовъ посредствомъ глицерина, вводимаго въ матку въ рыбій пузырь. Съ этой цѣлью авторъ беретъ кондомъ, приготовляемый изъ плавательнаго пузыря рыбы, насаживаетъ его на полый бужъ и привязываетъ шелковой лигатурой. Проведя пузырь между яйцами и стѣнками матки, наполняютъ его черезъ каналъ бужа глицериномъ въ количествѣ 100 куб. сант., причемъ наружный конецъ бужа закрываютъ резиновымъ колпачкомъ. Появленіе родовой дѣятельности авторъ объясняетъ специфическимъ дѣйствіемъ глицерина, диффундирующаго черезъ оболочку пузыря. **Saft** примѣнялъ свой способъ въ 7-ми случаяхъ, при чемъ въ 4-хъ случаяхъ, при впрыскиваніи въ пузырь 60 куб. сант. глицерина, роды длились въ среднемъ 108 часовъ, а въ 3-хъ случаяхъ, при впрыскиваніи 100 куб. сант., продолжительность родовъ въ среднемъ равнялась 52 час. Явленія отравленія глицериномъ авторъ ни разу не наблюдалъ. Способъ предлагаемый **Saft**омъ нельзя считать надежнымъ; возбуждаемая родовая дѣятельность при немъ весьма вялая, роды длятся по нѣскольку сутокъ; благодаря легкой-же возможности разрыва рыбьяго пузыря съ послѣдующимъ всасываніемъ глицерина должно его считать даже не безопаснымъ.

Въ 1848 году профессоръ **Zehmann** ³⁾ предложилъ новый способъ возбужденія преждевременныхъ родовъ, состоящій введеніи восковаго бужа между оболочками и стѣнками матки, который тотчасъ удалялся. Дѣйствіе

способа **Zehmann**'а сводится къ раздраженію матки инороднымъ тѣломъ, отслаивающимся оболочки. Для избѣжанія необходимости неоднократнаго введенія бужа, наблюдаемаго при способѣ **Zehmann**'а, одновременно въ 1885 году **Krause** ⁵⁾ Дерптѣ и **Simon** въ Англии стали оставлять эластической катетеръ въ маткѣ до начала родовъ и даже на нѣкоторое время послѣ ихъ наступленія. **Braun** ¹¹⁾, опасаясь введенія воздуха катетеромъ въ матку, сталъ употреблять струнный бужъ; послѣдній, разбухая и увеличиваясь въ объемѣ отъ теплоты и влаги, служилъ лучшимъ раздражителемъ нежели катетеръ.

Въ послѣднее время **Olshausen** ⁴⁾ предложилъ целлюлозный бужъ; послѣдній, по мнѣнію Побѣдинскаго, пролежавъ нѣсколько часовъ въ маткѣ, дѣлается мягкимъ, а потому теряетъ силу раздражителя.

A. Peri ¹⁵⁾ въ 1904 году предложилъ слѣдующую модификацію бужа **Krause**; въ середину бужа онъ вставляетъ мѣдную трубочку, а концы его придаетъ видъ катетера а *double-courant*; черезъ бужъ онъ пропускаетъ горячую воду и слѣдовательно къ механическому раздраженію присоединяетъ термическое. Авторъ доволенъ своей модификаціей, къ сожалѣнію, описанія случаевъ примѣненія аппарата не приводитъ.

Способъ употребленія бужа таковъ. Послѣ строгой дезинфекціи половыхъ органовъ, при поперечномъ или боковомъ положеніи беременной, обнажаютъ влагалышную часть ложками, а захваченную переднюю губу пупельными щипцами низводятъ и фиксируютъ. Обезпложенный бужъ вводятъ глубоко въ матку по передней или задней ея поверхности; влагалыше рыхло тампонируютъ йодоформовой марлей. Бужъ оставляется до появленія правильной родовой дѣятельности, а по собѣту нѣкоторыхъ до полного открытія зѣва или даже до конца родовъ. Родовая дѣятельность послѣ введенія бужа обыкновенно появляется черезъ 8—12 часовъ; случаи двухсуточного безрезультатнаго лежанія бужа въ маткѣ нерѣдки; при слабыхъ сокращеніяхъ матки совѣтуютъ вводить другой и даже третій бужъ.

Въ С.-Петербургскомъ родовспомогательномъ заведеніи ³⁾ съ 1881 по 1892 г. 56 разъ были вызваны искусственные преждевременные роды, при чемъ въ 52 случаяхъ применялись души и бужы (въ двухъ случаяхъ бужы безъ предварительныхъ душей). Бужы вводились въ среднемъ послѣ трехдневнаго приготовления родовыхъ путей душами. Родовая боли въ среднемъ появлялись послѣ введенія бужы черезъ 1 сутки, 10 часовъ; въ трехъ случаяхъ боли появлялись черезъ трое сутокъ, а въ двухъ черезъ 8 сутокъ; въ 15-ти случаяхъ въ продолженіи 1—12 часовъ; 24 раза вводилось только по одному бужу, 16 разъ по два, 11 разъ по 3 и разъ 4.

Средняя продолжительность родовъ равна 1 сутки, 18 часовъ, 40 минутъ. Въ шести случаяхъ пузырь порванъ нечаянно при введеніи бужа; шесть разъ умышлено при малооткрытомъ зѣвѣ для усиленія болей; 16 разъ почти при полномъ открытіи зѣва. Изъ 52 плодовъ живыми родилось 38—73%, мертвыми 14. Изъ 38 живорожденныхъ 17 умерло въ теченіе первыхъ двухъ сутокъ; 20 разъ роды окончены оперативнымъ путемъ; 13 родильницъ лихорадило, одна умерла отъ септицеміи. Если мы обратимся къ статистическимъ даннымъ болѣе отдаленнаго времени касательно способа **Krause** за періодъ 1847—1864 г., собраннымъ докторомъ Антоновскимъ ⁴⁾, то рѣзко бросается въ глаза разница въ скорости наступленія родовой дѣятельности. Въ 35 приведенныхъ случаяхъ (въ 23 случаяхъ вводился эластическій катетеръ, а 12-струнный бужы) въ среднемъ родовая дѣятельность наступала черезъ 9 часовъ по введеніи эластическаго катетера или бужа; самое раннее появленіе 10 минутъ, позднее 30 часовъ; самое скорое окончаніе родовъ при способѣ **Krause** 8 часовъ, медленное 85 часовъ; средняя продолжительность около 29 часовъ (взято 22 случая). Приведенныя цифры подтверждаютъ мнѣніе высказанное Баландинымъ о вліяніи развитія эндометрита на болѣе скорое появленіе родовыхъ болей при способѣ **Krause**.

Медленно появляющаяся родовая дѣятельность, возможность пораненія дѣтскаго мѣста съ послѣдующимъ кровотеченіемъ, преждевременный разрывъ пузыря, возможность

внесенія инфекціи и воздуха, представляютъ отрицательныя стороны способа **Krause**. Простота-же инструмента и легкое производство операций способствовали широкому распространенію разбираемаго способа.

Въ 1820 году **Brünninghausen** ⁵⁾ предложилъ вызывать роды прессованными губками. **Siebold** первый применилъ этотъ способъ, но безъ успѣха. **Kluge** своими трудами много способствовалъ распространенію этого способа; **Lovati** и **Mende** для облегченія введенія губки предложили спеціальныя инструменты.

Wilson и **S. Brauna** ⁶⁾ предложили прессованную губку замѣнить стеблемъ *laminaria digitata*, *tupello* и корнемъ *genfian*'н.—Кусокъ конической прессованной губки на особомъ зондѣ, носящемъ названіе *porte-éponge*, послѣ тщательной дезинфекціи влагалина и маточной шейки вводить въ шейку такимъ образомъ, чтобы основаніе губки пришлось на уровнѣ наружнаго зѣва, послѣ чего зондъ удаляютъ, а влагалине тампонируютъ іодоформовой марлею. Введеніе губки одни производятъ по зеркалу, другіе по пальцу; введенную губку оставляютъ отъ 2—6 часовъ. При отсутствіи болей приходится нѣсколько разъ мѣнять губку на болѣе толстую. Родовая дѣятельность обыкновенно проявляется на вторые сутки, хотя наблюдались случаи, гдѣ она начиналась только черзъ 4 сутокъ.

Дѣйствіе способа **Brünninghausen—Kluge** основано, съ одной стороны, на механическомъ растягиваніи маточной шейки разбухающей губкой, съ другой стороны, на рефлекторномъ возбужденіи, производимомъ постороннимъ тѣломъ. Легкая возможность внесенія инфекціи черзъ прессованную губку, трудно поддающуюся обеззараживанію, наряду съ ненадежностью метода **Brünninghausen—Kluge** способствовали его забвенію.

Для расширенія маточной шейки и искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ **Hofmeier** ⁷⁾ предложилъ воспользоваться идеей **Vulliet**, состоящей введеніи въ цервикальный каналъ полосокъ іодоформовой марли.

Пріемъ такого расширенія **Vulliet** употребляютъ для діагностическихъ и терапевтическихъ цѣлей, но не берем-



ной матки. Способ этот оказался весьма ненадежным и кропотливо-мучительным для беременных, долгое-же оставление марли вызывает некроз эпителия; в настоящее время способ **Vulliet** с успехом применяется только в первые месяцы беременности для вызывания искусственного выкидыша.

Профессор **Лебедев** *) в двух случаях вызвать искусственные преждевременные роды, применив несколько раз способ **Vulliet**; кроме введения в канал шейки до внутреннего зва полоски йодоформовой марли, он тампонирует влагалище куском йодоформовой марли, наполненным ватными шариками; в одном случае понадобилось тампонацию цервикального канала и влагалища произвести два раза, а в другом три раза, последовательно вводя более объемистые тампоны. Период раскрытия в первом случае длился более 40 часов, во втором около 7 суток (3/IV утром введен тампон, 4/IV замять более объемистым, появились сокращения; 5/IV замять еще большим, усилились сокращения; 6/IV беременная выписалась, а 10/IV поступила снова в клинику с полным открытием зва).

