

IV № 103

КЪ ТЕХНИКЪ

ИСКУССТВЕННОГО ВОЗБУЖДЕНІЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХЪ РОДОВЪ.

ДУБЛИКАТ

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Э. М. СОВЪСТІАНСКАГО.

✓ 64920



ТИФЛИСЪ 1905 ГОДА.

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

Телефонъ типографіи № 337.

✓

КЪ ТЕХНИКЪ
ИСКУССТВЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ
ПРЕЖДВРЕМЕННЫХЪ РОДОВЪ.

7- НОЯ 2012

ДУБЛИКАТ

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Э. М. СОВЪСТАНСКАГО.

618.2
С-54

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

ТИФЛИСЬ 1905 ГОДА.

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

Телефонъ типографіи № 387.

№ 18902

Получен
1906 г.

1950

Переучет-60

7 - ноя 2012

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

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

Операция искусственного возбуждения преждевременных родов была впервые произведена английским врачом Масауэйлем в 1736 году. Такое сравнительно позднее ее появление среди других акушерских операций указывает на то, что эта операция была не случайным открытием, а результатом целого ряда научных исследований в области акушерства в течение многих десятилетий. Точное изучение строения женского таза, головки новорожденного, механизма родов, а также наблюдения над жизнью случайно рожденных недоносков, несомненно, предшествовали идее искусственного возбуждения преждевременных родов. Разнообразные мнения об изобретателе рассматриваемой операции говорят за возможность одновременного появления данной идеи у акушеров различных стран при одинаковой степени развития науки.

Не смотря на разумную и благотворительную идею — сохранить жизнь плода вместе с жизнью матери, не подвергая ни той, ни другой особенной опасности (Крассовский), легшую в основу операции искусственного возбуждения преждевременных родов, послѣдняя весьма медленно завоевывала право на существование в оперативном акушерстве. Эта медленность в распространении, отчасти объясняется не совсем благоприятными результатами операции в доантисептическое время, отчасти же, отсутствием быстрых и надежных способов возбуждения родовой деятельности. По справедливому замечанию профессора Феноменова распространению новой операции не мало мешало то обстоятельство, что она предлагалась взамен операций, давно приобретших право гражданства. Операция, предложенная вначалѣ в интересах плода, главным образом при узких тазах, в настоящее вре-

мя производится при весьма разнообразных показаниях, как в интересах плода, так и в интересах матери. На четвертом международном конгрессе акушерства и гинекологии, бывшем в Риме, профессор *Schauta* *) привел детальную разработку показаний, с которыми, с которыми ограничиваем, большинство докладчиков согласилось. Вот перечень болезней, требующих, по его мнению, искусственного прерывания беременности. Нервные и психические болезни: *polineuritis gravidarum, chorea, tetania* в тяжелых случаях; тяжелые случаи наследственных психозов; тяжелая *epilepsia*. Болезни органов чувств и кожи: *retinitis*, упорные случаи *pruritus, pythiasis vesicolar, eczema, pemphigus* и особенно *herpes gestationis*. Болезни органов дыхания: быстро прогрессирующий легочный туберкулез, милиарный туберкулез. (для спасения плода). Болезни сердца: *stenosis valvulae mitralis*. Болезни пищеварительного аппарата: истончающий *ptyalismus, haematemesis* (с целью спасти жизнь плода), *icterus gravis, tumor hepatis malignum, hyperemesis*. Болезни мочевых путей: *albuminuria, haemoglobinuria, nephritis, eclampsia, pyelonephritis*. Болезни крови: *leukemia lienalis, anaemia perniciosa* (в интересах плода), *haemophilia, purpura et morbus maculosus Werlhofii*. Тяжелые случаи кахексии. Болезни обмена веществ: *diabetes, osteomalacia*. Инфекционные заболевания: *typhus abdominalis* в первые дни проявления болезни. Агония беременных в результате какой бы болезнью она ни была (для спасения жизни плода).

Методов, предложенных для искусственного возбуждения преждевременных родов, очень много. С 1756 года, года изобретения этой операции, по настоящее время, т. е. за период почти в полтора столетия, было предложено более семидесяти способов, при чем только несколько из них основаны на самостоятельных принципах, большинство же способов представляют собой ту или другую модификацию.

Указанная цифра, с одной стороны, служит лучшим доказательством отсутствия безопасно-надежных способов, а с другой стороны, свидетельствует о вполне естественном стремлении со стороны врачей усовер-

шенствовать технику операции, в основе которой лежит гуманная идея спасения жизни матери и младенца. При дальнейшем изложении предложенных способов мы будем придерживаться следующего порядка по группам.

1. Группа—способы механически раздражающие внутреннюю поверхность матки:

А) ТЪЛО ЕЯ.

1. Проколъ яйцевыхъ оболочекъ:

- а) ВЪ зѣвъ пальцемъ—*Maceaulay* 1756 г.
- б) . . . катетеромъ—*Scheel* 1799 г.
- в) Выше зѣва—*Worhkins* 1814 г.
- г) Специальнымъ троакаромъ—*Meissner* 1840 г.

2 Внутриматочная инъекция между оболочками и стѣнками матки (*Schweighauser* 1825 г.):

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

3. Отдѣленіе яйцевыхъ оболочекъ въ нижнемъ сегментѣ матки:

- а) Пальцемъ—*Hamilton* 1812 г.
- б) Роговымъ катетеромъ—*Ricke* 1827 г.
- в) Каучуковымъ пузыремъ—*dilatateur intrauterines Tarnier* 1862 г.

- г) Модификация Daudé 1863 г.
- л) Модификация Zepini и Moyno.
- с) Баллонъ Champetier de Ribes 1888 г.
- ж) Баллонъ Meller'a 1900 г.
- з) Предложение Schauta.
- и) Предложение Maurer'a 1887 г.
- 1) Баллонъ Boisard'a.
- к) Баллонъ д-ра Коптева.
- л) Модификация проф. Толочникова и Saenger'a.
- м) Катетеръ Кондомъ Blasen Greder'a
- н) Неэластический метрейринтеръ Baum'm'a 1901 г.
- о) Расширитель Emmet'a.
- п) Способъ Saft'a.

4. Введение бужей:

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

Б) ШЕЙКУ:

- а) Помощью прессованной губки—Bunninghausen 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 ламинарія—Wilson и G. Braun.
- е) Помощью палочекъ тунелло.
- ж) Помощью палочекъ корня гентяны.
- з) Введение йодоформовой марли въ шейку—Hofmeier.

- и) Введение йодоформовой марли въ шейку и во влагалище—Лебедевъ.
- 1) Введение ватныхъ тампоновъ смоченныхъ въ глицеринъ—Kehrer.
- 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) Металлическіе расширители Oziander'a, Krause, Ellinger'a, Busch'a, Moriceau, Bossi и его модификации; Tarnier, Schwarzenbach'a.
- о) Выпрыскивание „pomade dilatree“—Chaussier 1829 г.

II. Группа—рефлекторное раздражение:

1) Тампонация влагалища:

- а) Корней—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) Влажностные души:

- а) Восходящие—Kiwisch 1846 г.
- б) Выпрыскивание горичей воды въ 40°—R. Runge.
- в) Переменные—Schrader.

3) Души съ углекислотой—Scanzoni 1856 г.:

4) Раздражение грудей:

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

в) Электрическая кровососная банка—Н. Freund.

5) *Массажи матки:*

а) Расширение дна матки—d'Outrepoint, Ulsamer 1822 г.

б) Расширение дна матки с трепетом и подщипыванием маточной шейки—Ritgen.

6) *Обица ванны*—Gardien 1842 г.:

III. *Группа—электричество:*

1. Гальванический ток—Schreiber 1843 г.

2. Индукционный ток—Hoenic 1857 г.

IV. *Группа—фармацевтических средств:*

а) Спорынья—Bongiovanni 1827 г. Ramsbotham.