Kehrer *) в нескольких случаях с успехом применял тампонацию маточной шейки ватой, смоченной в глицерин, эффект такого способа он приписывает глицерину, действующему на маточную мускулатуру. Из описания способа **Saft'a**, вводившего глицерин в матку в рыбьем пузыре, через который он легко диффундировал, глицерин не оправдывает возлагаемых на него надежд; продолжительность родов в случаях **Saft'a** длилась обыкновенно несколько суток.

В 1831 году **Schnackenberg** †, предложив для искусственного возбуждения преждевременных родов маленький животный пузырь, привязанный к шпирцу; введя пузырь в шейку ширежем нагстают в него воду и этим самым механически раскрывают матку.

Аппарат этот, названный автором **Sphenosphon**, не был принят современниками и только через 30 летомъ лѣтъ, въ 1862 году **Barnes**, воспользовавшись идеей **Schnackenberg'a**, предложил свой каучуковый дилататоръ.

Метроринтеръ **Barnes'a** †), приготовляемый из вулканизированного каучука, состоит из двух пузырей, соединенных между собой перешейком; каждый пузырь снабжен особой трубочкой с краномъ; болѣе поздняя упрощенная модель, носящая название расширителя **Barnes—Fehling'a**, состоит из одного каучукового мѣшка, по формѣ напоминающаго собой въ пустомъ видѣ скринку, а въ наполненномъ состояніи—несочные часы.

Мѣшокъ **Barnes—Fehling'a** вводится в матку при помощи корнцанга по пальцу или по зеркалу такимъ образомъ, что верхняя расширенная часть его занимает мѣсто внутри матки, нижняя-же—вагалище, а перехватъ шейки. Наполненный жидкостью мѣшокъ растягиваетъ каналъ шейки; при начавшейся родовой дѣятельности и выпаденіи мѣшка, его замять слѣдующимъ большимъ номеромъ; обыкновенно готовятъ расширитель **Barnes'a** 5 величинъ; самый малый въ длину имѣетъ 3,5 сант., нѣсколькими кубическими сантиметрами жидкости онъ доводится до наибольшаго растяженія; наибольшій полный длиной 16 сант., вмѣстимостью 600—700 граммъ. Расширитель **Barnes'a** даже самаго меньшаго номера для введенія в матку требуютъ, по крайней мѣрѣ, открытія зва на палецъ; въ силу сказаннаго способъ **Barnes'a** не можетъ считаться самостоятельнымъ; для необходимаго предварительнаго расширенія маточной шейки, въ особенности у первородящихъ, требуются другіе способы.

Замѣна одного номера расширителя другимъ—большимъ, являясь далеко безразличной для беременной, составляетъ также отрицательную сторону расширителя **Barnes'a**. Родовая дѣятельность при способѣ **Barnes'a**, въ общемъ, появляется скоро; хотя случаи неагировація матки на мѣшокъ **Barnes—Fehling'a**, несмотря на многочасовое его пребываніе, нерѣдки.

Для предупрежденія выпаденія изъ матки расширителя **Barnes'a**, кольейринтера **Braun'a** и избѣжанія частой замяты одного номера слѣдующимъ большимъ, докторъ **A. Kurrer** †) (**Wutenberg**) въ 1903 году предложилъ введенный в матку кольейринтеръ соединять съ при-

гатором, повешенным на 2 метра выше таза больной; в ирригаторь наливают 1000, физиологического раствора; сильно растянутый кольпепринтерь кромѣ того потягивается тяжестью переброшенной через край кровати; высказываютъ оно во влагалище только почти при полномъ открытїи зѣва; авторь приводитъ два случая уснѣшнаго примѣненїя данного прїема.

Докторь Arthur Foges *) оспариваетъ идею—соединенїя кольпепринтера съ кружкой Эсмарха у A. Kurrer'a, ссылаясь на свой докладъ, читанный имъ 13-го февраля 1901 года въ Вѣнскомъ Гинекологическомъ обществѣ и напечатанный въ Вѣнской медицинской газетѣ *).

Предложенные для вызванїя искусственнаго возбужденїя преждевременныхъ родовъ металлическіе расширители Bueh'a, Krause, Osiander'a, Morissau, Ellinger'a, а въ последнее время Frommer'a, Bossi и цѣлый рядъ его модификацій, не достигаютъ цѣли; они раскрываютъ зѣвъ механически, насильственно, а не путемъ возбужденїя родовой дѣятельности; примѣненїе указанныхъ инструментовъ бользвенно, грубо, нерѣдко сопряжено съ ушибами и глубоки ми надрывами маточной шейки.

Металлическій расширитель Tarnier **) предложенный 1888 году, составляетъ въ иѣкоторомъ отношенїи исключенїе изъ ряда аналогичныхъ расширителей; онъ раскрываетъ зѣвъ безъ особаго наслїя, частью механически, частью возбуждая и усиливая маточныя сокращенїя.

Расширитель состоитъ изъ трехъ браншъ, имѣющихъ въ длину 35 1/2 сантим. Концы браншъ, вводимые въ матку для предупрежденїя выпаденїя, отогнуты подъ тупымъ угломъ; почти на серединѣ бранши соединяются между собою особымъ, легко разбираемымъ соединенїемъ; на наружныхъ концахъ браншъ, послѣ введенїя расширителя въ матку, надевается эластическое резиновое кольцо, которе сдвигая между собой наружные концы тѣмъ са-

*) Идея эта, легшая въ основу моего аппарата, была предложена мною въ 1897 году, т. е. на 3 1/2 года раньше предложенїя доктора A. Foges'a. (См. протоколъ Императорскаго Кавказскаго Медицинскаго Общества № 5, 1898 года стр. 215).

мымъ раздвигать концы расширителя, лежащее за внутренимъ маточнымъ зѣвомъ; сила растяженїя зѣва и возбужденїя маточныхъ сокращенїй въ инструментѣ Tarnier зависятъ отъ эластичности кольца, которое и берется сообразно съ условїями данного случая.

Ribemont Dessaignes считаетъ расширитель Tarnier полезнымъ не столько для искусственнаго возбужденїя преждевременныхъ родовъ, сколько для медленно раскрывающихся ригиднаго маточнаго зѣва.

Schwarzenbach *) (Цюрихъ) въ 1900 году предложилъ особый тильпановидный металлическій маточный расширитель, состоящий изъ четырехъ ложекъ; длина расширителя равна 31 сантим.; каждая изъ 4-хъ ложекъ вводится въ матку отдѣльно; послѣ введенїя 4-хъ ложекъ наружные концы соединяются особой гильзой, на концы которой имѣется крючекъ; къ послѣднему привязывается шнуръ съ тяжестью, перекидываемой черезъ край кровати. Величина инструмента требуетъ открытїя зѣва по крайней мѣрѣ на палець, а при такихъ условїяхъ вводится въ матку эластическій кольпепринтерь Braun'a; если къ послѣднему, какъ совѣтуетъ Muller, прибавить и перекинуть черезъ кровать тяжесть, то такая модификація является несомнѣнно болѣе совершенной, нежели разсмотрѣнный тильпановидный расширитель.

Въ 1851 году Steinhennner **) предложилъ насильственное расширенїе маточной шейки пальцами; послѣ введенїя одного пальца, авторь предлагаетъ вводить два, затѣмъ три и т. д.; вполне понятно, что такой грубый, насильственный способъ не найдетъ послѣдователей. Выписыванїе въ маточную шейку мази изъ белладонны съ жиромъ, предложенное въ 1829 году Crausier *) какъ способъ искусственно возбуждающей родовую дѣятельность, представляетъ только историческій интересъ; мазь свою называетъ авторь pomade dilatatrice.

Въ 1841 году Schüller **), исходя изъ одного наблюденїя, гдѣ вслѣдъ за тампонадїей влагалища корпїйными шариками, примѣненной съ цѣлю остановки кровотеченїя (praecuta praecuta), появились сильныя схватки, предложилъ прибѣгать къ тампонадїи для возбужденїя прежде-

временных родов. Вначале тампонция влагалища производилась съ компрессомъ; послѣдній, смоченный въ маслѣ, вводится глубоко во влагалище помощью створчатого зеркала; компрессъ туго набивался корийными шариками, тоже смоченными въ маслѣ; такая тампонция требовала около фунта корня. Тампонция безъ компресса производилась корийными шариками, соединенными между собою крѣпкой шиткой. Тампонцию мѣняли два раза въ сутки.

Hater ¹⁾ въ 1843 году предложилъ корий замѣнить телячьимъ пузыремъ, который, послѣ введенія во влагалище, наполнялся водой или отваромъ изъ спорынья. Просачившаяся вода черезъ пузырь требовала ежедневнаго удаленія пузыря съ послѣующимъ новымъ введеніемъ и напoлненіемъ.

Schmidt ²⁾ въ 1854 году предложилъ съ таковой-же цѣлью свиной пузырь.

Bousch ³⁾ въ 1852 году предложилъ кожаный, пелотообразный пузырь съ каучуковой трубкой, наполняемой воздухомъ.

Наибольше удачнымъ способомъ тампонция, съ цѣлью возбужденія родовой дѣятельности, представляетъ собой каучуковый кольеиринтеръ, предложенный **Braun** ⁴⁾ въ 1851 году. Кольеиринтеръ грушевидной формы готовится изъ несколькихъ влищизъ; диаметръ его колеблется отъ 2 до 4 дюймовъ. Послѣ предварительнаго опредѣленія вѣстности, сложивъ по длинѣ, кольеиринтеръ вводятъ во влагалище и наполняютъ водой; выводная трубка его закрывается краномъ или перевязывается тесьмой. При позывѣ на мочеиспусканіе и испраженіе, кольеиринтеръ удаляютъ изъ влагалища, предварительно выпустивъ воду. Кольеиринтеръ должно вынимать каждые 6—12 часовъ.