б) Cornutin Kobert'a—1886 г. Erhard.

в) Гидрастинг С.-Петербург. Родовном. Завед. 1886 года.

г) Хининг—Sayre.

д) Пилокарпинг подкожно—Массманг 1878 г.

Въ 1756 году англійскій врачъ Macaulay *) впервые воспользовался, давно до него известнымъ наблюдениемъ надъ непродолжительнымъ и непрелымымъ наступлениемъ родовъ вслѣдъ за отхождениемъ воды, применивъ его для искусственнаго прерыванія беременности. Разрывъ пузыря Macaulay произвелъ указательнымъ пальцемъ, завелъ его за внутренней зѣвъ матки. Последователи Makaulay'a: Kelly и Beumіаи подробнымъ описаниемъ собственныхъ наблюдений много способствовали распространению указанной операции, какъ въ Англии, такъ и въ прочихъ государствахъ. Способъ Macaulay'a подвергся измѣненіямъ, причемъ наиболее существенное измѣненіе было предложено Hopkins'омъ въ 1814 году; послѣдній, считая полезнымъ сохраненіе хотя-бы части околоплодныхъ водъ для болѣе

успѣшнаго раскрытія зѣва, предложилъ разрыть пузырь производить не въ зѣвѣ, а прокалывать выше.

Идея Hopkins'a была осуществлена въ 1840 году Me'ssner'омъ, придумавшимъ спеціальную троакаръ для этой цѣли. Проколъ оболочекъ въ зѣвѣ категорич., въѣсто пальца, предложенный въ 1799 году Scheel'емъ, не представляетъ собой существеннаго видоизмѣненія разсматриваемаго способа. Профессоръ Лазаревич *) для разрыва пузыря употреблялъ заостренный китовый усъ. С. Braun *) надѣлать заостренное гусиное перо на маточный зондъ, такимъ образомъ, что конецъ послѣдняго закрываетъ собой острие; ввести въ матку инструментъ и упершись въ пузырь, онъ вытягиваетъ зондъ обратно, а перомъ надавливаетъ на пузырь, который легко проникаетъ въ полость яйца. Инструментъ Wenzel'a *)—выдвигающийся стилетъ изъ полой трубочки съ остриемъ, соединенную съ сифономъ, поршень котораго выдвигаясь, разреженіемъ воздуха втягиваетъ и прокалываетъ остриемъ оболочки, являющіяся изгибнымъ инструментальнымъ балластомъ. Растираніе дна матки черезъ брюшные покровы передъ прокалываніемъ пузыря, представляеть собой весьма полезный со-вѣтъ, облегчающій оператию, а отчасти предупреждающій случайное пораненіе подлежащей части.

Для оцѣнки способа Macaulay'a мы не станемъ приводить отдѣльныхъ мнѣній авторовъ, ибо всѣ согласны, что способъ этотъ безусловно надежный и что, вслѣдъ за истеченіемъ околоплодныхъ водъ, спавшееся яйцо даетъ неминуемый толчокъ къ сокращеніямъ матки. Согласны также всѣ въ его существенныхъ недостаткахъ. Отъ момента прокола оболочекъ до начала родовой дѣятельности обыкновенно проходитъ довольно значительный промежутокъ времени въ среднемъ отъ 12—24 часовъ (Seanzoni *)); описаны случаи, гдѣ родовая боли наступали черезъ 4—5 дней (Красовскій); возмѣненіе же болѣе черезъ нѣсколько часовъ, послѣ операций наблюдается весьма рѣдко. Шансы на введеніе инфекции при отсутствіи пузыря и затянувшемся періодѣ раскрытія повышаются. Благодаря раннему отхождению водъ, родовая боли 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 обхватавания плода стянками матки, кровообращение как в сосудах матки, так и в сосудах чюповины нарушается, что подвергает жизнь плода опасности. Проккол оболочек при закрытой шейки, особенно у первородящих, представляют некоторую затрудненя; употреблене острых инструментов иногда влечет за собой пораненя подлежащей части и маточной шейки.