Многочисленныя наблюденія показали, что тампонция влагалища, вызывающая маточныя сокращенія путемъ раздраженія растянутыхъ стенокъ, представляетъ собой способъ совершенно ненадежный, а потому оставленный въѣми. Что касается кольеиринтера **Braun**'а, какъ болѣе простаго и совершеннаго способа тампонция, нельзя не

отмѣтить одного весьма существеннаго его недостатка; наполненный водой онъ вызываетъ иногда до того сильныя боли и тазезмы у беременныхъ, что приходится отказываться отъ его услугъ. При предлежаніи дѣтскаго мѣста полезность кольеиринтера, въ смыслѣ остановки кровотеченія и усиленія родовой дѣятельности, несомнѣнна.

Въ 1846 году **Kiwisch** ⁵⁾ для искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ предложилъ впервые теплый восходящій маточный душъ 3—4 раза въ день, въ теченіи 10—15 минутъ t. 30—35° R., съ высоты 9 фут. Для выполненія метода **Kiwisch**, а впоследствии другіе авторы предложили аппараты, которые въ настоящее время оставлены, отчасти благодаря своей сложности устройства, отчасти опасности введенія воздуха во влагалище; всѣ изобрѣтенные аппараты замѣнены съ успѣхомъ кружкой Эсмарха. Наступаемый эффектъ вслѣдъ за теплыми душами объясняется термическимъ и механическимъ раздраженіемъ нервныхъ центровъ, заложенныхъ въ перелѣпемъ сводѣ влагалища. Родовая дѣятельность при примѣненіи душей въ общемъ появляется весьма медленно, а иногда вовсе не появляется. Въ 43-хъ случаяхъ примѣненія душей по способу **Kiwisch**'а, собранныхъ Антоновскимъ ⁶⁾ **maximum** скорости появленія потугъ—тогдаш, **minimum** 20-й день; въ пяти случаяхъ вовсе не наступало эффекта. Въ настоящее время души служатъ только въ качествѣ подготовительной операціи, предпринимаемой обыкновенно за нѣсколько дней передъ примѣненіемъ какого нибудь другаго способа возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Души являются весьма полезнымъ подготовителемъ при неподатливыхъ половыхъ частяхъ пожилыхъ нервородящихъ.

Впрыскиваніе во влагалище горячей воды въ 40° R, впервые предложенное **Runge** ⁷⁾, не нашо послѣдовательей, вслѣдствіе легкаго слушиванія влагалищнаго эпителия и сильнаго жженія половыхъ органовъ.

Предложеніе **Schrader**'а ⁸⁾, состоящее въ примѣненіи перемѣнныхъ душей, теплыхъ и холодныхъ, мало испытано. Стекланный маточный наконечникъ посредствомъ Т—образной трубки соединяютъ съ двумя ирригаторами, въ

один из которых наливают 24 литра холодной воды в 6°R, а в другой 12 литров горячей воды в 35°R. Сначала влискивают во влагалище $\frac{1}{4}$ литра теплой воды, а затѣм $1\frac{1}{2}$ литра холодной и т. д., пока не будет выдвлена вся вода изъ притораторы.

В 18-ти случаяхъ изъ 22 дѣтей была достигнута однимъ этимъ методомъ; изъ 20 дѣтей родились живыми $15=75\%$.

В 1856 году **Scanzoni** ¹⁸⁾ предложилъ вызывать искусственные преждевременные роды струей углекислота газа, направленного на стѣнки влагалища; предложеніе это основано было на свойствѣ углекислота вызывать сокращенія мышечныхъ элементовъ. Методъ этотъ оказался не только ненадежнымъ, но и весьма опаснымъ. В пяти случаяхъ, собранныхъ Антоновскимъ, возбужденія родовъ по способу **Scanzoni**, maximum скорости наступленія потугъ = $2\frac{1}{4}$ дня, minimum — нѣсколько дней; изъ 5 родильницъ одна умерла отъ гангрены влагалища. Самъ авторъ способа описалъ два случая со смертельнымъ исходомъ, вслѣдствіе вхожденія углекислота въ маточную вену.

Предложеніе **Friedrich** ¹⁹⁾ въ 1839 году возбуждать родовую дѣятельность прикладываніемъ мушекъ и горчичниковъ къ груднымъ железамъ, **Scanzoni** — сухихъ банокъ и **H. Freund** ²⁰⁾ — кровососныхъ банокъ, оказались сильно мучительными и совершенно бесполезными.

D' Outrepont и **Ulsamer** ²¹⁾ въ 1882 году обнародовали свой способъ методическаго растиранія живота надъ дномъ матки.

Ritgen ²²⁾ къ тренію дна присоединилъ треніе и пощипываніе маточной шейки; оба эти метода оказались нигда негодными.

Обія теплая ванна ²³⁾, предложенная въ VI-мъ столѣтіи **Aetius** ²⁴⁾ **Amidensis** для возбужденія выкидыша, въ 1842 году были предложены **Gardien** для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, оказались весьма ненадежными.

Въ 1803 году **Herder** ²⁵⁾ впервые предложилъ примѣнять электричество при слабыхъ родовыхъ боляхъ. Предложеніе это нашло примѣненіе для возбужденія искус-

ственныхъ преждевременныхъ родовъ. Въ 1843 году **Schreiber** особенно рекомендовалъ гальваническій токъ, **Poeng** же въ 1857 году настаивалъ на примѣненіи индукціоннаго тока. Несмотря на столѣтній промежутокъ времени, авторы примѣнявшие электричество съ цѣлью возбудить родовую дѣятельность, не пришли еще къ окончательнымъ согласнымъ выводамъ; одни совѣтуютъ прикладывать электроды только снаружи, ко дну матки или къ бокамъ ея; одинъ электродъ надъ лобкомъ, а другой на крестцовую область; другіе — одинъ электродъ снаружи, другой черезъ влагалище къ наружному звѣну, въ полость шейки, къ сводамъ, наконецъ, третьи пользуются двупольярнымъ электродомъ, вводимымъ въ маточную полость.

Большинство экспериментаторовъ, примѣнявшихъ электричество въ разныхъ видахъ съ цѣлью возбудить родовую дѣятельность, приходятъ къ слѣдующему заключенію: электричество вызываетъ слабая, кратковременная сокращенія матки, требующія для поддержанія другихъ средствъ.

Изъ фармацевтическихъ средствъ для искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, особенно долго приковывала вниманіе акушеровъ спорынья; въ 1819 году она безрезультатно была примѣнена профессоромъ **Lovati** ²⁶⁾. Въ 1827 году ее снова предложилъ **Bonjiovani**. Въ 1854 году англійскій акушеръ **Ramsbotham**, вначалѣ ярый защитникъ спорыньи, убѣдившись на многихъ случаяхъ о гибельномъ вліянніи ея на младенцевъ, предлагалъ оставить это средство.

Ehrhard ²⁷⁾, примѣнявшій въ 1886 году корнунтъ **Kobert** ²⁸⁾, остался имъ недоволенъ.

Примѣненный гидрастинъ подъ кожу и внутрь въ 1886 году въ С-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи ²⁹⁾ не далъ положительнаго результата.

Надежды возлагаемая **Sayre** на хининъ оказались тщетными.

Въ 1878 году докторъ **Массманъ** ³⁰⁾ въ С-Петербургѣ обнародовалъ два случая искусственныхъ преждевремен-

ных родов, наступивших тотчас за высккиванием под кожу 2% соляно-кислого пидокарпина; высккивание было произведено двумя беременными по поводу нефрита. После безпристрастного исследования надъ пидокарпиномъ (Schauta, Sanger, Welponer, Parisi Крассовскій, Вилдерб и друг.) последній признанъ средствомъ невернымъ и не безопаснымъ.

Изъ приведеннаго нами краткаго историческаго очерка, предложенныхъ по настоящее время способовъ искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, очевидно, что до сихъ поръ мы не обладаемъ ни однимъ методомъ вполне безопаснымъ для матери и плода, надежнымъ и по возможности скорымъ, при чемъ должно заметить, что безопасность метода и скорость наступленія эффекта находится въ тесной связи между собою, ибо затянувшіеся роды верько грозятъ жизни плода и увеличиваютъ шансы на инфекцію роженницы.

Предлагаемый мною способъ представляетъ собой видоизмененіе способа Tarnier или, верше сказать, одной его модификаціи, предложенной проф. Толочниковымъ. Применивъ предлагаемое видоизмененіе въ пятнадцати случаяхъ, я получилъ результаты, какъ относительно надежности и скорости возбужденія родовой деятельности, такъ и безопасности для плода и матери, боле желательные нежели способы другихъ авторовъ.

Описание аппарата.

Аппаратъ состоитъ изъ тонкостеннаго резинового баллона*), привязываемаго къ концу металлической трубки; длина последней 30 сант., ширина наружнаго поперечника $\frac{1}{2}$ сантимет., ширина внутренняго поперечника—3 миллим. На обоеихъ концахъ трубки принята седлообразная возвышен-

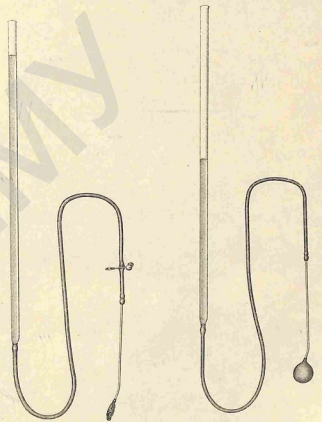
*) Съ этой целью безудетские резиновые воздушные шары; такъ какъ больше въ продаже почти не встречаются, то приходится обезвечивать цветные шары кладутъ на двое сутокъ въ нашатырный спиртъ, разбавленный на половину водой, после чего ихъ тщательно вымываютъ мыломъ и растворомъ сулемы 1:1000. Почти обезвеченные баллоны сохраняются въ 4% глицириновомъ растворе карблзавой кислоты

ния, одно меньшее для предупреждения соскальзывания баллона, привязываемого шелковой лигатурой, другое большее для соединения с резиновой трубкой (длина трубки 120 сантим., ширина наружного диаметра 1 сантим. 2 миллим., толщина стѣнки 2 миллим.) Металлическая трубка съ привязываемымъ баллономъ соединяется со стеклянной бюреткой посредствомъ упомянутой резиновой трубки; на послѣднюю надѣваютъ металлическій зажимъ.