Въ 20 случаяхъ **Meissner's** *) старшаго 16 дѣтей остались въ живыхъ и всѣ матери. Изъ 170 родильницъ сообщенныхъ **Hoffmann'омъ** 18 заболѣло, 9 умерло; изъ 178 дѣтей 110 родилось живыми, 68 мертвыми. У **C. Braun'a** изъ 39 дѣтей 27 живыхъ; **Herrfeld** изъ 53 дѣтей 35 живыхъ. Общее число дѣтей родившихся живыми при проколѣ оболочекъ составляетъ 64,7%. Въ общемъ нужно сказать, что способъ идущий въ разрѣзъ съ физиологическимъ теченіемъ родовъ (ранній разрѣзъ пузыря) не можетъ считаться удовлетворительнымъ. Широкое примѣненіе его въ прежнее время говорить только за отсутствіе другихъ лучшихъ способовъ; въ настоящее-же время онъ является только вспомогательнымъ средствомъ въ тѣхъ случаяхъ, когда вслѣдъ за примѣненіемъ другихъ способовъ маточный звѣзъ достаточно раскрытъ, а роды не совершаются.

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

черезъ трубку **Cohen** вырскивали до 24-хъ унцій легтарной воды. **Wageninge** совѣтовалъ вырскивать настой спорыши; большинство-же авторовъ вырскивали 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; продвигнувъ трубку на 10—15 сантим., по возможности придерживаясь передней стѣнки матки, прижимають къ маточному звѣзъ губочку пропитанную масломъ и надѣтую на трубку и этимъ самымъ препятствуютъ обратному паденію жидкости изъ полости матки. Вырскинувъ около 4-хъ унцій воды, сифонъ удаляютъ, наружное-же отверстіе трубки закрываютъ пальцемъ; черезъ 10 минутъ, отнявъ палецъ и выпустивъ жидкость, беременной разряжаютъ ходитъ.

Профессоръ **Лазаревичъ** †) придумалъ для вырскиванія эластическую конусообразную трубку, имѣющую только одно отверстіе на закрученномъ концѣ; для предупрежденія сгибанія трубки въ нее вводится проволока; трубка соединяется со шприцемъ, которымъ вырскивается около 7 унцій воды. Такое видоизмѣненіе трубки даетъ возможность вырскиваемой жидкости достигать до дна матки, гдѣ она въ короткое время и задерживается.

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

Профессоръ **Kufferath** †) на 13-мъ съѣздѣ акушеровъ, гинекологовъ и педіатровъ, бывшемъ въ 1895 году въ Бордо, слѣлалъ докладъ объ усовершенномъ способѣ отслаиванія оболочекъ съ цѣлю искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ. Докладчикъ находилъ различные инструменты, предложенные для вызванія преждевременныхъ родовъ сложными и не всегда доступными

для врачей в провинции, предлагается для вызывания преждевременных родов пользоваться обыкновенной кружкой Эсмарха с прямыми цилиндрическим стеклянныи наконечником. После тщательной дезинфекции наружных половых органов и влагалища, пропустив первую струю и выгнав воздух из трубки, вводят по пальцу левой руки наконечник в шеюку, таким образом, что конец наконечника быль-бы на уровне внутреннего зъва; кружку с дистиллированной водой держать на 50 сантим. над уровнем таза. Выпрыскиваемая жидкость в матку легко отслаивает оболочки яйца от нижняго сегмента, частью оставаясь в маткѣ, частью-же вытекая обратно.

Через кружку Kufferath пропускает 1 литр воды, послѣ чего удаляет наконечник. Авторъ очень доволен этим способом, при чемъ приводит 6 случаев (5 преждевременных родов, 1 выкиды) изъ своей практики, гдѣ преждевременные роды были вызваны описанным способом. Схватки обыкновенно появлялись черезъ 5—6 часовъ послѣ внутриматочной ирригации; иногда при слабыхъ родовыхъ боляхъ приходилось ирригации повторять 3—4 раза въ теченіи сутокъ. Изъ пяти приводимыхъ случаевъ искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ 4 раза показаніемъ служила узость таза, при чемъ *conjugata vera* колебалась отъ 6 до 8 сантим.; въ одномъ случаѣ показаніемъ служила эклампсія; три раза пришлось автору искусственно порвать пузырь; 1 разъ роды окончены симфизиотоміей (6 смт. *conjugata vera*), два раза щипцами; четверо дѣтей родилось живыми, одинъ мертвымъ; матери написаны здоровыми. Особыхъ осложнений при практикуемомъ способѣ авторъ не наблюдаетъ, исключая одного случая, гдѣ во время ирригации появились сильные колики въ маткѣ. Профессоръ. *Tarnier* возражалъ докладчику, находя предлагаемый способъ не совсемъ безопаснымъ: при плотно обхватившей шейку наконечникъ, большое количество жидкости можетъ задержаться въ маткѣ съ дурными послѣдствіями для беременной, кромѣ того со струей жидкости можетъ вернуться воздухъ въ маточныя вены и дать летальный исходъ.

Нѣтъ сомнѣнія, что предлагаемый профессоромъ Kufferath'омъ способъ весьма простъ, чѣмъ первая цѣль автора достигнута; что касается его вѣрности и безопасности, то приводимые авторомъ 6 случаевъ еще не даютъ отвѣта на затронутые вопросы; авторъ самъ указываетъ, что въ одномъ случаѣ пришлось внутриматочныя ирригации въ теченіи сутокъ производить 4 раза, порвать пузырь и роды окончить щипцами. Относительно возможности задержанія въ маткѣ большого количества жидкости, которое, по нашему мнѣнію, кромѣ коликъ можетъ повлечь преждевременное отслаиваніе дѣтскаго мѣста, докладчикъ, предусматривая это осложненіе, совѣтуетъ при задержкѣ обратнаго тока жидкости изъ матки вынуть на время наконечникъ, выпустить избытокъ жидкости и снова ввести наконечникъ для послѣдующихъ инъекцій; совѣтъ не обоснованъ на цифровыхъ данныхъ, а потому остается неизвѣстнымъ какое количество безвредно должно задерживаться въ маткѣ.

Способъ *Cohen'a* широко примѣнялся въ 50—60 годахъ; съ обнародованіемъ-же иѣсколькихъ случаевъ внезапной смерти, происшедшей отъ воздушной эмболии при введеніи трубочки, способъ сталъ терять своихъ приверженцевъ, и въ настоящее время почти всѣмъ оставленъ.

Prof. *Ahlfeld* въ своемъ руководствѣ къ акушерству даже не упоминаетъ о немъ. Профессоръ *Spiegelberg* ²⁴⁾ категорически заявляетъ о его непригодности. Къ отрицательнымъ сторонамъ этого способа относятъ: возможность воздушной эмболии, легкая возможность внесенія инфекции, частое поврежденіе дѣтскаго мѣста, сопровождающееся кровотеченіемъ и наблюдаемое нередко прорѣзаніе оболочекъ плацда со всеми его послѣдствіями. Хотя способъ *Cohen'a* считается довольно действительнымъ, тѣмъ не менѣе описаны случаи, гдѣ только послѣ десяти вырискиваній наступала родовая дѣятельность. На 85 случаевъ ²⁵⁾ искусственнаго возбужденія родовъ вырискиваніемъ въ матку, въ 30-ти дѣти родились мертвыми (35%); профессоръ *Красовскій* упоминаетъ о трехъ своихъ смертельныхъ случаяхъ, побудившихъ отказаться отъ разбираемаго способа. Изъ трехъ случаевъ С.-Петербургъ-

ского родовспомогательного заведения, оперированных по способу **Cohen'a**, в одном случае наблюдалось вхождение воздуха в вены матки, причём смерть наступила через 2 дня от септиемии.