Стеклянная бюретка (обыкновенно употребляемая въ химическихъ лабораторіяхъ) имѣетъ въ длину 85 сантим., ширина наружного диаметра 1 сантим. 7 миллим., вместимость 100 куб. сантим.; согласно объему она раздѣлена на 100 куб. сантим., а каждый сантим. на 10 миллим. Бюретка посредствомъ особаго приспособленія фиксируется къ деревянному шесту.

Употребленіе аппарата.

Послѣ тщательной дезинфекціи рукъ и всѣхъ частей аппарата, а именно кипяченія металлической трубки въ теченіи 20 минутъ, вымытія стеклянной бюретки и резиновой трубки въ суденномъ растворѣ 1:1000 и вытоласкиванія баллона въ растворѣ сулемы такой же крѣпости, приступаютъ къ установкѣ аппарата. Резиновый баллонъ привязываютъ къ соотвѣствующему концу металлической трубки шелковой лигатурой, обезжележенной заранее кипяченіемъ въ растворѣ сулемы 1:3000; соединивъ металлическую трубку посредствомъ резиновой трубки съ бюреткой, наливаютъ въ послѣднюю 2% растворъ борной кислоты въ количествѣ около 160 граммъ, слегка окрашенный соевымъ. Для вытѣсненія воздуха изъ аппарата, высоко поднявъ въ ручѣ бюретку, выжимаютъ снизу вверхъ изъ баллона и изъ резиновой трубки жидкость, а вмѣстѣ съ ней и воздухъ, пузырьки котораго поднимаются въ бюретку и улетучиваются. Аппаратъ фиксируется къ деревянному шесту посредствомъ тесемки или особаго деревяннаго зажима, такимъ образомъ, чтобы нижній конецъ бюретки находился на высотѣ около 40 сантим. отъ кровати. Поднятіемъ баллона выше уровня жидкости въ бюреткѣ вытѣсняютъ



Аппаратъ съ пузырькомъ баллономъ.

Аппаратъ съ напальцевымъ баллономъ.



изъ него жидкость, а закрытіемъ зажима предупреждаютъ новое наполненіе. Въ день вызова родовъ кишечный каналъ беременной очищается клизмой, послѣ чего дѣлается общая мыльная ванна.

Тщательно обеззаразивъ наружные половые органы и влагалище $\frac{1}{4}\%$ растворомъ лизола, придаютъ беременной горизонтальное положеніе съ согнутыми и разведенными бедрами и слегка приподнимаютъ кресломъ. Операторъ садится съ правой стороны кровати и подъ контролемъ двухъ пальцевъ правой руки вводитъ баллонъ черезъ шейку въ матку, лѣвой рукой надавливая на металлическую трубку, послѣ чего зажимъ снимается, а струя жидкости, устремляясь въ жатый баллонъ, растягиваетъ его. Наполненіе баллона жидкостью узнается по опущенію уровня жидкости въ бюреткѣ и по невозможности вытянуть потягиваніемъ за металлическую трубку баллонъ обратно изъ матки. Если баллонъ весьма медленно растягивается жидкостью или совершенно не расправляется, что объясняется недостаткомъ свободнаго мѣста въ маткѣ, вводятъ баллонъ надавливаніемъ на металлическую трубку глубже въ матку, и вытягиваютъ до прежняго положенія обратно, какъ бы отслаивая яйцо въ нижнемъ сегментѣ; этотъ пріемъ повторяютъ иногда 2—3 раза, пока баллонъ не наполнится жидкостью. Выступающій изъ половой щели и находящійся на вѣсу конецъ металлической трубки привязываютъ марлевымъ бинтомъ къ правому бедру роженицы, предварительно подложивъ подъ трубку кусокъ ваты. Роженицѣ съ этого момента рекомендуется лежать на спинѣ; мочеиспусканіе и дѣйствіе желудка, въ случаѣ надобности, производится лежа на подкладномъ суднѣ; для предупрежденія загрязненія жидкости верхній конецъ бюретки закрываютъ ватной пробкой.

Аппаратъ въ дѣйствиіи.

Вслѣдъ за введеніемъ баллона въ полость матки, спустя нѣсколько минутъ, появляются въ бюреткѣ небольшія колебанія жидкости. Вначалѣ колебанія незначительны, кратковременны, паузы между ними безпорядочны; въ теченіи

же 15—30 минут обыкновенно устанавливается уже известная правильность, ритмичность, как между высотой колебаний уровня жидкости, так и между промежутками времени, залегающими от одного колебания до другого.

Несомненно, что появившиеся колебания уровня жидкости в бюретке с известными паузами, не только зависят от проявившейся родовой деятельности—маточных сокращений, но и представляют собой точный отпечаток последних; колебания жидкости в бюретке до того чувствительны, что небольшие изменения в давлении брюшной полости, наблюдаемая при слегка форсированном дыхании, весьма отчетливо замечны в бюретке и выражаются в подъем и опускание жидкости на несколько кубических миллиметров; кашель же или чихание, ведущие за собой более значительные изменения внутри—брюшной полости, выражаются в бюретке колебанием жидкости на штыле кубические сантиметры. Если колебания уровня жидкости незначительны (меньше 10 куб. сантим. и рядки, можно прибавить в бюретку несколько кубических сантиметров воды или же приподнять бюретку на несколько сантиметров без прибавления воды; и в том и другом случае, увеличивая давление в баллоне, сильнее раздражают нижний сегмент матки. Кь описанному приему прибавляют также при постепенно увеличивающемся раскрытии маточного зва, предупреждая выпадение баллона.

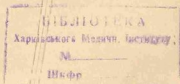
Растянутой жидкостью баллон, находясь в соприкосновении с нижним сегментом матки, раздражает последний как постороннее тело, причем матка на раздражение реагирует родовой болью—сокращением стенок. При каждом сокращении матки, баллон уменьшается в объеме, а жидкость из него выталкивается в бюретку; при паузе же, т. е. при расслаблении стенок матки, жидкость снова вталкивается в резиновый баллон, растягивая его, причем нижний отрезок матки испытывает небольшой толчок от жидкости втолкнутой с известной силой в баллон. Таким образом нижний сегмент матки испытывает толчкообразное раздражение, происходящее автоматически, вследствие смены маточных сокращений паузами. Такой характер раздражения—толчкообраз-

но—периодический особенно ценен для матки, так как известно, что нервно—мышечные аппараты лучше реагируют на раздражитель с прерывистым характером, нежели с постоянным, кь которому вскоре является привычка.

Стенки баллона испытывают гидростатическое давление, передаваемое нижнему сегменту матки, причем давление это видь схватки, как видно из приводимого ниже вычисления, равно 3000 грамм с лишним; во время же схватки давление это возрастает, достигая около 3500 грам.: при начинающемся расслаблении матки давление, постепенно уменьшаясь, возвращается кь прежней величине. Последний фактор, составляющий одну из особенностей предлагаемого аппарата, может быть использован, кроме того, как регулятор родовой деятельности; при слабых сокращениях матки приподнимаем бюретку или доливаем в нее жидкости мы увеличиваем гидростатическое давление, испытываемое нижним сегментом матки, что действует в свою очередь усиливающим образом на родовую деятельность. При чрезмерно сильных родовых болях опускаем бюретку вниз мы ослабляем силу раздражителя, а стало быть умбраем и силу маточных сокращений.

Выпадение баллона из матки при раскрывающемся зва предупреждается автоматическим увеличением баллона вследствие давления столба жидкости в бюретке; баллон выпадает во влагалище только при открытии зва на три пальца, обеспечивающем дальнейшее течение родов.

Благодаря колебанию жидкости в бюретке предлагаемый аппарат является точным указателем родовой деятельности в смысле частоты схваток, силы и продолжительности их.



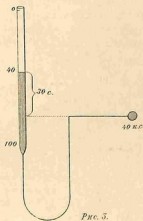
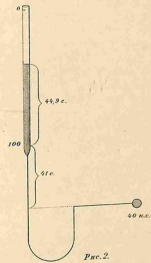
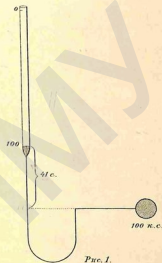
Вычисление гидростатического давления производимаго аппаратом на матку.

В бюретку наливают 162 куб. сантиметра воды, 62 изъ которыхъ, по предварительному измѣренію, идутъ на наполнение резиновой трубки, а также небольшой части бюретки, находящейся ниже цифры 100, т. е. вѣгъ скалы нанесенныхъ на бюреткѣ дѣлений; послѣ чего, положивъ беременную на кровать, держать баллонъ въ уровень съ маточной шейкой, а приподымаемъ и опускаемъ бюретку устанавливаемъ уровень жидкости на цифрѣ 100; растянутый баллонъ при такомъ положеніи содержитъ 100 куб. сантиметровъ.