Механизм действия разбираемого способа сводится к раздражению внутренней поверхности матки жидкостью, которая действует своим напором и температурой; происходящая отслойка оболочек падаёт от стёнки матки и поддерживается раздражением в дальнейшем.

Защитником способа **Cohen'a**, а взрыве сказать своего видоизменения, является профессор **Лазаревич** 2); последний придаёт громадное значение достижению чистоты при вприскивании до дна матки, т. е. до части её более чувствительной к раздражению. В подтверждение высказанного мнения профессор **Лазаревич** приводит собственных 19 случаев искусственных преждевременных родов и несколько случаев своих последовательцев. Из 19 случаев 12 раз требовалось по одному вприскиванию и в 7 случаях по два. Роды длились, за исключением двух случаев, от 3 1/2 час. до 36 часов; средняя их продолжительность была около 19 часов, в одном случае они длились двое суток, а в другом окончились только на 9-й день после вприскивания. В 13 случаях плод родился живым и в 3-х мертвым, из них двое умерло до операции.

В 1812 году **Hamilton** 3) стал вызывать искусственные преждевременные роды отслаиванием плодных оболочек пальцем от стёнок матки в нижнем её сегменте; случаи свои **Hamilton** обнародовал в 1836 году. По указанию одних авторов этот способ впервые был применён в 1804 году **Joseph Jones'ом** и затем **Sims'ом**, по другим **Merriman'ом**. Первые искусственные роды в России были вызваны разбираемым способом в Або профессором **Thöngren'ом** 1804 г. Ни способ **Hamilton'a** ни видоизменение его — замена пальца ровным катетером (**Rieke** 1827 г.) не привелись в практику, благодаря своей ненадежности. Идея же **Hamilton'a** — отслаивание оболочек от нижнего сегмента матки, отчасти легла в основу способа предложенного француз-

ским акушером профессором **Tarnier** и последующих его изменений.

В 1862 году **Tarnier** 4) для искусственных преждевременных родов предложил аппарат, состоящий из каучуковой трубки и металлического проводника. Трубка каучуковая длиною в 30 сантиметров, толщиной в гусиное перо на одном конце представляется глухой; стёнки глухого конца на расстоянии 4 сантиметров, более тонкостью нежели остальная часть трубки и при инъекции воды растягиваются в небольшой шарик. Посредством особого проводника изгибающего вид желобоватого зонда с ручкой, глухой конец трубки вводят в матку на 3 сантиметра выше внутреннего зъва между яйцом и передней стёжкой матки. Впрыскивая сифоном в трубочку теплую воду в количестве 50., свободный конец трубочки переизвивают ниткой, затем, вынув проводник, бережно шарик разбивают бычьими ногтями. По уврежению автора через 3—4 часа появляются схватки, а через 10—12 часов шарик выбрасывается из матки. Способ **Tarnier** основан на раздражении нижнего сегмента матки; растянутый жидкостью баллон, частью отслаиваемый оболочек в нижнем сегменте матки, частью как постоорнее тело вызывает маточные сокращения.

Баллон **Tarnier**, благодаря своему небольшому размеру, не пригоден для достаточного раскрытия маточного зъва, после которого уже начавшаяся родовая деятельность не останавливается; он выпадает вскоре после начала родовых болей при небольшом раскрытии маточного зъва; помимо сказанного к недостаткам баллона нужно отнести его непрочность.

Модификация аппарата **Tarnier**, предложенная в 1863 году **Dandé** 5), направленная главным образом на расширение середины канала шейки и модификация **Zepine** и **Moyné**, представляющая собой катетер с маленьким шариком наддуваемым воздухом после введения в матку, не имея никаких преимуществ перед способом **Tarnier**, не получили распространения.