Фиксиравъ въ этомъ положеніи бюретку, измѣряютъ высоту водного столба, считая отъ цифры 100 до баллона; цифра эта нѣсколько колеблется, находясь въ зависимости отъ упругости баллона; колебанія весьма незначительны, ибо берутся баллоны одной и той же величины и одинаковаго матеріала; въ вычисляемомъ случаѣ упомянутая высота равнялась 41 сантиметру (рисунокъ 1)

Не измѣняя положенія фиксированной бюретки, вводить баллонъ въ устomъ видѣ за внутренней зѣвъ, гдѣ онъ подѣ дѣйствіемъ столба жидкости растягивается насколько ему позволяетъ плодное яйцо и нижній сегментъ матки; жидкость же въ бюреткѣ останавливается на известной высотѣ, а въ приводимомъ примѣрѣ на цифрѣ 40 куб. сантим. (рис. 2), которая выражаетъ объемъ баллона. Измѣривъ расстояние между цифрой 40 куб. сантим. и 100 куб. сантим., что составляетъ 44,9 сантиметровъ, и прибавивъ 41 сантиметръ (т. е. высоту столба жидкости отъ исходной точки 100 до центра баллона) мы получимъ цифру 85,9, выражающую собою высоту столба жидкости при баллонѣ находящемся въ маткѣ.

Для вычисленія гидростатическаго давления, испытываемаго стѣнками баллона при высотѣ столба жидкости 85,9 сантим. и объемѣ въ 40 куб. сантим., требуется сначала вычисленіе радіуса изъ его объема



$$\frac{4}{3} \pi r^3 = 40 \quad r = \sqrt[3]{\frac{3 \cdot 40}{4 \pi}} = \sqrt[3]{\frac{30}{\pi}}$$

$$\lg r = \frac{1}{2} \{ \lg 30 - \lg \pi \} = 0,32666 \quad r = 2,1216.$$

Вставивъ въ формулу выражающую гидростатическое давление, испытываемое стѣнками шара $D = 4 \pi r^2 h$ величину радиуса баллона и высоту столба жидкости

$$D_1 = 4 \pi (2,1216)^2 \cdot 85,9 = 343,6 (2,1216)^2 \pi$$

$$\lg D_1 = \lg 343,6 + 2 \lg 2,1216 + \lg \pi = 3,6865302$$

$D_1 = 4858,8$, т. е. давление испытываемое стѣнками баллона при объемѣ въ 40 куб. сантим., и высотѣ столба жидкости 85,9 сантим., равно 4858,8 граммъ.

Давление это уравнивается противодавленіемъ, оказываемымъ частью стѣнками матки, частью упругостью баллона, а потому для вычисленія гидростатическаго давления, испытываемаго собственно маткой при взятыхъ условіяхъ, требуется предварительное вычисленіе величины гидростатическаго давления, уравниваемаго одной только упругостью баллона при объемѣ въ 40 куб. сантим.

Установивъ баллонъ въ рукахъ по отношенію къ бюреткѣ такимъ образомъ, чтобы въ немъ заключалось 40 куб. сантиметровъ, измѣряють высоту столба жидкости, при которомъ получается равновѣсіе; высота эта во взятомъ примѣрѣ равна 30 сантиметровъ (рисуи 3) Вставивъ въ формулу, выражающую гидростатическое давление въ шарѣ $D = 4 \pi r^2 h$ выше вычисленную величину радиуса 2,1216 сантим., и высоту столба жидкости 30 сантиметровъ

$$D_2 = 4 \pi (2,1216)^2 \cdot 30 = 120 (2,1216)^2 \pi$$

$$\lg D_2 = \lg 120 + 2 \lg 2,1216 + \lg \pi = 3,2296582$$

$D_2 = 1696,9$ стало бытъ давление испытываемое стѣнками шара при объемѣ его въ 40 куб., сантим. и высотѣ жидкости 30 сантим., равно 1696,9 граммъ; давление это уравнивается одною упругостью баллона Отнявъ отъ 4858,8 граммъ 1696,9 граммъ, мы получимъ то давление, которое непосредственно передается стѣнкамъ матки при отсутствіи родовой дѣтельности, вслѣдствіе введенія аппарата; давление это выразится въ 3101,9 граммъ.

При появленіи родовой дѣтельности во время схват-

ки изменяется, как объем баллона, так и высота жидкости, а с ней величина гидростатического давления производимого баллоном на матку; сокращающаяся матка изгоняет известное количество жидкости в бюретку из баллона, последний же вследствие упругости принимает новый меньший объем. Изменения высоты жидкости в бюретке и уменьшение объема баллона находятся в связи с силой маточного сокращения; в начале родового действия при слабых сокращениях матки указанные изменения в высоту столба жидкости и в объем баллона незначительны, при установившейся же родового действия, при интенсивных сокращениях матки, объем баллона достигает своего минимума, а высота жидкости максимума. Так как для каждого отдельного случая величина гидростатического давления, производимого баллоном на матку представляет собой разницу двух величин, а именно величины давления испытываемого стенками баллона и величины упругости баллона, то мы путем целого ряда вычислений составили диаграмму, при чем для последней потребовалось эмпирическое исследование функции упругости данного баллона в зависимости от его объема. Диаграмма состоит из трех кривых.

1-ая D_1 представляет собой ряд величин гидростатического давления, развиваемого водяными столбами жидкости различных высот на стенки баллона при различных его объемах; величины эти вычислены по формуле $D_1 = 4 \pi r^2 h$.

2-ая кривая D_2 , изображает собой изменение величины упругости данного баллона в зависимости от его объема; кривая эта получена путем целого ряда наблюдений, при которых объем баллона каждый раз уменьшался на 10 куб. сантиметра, а к уменьшенному объему баллона эмпирически подыскивалась высота водяного столба в бюретке, уравновешивающая упругость баллона для данного объема; из высот и объемов по формуле $D_2 = 4 \pi r^2 h$ получены величины упругости баллона в граммах.

3-ья кривая $D_3 - D_2$, изображающая собой величины гидростатического давления производимого баллоном собствен-

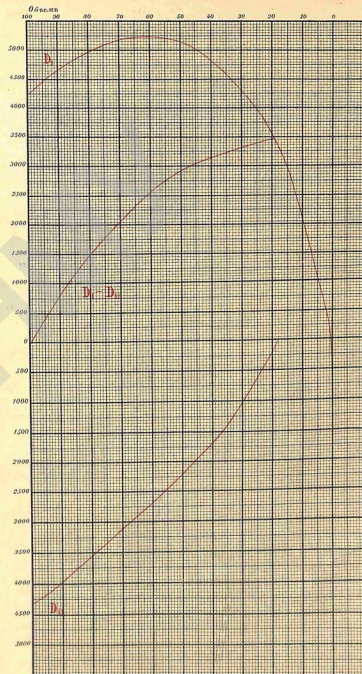


ДИАГРАММА.

но на матку при различных объемах его и высотах водяного столба, получена путем вычитания величин, соответствующих одинаковым объемам баллона, взятых по общим кривым.

Постепенное изменение гидростатического давления производимого баллоном на матку обнаруживает довольно правильный ход. Максимальная величина давления 3500 грамм соответствует объему баллона в 18 куб. сантим.; при увеличении же объема баллона, которое наблюдается во время раскрытия зоба и отслаивания яйца, оно уменьшается и при объеме в 100 куб. сантим. падает до 0. За минимальный объем баллона взято 17 куб. сантим. ибо эта величина баллона соответствует его объему в переставимом виде, ниже которого он теряет свою правильную форму и комкается. Дальнейшее уменьшение вместимости баллона при пренебрежении упругости его стенок дает в результате быстрое падение давления на матку как видно из кривой D.

Разборь материала.

Завѣдывая акушерскимъ отдѣленіемъ Закавказскаго Одигинскаго Повивальнаго Института, я примѣнялъ, въ случаяхъ требовавшихъ искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, исключительно избѣженный мною способъ. Съ 22 августа 1899 года, т. е. со дня поступления въ въ акушерское отдѣленіе 1-го изъ описанныхъ случаевъ искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, по 26 февраля 1903 года, съ поступленіемъ послѣдняго изъ описанныхъ случаевъ, т. е. за періодъ 3 1/4 года на 5448 родовъ пришлось 15 разъ прибѣгнуть къ этой операци.

На четвертомъ международномъ конгрессѣ акушерства и гинекологіи въ Римѣ (Сентябр. 1902 г.) Проф. Pinard заявилъ, что въ продолженіи десяти лѣтъ на 22 708 родовъ онъ встрѣтилъ въ 20 случаяхъ показаніе къ прерыванію беременности; изъ доклада проф. Рейна на томъ же конгрессѣ, мы встрѣчаемъ совершенно новую цифру искусственныхъ преждевременныхъ родовъ; пользуясь матеріаломъ Кіевской клинки въ теченіи тринадцати лѣтъ на 2690 родовъ автору пришлось прибѣгнуть къ этой операци 37 разъ. Такая большая разница въ статистическихъ данныхъ объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что проф. Pinard не упоминаетъ о случаяхъ вызванія преждевременныхъ родовъ при узкихъ тазвахъ.

Д-ръ Dragniesco¹⁾ (Bucarest) за 9 лѣтъ на 18,132 родовъ произвелъ прерываніе беременности 17 разъ; 13 разъ при эклампсій, 3 раза при сердечныхъ порокахъ, 1 разъ при эпилепсій; такое малое число искусственныхъ преждевременныхъ родовъ объясняется ограниченностью показаній къ разбираемой операци; всѣ 13 случаевъ произведены въ интересахъ матери и не привели ни одного случая прерыванія беременности въ интересахъ плода.

По свѣдѣніямъ собраннымъ Д-ромъ Ицхановскимъ,²⁾ число искусственныхъ преждевременныхъ родовъ въ Берлинскихъ заведеніяхъ (1872—1886 г.) составляетъ 0,7% въ Дрезденѣ 0,76%, для Россіи 0,08% (на 104,482 родовъ.)

Изъ пятнадцати случаевъ искусственнаго возбужденія

преждевременныхъ родовъ, произведенныхъ мною, 9*) разъ показаніемъ служилъ узкій тазъ, 5 разъ нефритъ и разъ привычная смерть плода, т. е. 10 разъ беременность прервана въ интересахъ плода и 5 разъ въ интересахъ матери.

Въ 9 случаяхъ узкаго таза (№ 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 12 и 15), послужившаго къ прерыванію беременности, наибольшая *conj. ext.* равнялась 19 сантим., наименьшая 16 сантим., средняя 8 сантим.; наибольшая *conj. diagonal.* 11 1/4, наименьшая 9 1/4, средняя 10,2 сантим.; *conj. vera* колебалась 7,5—9,5; средняя 8,3 сантим.

Н. Н. Феноменовъ *) полагаетъ, что *conj. vera* въ узкихъ тазвахъ, ради которыхъ предпринимаются искусственное возбужденіе преждевременныхъ родовъ, можетъ колебаться между 7—10 сантим. А. Я. Красовскій *) для плоскихъ тазовъ допускаетъ *conj. ver.* 6,5—8,5 сантим.; а для общесуженныхъ 7,5—9,5 сантим. Д-ръ Новицкій **) предѣломъ считаетъ 8,5 сантим.

Время прерыванія беременности колебалось между 36—38 недѣлями, въ среднемъ до срока родовъ недоставало 2,5 недѣль.

Максимальный вѣсъ рожденныхъ плодовъ 3110 граммъ, минимальный 2200, средней 2613 граммъ; максимальная длина плода 50 сантиметровъ, минимальная 45, средняя 47,4 сантиметровъ.

Изъ 9 плодовъ 8 родилось живыми (и взяты домой живыми) и одинъ мертвымъ (№ 4); въ послѣднемъ случаѣ, послѣ продолжительнаго неставленія головки (VI-ые роды), сдѣланъ поворотъ на кожу съ послѣдующимъ извлеченіемъ, оказавшимся весьма труднымъ и повлекшимъ смерть плода; I беременность у этой роженицы окончилась выкидышемъ, II—рожденіемъ живаго плода; III, IV и V роды окончены шипцами, при чемъ извлечены мертвые плоды. По поводу привычной смерти плода беременность прервана за двѣ недѣли до срока (№ 10); родившійся плодъ оказался уродомъ съ громаднымъ зубомъ, съ брюшной водянкой и водянкой яичекъ; послѣ двухъ-трехъ дыхатель-

*) Одной больнои три раза были вызваны преждевременные роды, см. таблицу № 3, 8 и 15.

ных движений плод умер; количество околоплодных вод было около 5000 грамм. Эта же больная, год спустя, вторично поступила роженицею в конце 9-го месяца в Ольгинский Повивальный Институт (№ 314 - 1903 года) причем развилась вновь мертворожденным уродом (брюшная водянка, анорхия, гипосподия).

В интересах матери беременности была прервана в пяти случаях по поводу нефрита (№ 1, 6, 11, 13 и 14), причем в трех случаях роды были вызваны при явлениях начинающейся уремии (№ 1, 13 и 14) (рвота, головная боль, одышка, кровохарканье, анурия и проч.) и в двух - из опасения могущей быть эклампсии (№ 6, 11).

В одном (№ 11) из двух случаев у первобеременной 36 лет, со значительной альбуминурией 4 по Эсбаху и галиновыми цилиндрами, послѣ искусственно вызванных родов за одну неделю до срока, через час послѣ рождения послѣда, наблюдался одинъ сильный приступъ эклампсии, послѣ которого больная оправилась. Намъ сдается, что у данной беременной при срочныхъ родахъ эклампсия могла бы развиться не однимъ припадкомъ, а нѣсколькими съ плачевнымъ результатомъ для матери и плода.

Срокъ прерыванія беременности въ разбираемыхъ 5-ти случаяхъ колебался 34—39 недель. Среднее число недостающихъ недель до срока 4.

Всѣхъ рожденныхъ плодовъ: наивысшій 3750, минимальный 1850, средний вѣсъ 2551; длина колебалась между 49 и 45 сантиметр; средняя длина 46,5 сантиметровъ.

Изъ семи рожденныхъ плодовъ (двое двоенъ) одинъ родился въ глубокой асфиксии, изъ которой вывести не удалось, а одинъ изъ двоешекъ (1850, в. 45 с. дл.) умеръ на 5-й день послѣ родовъ; пятеро взяты матерью живыми.

При разсматриваніи всѣхъ 15 случаевъ искусственнаго возбужденія безъ различія къ показанію къ прерыванію беременности возрастъ колебался 18—38 лѣтами. Первобеременныхъ было 7, повторобеременныхъ 8.

Время прерыванія беременности колебалось между 34 и 39 неделями, въ среднемъ 37 недель.

Kehrer *) наиболее благоприятнымъ временемъ для произведетна операціи искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ считаетъ 34—36 недель; **Chreder** **) держится того же срока.

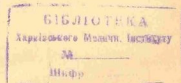
Беременностей однимъ плодомъ было 13, и двумя 2; положеніе и предлежаніе плодовъ выразило слѣдующимъ образомъ: 1-я позиція—6 разъ, 1-я—7 разъ (одноплодная беременность); предлежаніе головками 12 разъ, ягодницами 1 (одноплодная беременность); при двойняхъ въ одномъ случаѣ оба плода предлежали головками; въ другомъ первый головкой, а второй ножками, но въ виду уремическихъ явленій родоразрѣшеніе ускорено внутреннимъ поворотомъ на ножку 1-го плода.

Всѣхъ плодовъ родилось 17 (мальчиковъ 8, дѣвочекъ 9). Живыми 14, что составляетъ 81,2%, не считая урода; мертвыми 3, одинъ изъ двоешекъ (№ 14) умеръ на 5-й день послѣ рожденія; слѣдовательно 13 дѣтей взято домой живыми.

По **Wyder** у на 225 искусственныхъ родовъ родилось живыхъ младенцевъ 54,7%, у **Leopold'a** 63,4%, у **Braun'a** 62%, у **Pinard'a** 67%, у **Whiffeld'a** 60,39% ³⁾; по **Новицкому** ⁴⁾ на 846 случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ живыхъ насчитывается 68,5%; **Krause** на 1026 собранныхъ случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ высчиталъ 57,84% живыхъ младенцевъ, причемъ въ 941 случаѣ показаніемъ къ прерыванію беременности служило суженіе таза, а въ 25-ти случаяхъ болѣзненное состояніе матери.

Kehrer ¹⁾ на 3094 случая смертность дѣтей нашелъ равной 46,8%.

Михайловъ ²⁾ истинную потерю дѣтей при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, т. е умершихъ во время родовъ и вскрытъ послѣ нихъ считаетъ равной 42,4%. **Schoedel** ³⁾ (матеріалъ Дрезденской клиники съ 1893—1900 г. на 15627 родовъ) на 41 случай искусствен-



наго возбужденія преждевременных родовъ вследствие уаости таза получилъ 63,4% живорожденныхъ дѣтей

Максимальный вѣсъ поворожденныхъ 3750,00, минимальный 1850,00, средней вѣсъ 2600,00; наибольшая длина 50 сантим, наименьшая 45 сантим., средняя 47,2 сантим. Средний вѣсъ плава въ случаяхъ Braun'a 2035,00, Pinard'a 2676,00, Ahlfeld'a и Leopold'a 2673,00, средняя длина младенца у Braun'a 42,82, у Ahlfeld'a 47,23, и Leopold'a 47,7 *).

Появление первыхъ маточныхъ сокращеній почти во всѣхъ случаяхъ было тотчасъ или нѣсколько минутъ спустя послѣ введенія аппарата въ матку. Появление правильныхъ родовыхъ болей, считая отъ момента введенія аппарата въ матку, минимумъ тотчасъ, максимумъ $\frac{1}{2}$ часа, въ среднемъ 54 минуты.

Аппаратъ лежалъ въ маткѣ maximum 22 часа, минимумъ 2 часа 15 минутъ; средняя продолжительность 10 часовъ 54 минуты. Въ трехъ случаяхъ баллонъ вводился вторично послѣ нѣкотораго промежутка, ибо былъ вынутъ несвоевременно при не полной развитишейся родовой дѣятельности, которая послѣ удаленія баллона, вскорѣ приостанавливалась, а послѣ вторичнаго введенія, снова тотчасъ появлялась. Промежутки времени, залегшія между выведеніемъ баллона и повторнымъ введеніемъ его въ матку, въ одномъ случаѣ— $\frac{1}{2}$ часа, въ другомъ—1 часъ, а въ третьемъ—9 часовъ.

Указанные три случая несвоевременнаго удаленія баллона, потребовавшие вторичнаго его введенія, объясняются неопитностью наблюдателя, проявившейся въ часы моего отсутствія. Дабы избѣжать несвоевременнаго удаленія баллона, вслѣдъ за которымъ родовая дѣятельность можетъ притихнуть на нѣкоторое время или совершенно прекратиться, можно держаться слѣдующаго критеріума—удалить баллонъ послѣ того какъ онъ схватками вытолкнута изъ матки во влагалище, ибо открытіе маточнаго зѣва, соответствующее указанному моменту, обезпечиваетъ дальнѣйшее теченіе родовъ; выпаденіе же баллона во влагалище узнается по выдвигенію металлической трубки изъ половой расщелины и по отсутствію колебаній столба жидкости въ бюреткѣ во время схватки.

Максимальная продолжительность родовъ равнялась 54 час. 20 минутъ, минимальная 4 часа 30 минутъ, средняя 21 час. 33 минутъ; максимальная продолжительность 1-го періода родовъ (отъ правильныхъ родовыхъ болей до полнаго открытія зѣва) 51 часъ, минимальная 2 часа 45 минутъ, средняя 19 часовъ 30 минутъ; максимальная продолжительность 2-го періода (отъ полнаго открытія зѣва до начала врѣзыванія) 6 часовъ 30 минутъ, минимальная 2 $\frac{1}{2}$ минуты, средняя 57 минутъ; максимальная продолжительность 3-го періода (отъ начала врѣзыванія и кончая рожденіемъ плава) 2 часа 55 минутъ, минимальная 2 $\frac{1}{2}$ минуты, средняя 43 минуты и максимальная продолжительность 4-го періода (послѣдоваго) 52 минуты, минимальная 5 минутъ, средняя 21 минута.

Средняя продолжительность 56 искусственныхъ преждевременныхъ родовъ по матеріалу С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія (съ 1881—1892 г.) ²⁾ равнялась 1 сутки 18 часовъ 40 минутъ, при чемъ въ 52 случаяхъ принимались души и бужи.

По даннымъ собраннымъ докторомъ Строгановымъ ³⁾ при введеніи бужей искусственные преждевременные роды продолжались 80 часовъ, при примѣненіи же метрейриза 37,7 часовъ.

По вычисленіямъ Wofflinger'a ⁴⁾ средняя продолжительность искусственно вызванныхъ родовъ 79 часовъ; при способѣ Tarnier и Champetier продолжительность родовъ значительно короче отъ 20—30 часовъ.

T. Soli ⁵⁾ (туринская клиника) на 101 случай искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ по способу Krause среднюю продолжительность родовъ получилъ равной 57 часамъ, наибольшую 84 часамъ.

Нарушеніе цѣлости яйца въ десяти случаяхъ произошло самопроизвольно, а именно при полномъ открытіи зѣва 3 раза, при открытіи на 3—4 пальца 5 разъ, черезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ введенія баллона 1 и непосредственно передъ введеніемъ 1 разъ Пузырь былъ разорванъ искусственно пять разъ; показаніемъ къ разрыву служило: кожистый пузырь 1 разъ (полное открытіе), плоскій 1 разъ (открытіе на 4 пальца), остановка въ родовой дѣятельно-

сти, послѣ удаления баллона 1 (открытие на $\frac{3}{4}$ пальца), гидрамѳонъ 1 (открытие на 4 пальца), поворотъ 1 (открытие на $\frac{3}{4}$ пальца).

Въ семи случаяхъ при слѣдующихъ показаніяхъ, пришлось оказать оперативное пособіе: одинъ разъ поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ произведенъ при невставленіи головки въ тазъ, спустя $\frac{5}{8}$ час. послѣ полного открытія маточнаго зѣва; благодаря трудному извлеченію плодъ добытъ мертвымъ; другой разъ поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ произведенъ при наступившихъ уремическихъ явленіяхъ; плодъ извлеченъ живымъ; щипцы наложены единственный разъ послѣ 1½ час. полного открытія маточнаго зѣва при общемъ упадкѣ силъ роженицы и сердечной слабости ея; плодъ извлеченъ живымъ. Извлеченіе за ножки при ягодичномъ предлежаніи произведено при замедленномъ рожденіи туловища и головки.

Что касается показаній для искусственнаго разрыва пузыря, произведеннаго 5 разъ, то о нихъ сказано выше. Къ ослабленіямъ родовъ нужно отнести небольшой трещины половыхъ частей, наблюдавшіяся 3 раза и одинъ разрывъ промежности 1-ой степени; всѣ указанная трещины и разрывъ промежности зашиты шелковыми нитками, при чемъ въ 3-хъ случаяхъ произошло полное сращеніе первичнымъ натяженіемъ, а въ одномъ случаѣ трещинъ—вторичнымъ натяженіемъ.

Послѣродовой періодъ въ 14-ти случаяхъ протекъ нормально безъ осложненій, наивысшая t° 38° .

Въ одномъ случаѣ послѣродовой періодъ осложнился правостороннимъ параметритомъ, окончившимся полнымъ выздоровленіемъ. Судя по позднему его появленію (на 11-й день послѣ родовъ) и довольно мирному теченію (повышеніе t° продолжалось только 5 дней, малая величина экссудата—въ куриное яйцо) а также принимая во вниманіе отмѣченную въ анамнезѣ гоноррею, нужно признать за даннымъ параметритомъ гонорройный характеръ.

Смертность роженицъ при возбужденіи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ считается по Dohrn'y 5% ,

по Wyder'y $5,3\%$, у Leopold'a $1,2\%$, у Pinnar'a 1% ; по обратнымъ, даннымъ доктора Новицкаго на 896 родовъ— $1,56\%$ ²⁾, Tarnier ³⁾ съ 1886 года произвелъ 116 разъ искусственное прерываніе беременности при узкихъ тазахъ безъ смерти. Несколькo болѣеи $\%$ смертности роженицъ послѣ искусственнаго вызванія преждевременныхъ родовъ, сравнительно съ $\%$ смертности существующимъ вообще для роженицъ (0,6% по Ahlfeld'y), объясняется тяжелыми заболѣваніями беременныхъ, служащими нерѣдко показаніемъ къ прерыванію беременности. У Ahlfeld'a изъ 200 матерей 68% проводилъ безихородочный родильный періодъ, 23,5% лихорадило слегка, 3,5% значительно. Восемь женщинъ, т. е. 4% умерло; изъ нихъ четыре умерло отъ болѣзни, изъ за которой были вызваны роды. Съ 1890 года на 100 случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ не было ни одного смертнаго случая отъ септиса ⁴⁾

Четырнадцать роженицъ оставили Повивальный Институтъ, въ среднемъ пробывъ 11,2 дня, максимумъ 21, минимумъ 5 дней; пятнадцатая съ параметритомъ выписалась здороваю на 36-ой день послѣ родовъ.

Уклоненій въ состояніи здоровья дѣтей не наблюдалось, если не считать одного случая—*icterus neonatorum*. Отпаденіе пуповины безъ всякихъ осложненій происходило между 4—6 днемъ.

Изъ 13-ти выписанныхъ дѣтей 12 вскармливались материнскою грудью, а одинъ отданъ кормилицѣ. Выписка дѣтей произведена съ матерями за исключеніемъ одного, отданнаго въ первый-же день послѣ рожденія кормилицѣ. Средняя продолжительность пребыванія дѣтей въ Институтъ равнялась 11,3 дня, наибольшая—21, наименьшая—1 день (отданъ кормилицѣ).

Уходъ въ послѣродовой періодъ состоятъ въ слѣдующемъ. Два раза въ день наружная половая часть обмывалась растворомъ сулемы 1:4000, которая при нефритахъ замѣнялась $\frac{1}{2}\%$ раств. лизола. Трещины и ссадины частей присыпались ксероформомъ. На третій сутки послѣ родовъ давалось слабительное—касторовое масло или $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$. Лечение при нефритахъ состояло въ стро-

гой молочной дітці; при маломъ количествѣ мочи назначался диуретикъ. Соски обмывались передъ и послѣ кормленія 2% растворомъ борной кислоты, а ротикъ ребенка обтирался 2% растворомъ соды.

Остатокъ пуговинны обсыпался жженымъ гипсомъ, при чемъ перевязка мѣнялась ежедневно при купаніи, которое производилось разъ въ день.

Выводы, къ которымъ мы пришли относительно предлагаемаго аппарата для искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, суть слѣдующіе:

- 1) Аппаратъ раздражаетъ матку, вызывая сокращенія органа своимъ гидростатическимъ давленіемъ, достигающимъ до 3500 граммъ (1-ая особенность аппарата).
- 2) Аппаратъ производитъ на матку толчкообразное, автоматическое раздраженіе, особенно цѣнное для нервно-мышечныхъ органовъ (2-ая особенность аппарата).
- 3) Аппаратъ раздражаетъ стѣнки матки какъ постороннее тѣло.
- 4) Аппаратъ отслаиваетъ оболочки въ нижнемъ сегментѣ отъ стѣнокъ матки и этимъ путемъ вызываетъ также раздраженіе.
- 5) Приподыманіемъ или опусканіемъ бюретки можно регулировать силу родовыхъ болей (3-ья особенность аппарата).
- 6) Аппаратъ, благодаря колебаніямъ жидкости въ бюреткѣ, является точнымъ указателемъ характера родовой дѣятельности, какъ въ смыслѣ частоты, продолжительности схватокъ, такъ и силы ихъ.
- 7) Выпаденіе баллона изъ матки, при раскрывающемся зѣвѣ, наблюдаемое при прочихъ однородныхъ способахъ, въ предлагаемомъ аппаратѣ предупреждается автоматическимъ увеличеніемъ объема баллона, происходя-

шесть полъ давлениемъ столба жидкости въ бюреткѣ (4-ая особенность).

8) Правильныя родовыя боли при предлагаемомъ аппаратѣ появляются черезъ нѣсколько минутъ послѣ введенія его въ матку.

9) Средняя продолжительность родовъ при примѣненіи аппарата весьма не велика и близка къ нормѣ — 21 часъ 33 минуты; она гораздо короче многихъ другихъ практикуемыхъ способовъ.

10) Аппаратъ дѣйствуетъ вполне надежно и самостоятельно, почти никогда не требуя на помощь другихъ способовъ.

11) Введеніе баллона въ матку весьма легко, почти безболѣзненно; оно не требуетъ ни предварительнаго расширенія шейки, ни особаго навыка.

12) Раскрытіе зѣва при предлагаемомъ аппаратѣ происходитъ вслѣдствіе появленія маточныхъ сокращеній, не путемъ насильственнаго, механическаго расширенія, какъ при нѣкоторыхъ практикуемыхъ способахъ.

13) Стѣнки матки замѣтно реагируютъ на введенный баллонъ аппарата, начиная съ пятаго мѣсяца беременности, а потому предлагаемый аппаратъ можетъ быть примѣняемъ также для возбужденія искусственныхъ незрѣлыхъ родовъ.

14) Аппаратъ можетъ быть съ успѣхомъ примѣняемъ не только для возбужденія искусственныхъ незрѣлыхъ и преждевременныхъ родовъ, но и для усиленія слабыхъ родовыхъ болей при срочныхъ родахъ.

Литература.

- 1) Преображенский. Четвертый международный конгресс акушерства и гинекологии в Риме. Журнал акушерства и женск. б. 1902 г. № 11.
- 2) Ихановский. Материалъ къ статистикѣ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Дисс.
- 3) Лазаревичъ. Курсъ акушерства изд. 1892 г.
- 4) Kehler. Руководство оперативнаго акушерства. перев. 1893 г.
- 5) Феноменовъ. Оперативное акушерство 1892 г.
- 6) Скацони. Руководство къ акушерской клиникѣ. Томъ IV 1857 г. пер. Полунина.
- 7) Красковский. Оперативное акушерство 1889 г.
- 8) Kufferath. Accouchement prématuré artificiel. Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie 1895 a.
- 9) Побѣдинскій. О возбужденіи преждевременныхъ родовъ при помощи коллейринтера и баллона Champetier de Ribes. Жур. акушерства и женск. б. 1897 г. № 9
- 10) Ribemont - Dessaignes et Lepage. Précis d'obstétrique troisième édition.
- 11) Кошеть. Къ вопросу объ искусственномъ раскрытіи матки. Русский врачъ 1903 № 12.
- 12) Макутовъ. Вызываніе преждевременныхъ родовъ по видоизмѣненному способу Гарнье. Журналъ акушерства и женск. болѣзней 1898 г. № 5.
- 13) Побѣдинскій. Искусственное расширеніе маточнаго зѣва въ акушерской практикѣ Труды Акушерско-Гинекологическаго общ. въ Москвѣ 1895 г. № 7.
- 14) Baum. Ein elastischer Metrocynter. Zentralblatt für Gynäkologie 1901 г. № 38.
- 15) Врачъ 1898 № 7 рефератъ Груздена.
- 16) Антоховскій. Сравнительный взглядъ на употребительные способы искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ. Дисс. 1864 г.

- 17) Альфельдъ. Руководство къ Акушерству, пер. Серебренникова и Островскаго
- 18) Kurrer. Zur Technik der Füllung des Kolpeurynter. Zentralblatt für Gynäkologie 1903 № 7
- 19) Foges Zur Technik der Füllung des Kolpeurynter. Zentralblatt für Gynäkologie 1903 № 17.
- 20) Schwarzenbach. Ein Metallinstrument als Ersatz für den Ballon bei der Cervix dilatation. Aerztliche Polytechnik 1900 № 2.
- 21) Браунъ. Курсъ оперативнаго акушерства, пер. 1865 г.
- 22) Леонинъ. О преждевременныхъ искусственныхъ родахъ въ отношеніи значенія ихъ и показаній. Дисс. 1959 г.
- 23) Zweifel. Lehrbuch der Geburtshilfe 1887.
- 24) Новицкій. Способы родоразрѣшенія при ужомъ тазѣ. Дисс. 1892 г.
- 25) Шаута. Очеркъ основъ оперативнаго акушерства, пер. Фишера 1885 г.
- 26) Шредеръ. Учебникъ акушерства, пер. подъ редакціей Рейна 1888 г.
- 27) Михайловъ. Средніе Русскіе акушерскіе итоги за пятьдесятъ лѣтъ (1840—1890 гг.). Дисс.
- 28) Schoedel. Результаты искусств. преждевр. родовъ, вызванныхъ вслѣдствіемъ узости таза, начиная съ 1893 г. по 1900 въ Дрезденской клиникѣ Журн. Акушер. и жен. б. № 7—8 рефер.
- 29) Строгановъ. О Метрейризмѣ. Журн. Акушер. и жен. б. 1902 № 5.
- 30) Голочиновъ. Учебникъ акушерства.
- 31) Mäurer. Neue Methode zur schnellen Eröffnung des Muttermundes bei der Geburt. Zentralblatt für Gynäkologie 1887 № 25.
- 32) Greder. Zur intrauterinen Anwendung von Gummiblasen bei der Geburt und Gynäkologie. Zentralblatt für Gynäkologie 1887 № 29.
- 33) Mueller. Über Kolpeuryse und Metreuryse. Zentralblatt für Gynäkologie 1900 № 49.
- 34) Шиндельбергъ. Учебникъ Акушерства, перен. 1879 г.
- 35) A. Peri. Zentralblatt für Gynäkologie 1904 г. № 1.
- 36) T. Soli. Zentralblatt für Gynäkologie 1903 г. № 48.

Положенія.

1. Инструментъ Bossi, дающій возможность въ короткій промежутокъ времени разбить беременную, представляетъ собой цѣнное обогащеніе акушерскаго инструментарія; особенно онъ полезенъ при эклампсін беременнахъ и роженницъ
2. Значеніе поддержанія промежности съ цѣлю предупрежденія ея отъ разрывовъ преувеличено
3. Перинеотомія при грозившихъ разрывахъ промежности представляетъ собой весьма цѣлесообразную операцію.
4. У роженницъ, страдающихъ маляріей, у которыхъ иногда въ теченіи многихъ мѣсяцевъ болѣзнь не проявлялась въ приступахъ, въ послѣродовомъ періодѣ наблюдаются типическіе приступы маляріи съ наличностью идазмовъ въ крови.
5. Вырыскиваніе подъ кожу 10% эрготина Roehl'я за 15 минутъ до производства кесарскаго сѣченія предупреждаетъ кровотеченіе во время операціи, а потому дѣлаетъ излишнимъ не только приѣмленіе жгута, но и сжатіе руками широкихъ связокъ.
6. Ежедневная смазыванія влагалища 25% растворомъ протаргола при гонорройномъ кольпитѣ даютъ быстро хорошіе результаты.
7. У кормилицъ Осетинковъ процентное содержаніе жира въ молокѣ значительно превышаетъ среднее нормальное содержаніе.
8. Общепринятая доза хирина при леченіи маляріи дѣтей въ возрастѣ 1—5 лѣтъ недействительна.

Curriculum vitae.

Эдмунд Михайлович Собѣстѣнскій, потомственный дворянинъ, римско-католическаго вѣроисповѣданія, родился 1867 году. Среднее образование получилъ въ 1-ой Тифлисской Классической гимназій, которую окончилъ 1887 г. Въ сентябрѣ мѣсяцѣ того же года поступилъ на медицинскій факультетъ Харьковскаго ИМПЕРАТОРСКАГО Университета 1893 году окончилъ курсъ съ званіемъ «аскаря съ отличіемъ», при чемъ въ томъ же году былъ назначенъ сверхштатнымъ ординаторомъ Харьковской Акушерской клиники, въ каковой должности пробылъ три года. 1-го января 1896 года приказомъ по Управленію Медицинской частью гражданскаго вѣдомства на Кавказѣ назначенъ заведующимъ гинекологическимъ отдѣленіемъ Тифлисской Михайловской больницы, а 17-го апрѣля 1898 назначенъ преподавателемъ, заведующимъ акушерскимъ отдѣленіемъ Закавказскаго Ольгинскаго Повивальнаго Института, въ каковой должности состоитъ до настоящаго времени. Экзамены на степень доктора медицины сдать въ 1895—1896 г.

Имѣеть слѣдующіе печатанные труды:

- 1) Изображеніе гинекологическихъ операцій на резиновыхъ моделяхъ. Журн. Акуш. и Жен. б. 1895 г. *Zentralblatt für Gynäkologie* 1895.
- 2) Къ казуистикѣ родовъ сросшимися двойнями. Журн. Акуш. и Жен. б. 1895 г.
- 3) Восемь чревосѣченій по поводу опухолей матки и ея придатковъ. Прот. Кавказ. Медиц. Общ. 1896 г.
- 4) Семь чревосѣченій и два случая удаленія фиброміомъ матки черезъ влагалище. Прот. Кавказ. Медиц. Общ. 1897 г.
- 5) Удаленіе матки черезъ влагалище съ замѣною лигатуръ кровоостанавливающими пинцетами. Прот. Кавказ. Медиц. Общ. 1895 г.
- 6) Къ техникѣ внутриматочныхъ прижиганій. Прот. Кавказ. Медиц. Общ. 1897 г.

- 7) Отчет о раковых больных гинекологического отделения Тифлисской Михайловской Больн. за два года (10 марта 96—10 марта 98 г.). Прот. Кавказ. Мед. Общ. 1898 г.
- 8) Восемь чревосечений. Прот. Кавказ. Мед. Общ. 1897 г.
- 9) Краткий отчет по гинекологическому отд. Тифлисской Михайловской больн. за 1896 и 1897 г. Журн. Акуш. и Жен. б. 1899 г.
- 10) Случай дермоидной кисты. Прот. Кавказ. Мед. Об. 1898 г.
- 11) Коллекция слѣпковъ *portionis vaginalis*. Прот. Кавказ. Мед. Об. 1897 г.
- 12) Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ влагалища. Прот. Кавк. Мед. Общ 1898 г.
- 13) Случай вѣнчаточной беременности. Прот. Кавк. Медиц. — Об. 1897 г.
- 14) Случай рубцового сужения влагалища во время родовъ. Проток. Кавк. Медиц. Общ. 1899 г.
- 15) Къ казуистикѣ уродствъ плода. Прот. Кавк. Мед. Общ. 1899 г.
- 16) Нѣсколько словъ о тазѣ Ацтековъ. Прот. Кавк. Мед. Общ. 1899 г.
- 17) Демонстрація кровообращенія утробнаго плода на фантомѣ. Прот. Кавказ. Мед. Общ 1899 г.
- 18) Термостатическій аппаратъ для выращивания недоносковъ. Проток. Кавк. Мед. Общ. 1900 г.
- 19) Случай кесарскаго сѣченія при остеомалятическомъ тазѣ. Журн. Ак. и Жен. бол. 1903 г.
- 20) Расширеніе маточной шейки по способу Bossi. Прот. Кавк. Медиц. Об. 1904 г.
- 21) *Fœtus rurgaceus*. Прот. Кав. Мед. Общ. 1901 г.
- 22) Къ казуистикѣ уродствъ плода. Прот. Кавк. Мед. Общ. 1901 г.
- 23) Цифровой отчетъ по акушерскому отдѣленію Ольгинскаго Повивальнаго Института за 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904 г. Прот. Кавказ. Мед. Об.
- 24) Къ техникѣ искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ.

Последнюю работу представляетъ какъ диссертацию на степень доктора медицины