В 1888 году **Champetier de Ribes** предлагал баллон трехразмерной конусообразной формы из шелковой

материи, покрытый снаружи и внутри слоем каучука; описание и употребление баллона мы заимствуем из акушерства Ribemont-Dessaignes et Zéage. Большая модель имеет форму удлиненного конуса длиной 10—12 сантиметр; при наполнении окружность основания равна 31 сантиметр; конус удлиняется в трубку, а длина последней 65 милл.; окружность на месте перехода 9 сантиметр; ось конуса с осью трубкой образует угол в 135°; баллон непосредственно переходит в гуттаперчевую трубку, конец которой закрывается крапом. Баллон вводится в матку особым пицетом, который после инъекции жидкости удаляется, баллон же закрывается крапом. Сильного наполнения баллона сразу производить не следует, ибо схватки тогда наступают медленно. Если проходит 2—3 часа с момента введения баллона, и родовая деятельность не появляется, производить за резиновую трубочку несколько тракций вниз дабы втянуть баллон широкой частью в нижний сегмент; если баллон не спускается, то выпускают от 60—100 грамм жидкости, после чего обыкновенно сокращения матки появляются; если же сокращения принимают характер слишком частых и сильных, снова вводят в баллон вышущую жидкость всю или часть, руководствуясь силой сокращений.

Из сказанного видно, что при наполнении баллона в каждом отдельном случае должно руководствоваться индивидуальной возбудимостью матки. При наступлении правильных родовых болей в среднем приходится баллон наполнять до величины детской головки. Схватки после введения баллона Champetier de Ribes обыкновенно начинаются через 3 часа. Роды кончаются через 6—10 часов после введения баллона; в редких же случаях затягиваются до 48 часов. Вслед за рождением растянутого баллона, происходящего обыкновенно почти при полном раскрытии маточного зва, рождается вскорь плод. Сам автор течение родов при своем способе сравнивает с родами при двойнях, при чем роль первого плода играет баллон; после рождения баллона родовые пути настолько раскрыты и подготовлены, что рождение плода происходит легко.

Большая модель баллона Champetier de Ribes применяется при предлежании детского мзда, при гипотоничном плоде и во всех случаях, где скоро нужно окончить роды. Наиболее удобными месяцами беременности для большей модели представляются 8-й—9-й—10-й; в это время внутренней маточной зва у многородящих настолько растяжимы, что баллон без особых препятствий вводится в матку. Средняя модель применяется на 5—7-м месяце беременности, а малая в первые пять месяцев беременности. Обе эти модели с успехом несколько раз применяются в клинике Baudeboque'a, при чем Wallieb дает следующее описание. Меньшая и средняя модели имеют правильно-коническую форму; верхушка конуса слегка усечена; от нее идет длинная трубочка оканчивающаяся зажимом. Размеры меньшей модели: окружность основания конуса 135 милл.; вершина конуса в окружности 25 милл., высота—50 милл., вместимость конуса 40 грамм. Размер средней модели: окружность основания 245—250 милл.; окружность высоты конуса 90 милл. Так как только большая модель баллона Champetier de Ribes предназначена для вызывания преждевременных родов, то мы на ней и остановимся.

Для оценки способа Champetier de Ribes, неимеющего большого распространения, мы воспользуемся семью случаями описанными доктором Побединским из Московской клиники профес. Макаева. В пяти случаях показанием к прерыванию беременности послужило служение таза (наружн. conjug. 16—17¼ с., conjug. vera 8 с.; прерывание беременности произведено в 4-х случаях на 36 недѣлѣ, а в одном—на 38 недѣлѣ); в одном случае показанием служил недретизм, а в одном рубцы влагалища. Из 7 детей двое родились мертвыми. В 5-ти случаях роды окончились оперативным путем (поворот с последующим извлечением 2, поворот, перфоран. 1, пицны 2), а в двух случаях окончились произвольно; все родильницы живы и здоровы; в трех случаях пузырь разорвался при введении баллона, а в 3-х разорван искусственно почти при полном откры-

ти зѣва; въ двухъ случаяхъ баллонъ родился самопроизвольно (черезъ 9—14 час.), въ пяти случаяхъ вслѣдствіе потягиванія рукой или постоянного притяженія его къ краю кровати (2—7 час.); послѣ рожденія баллона открытіе зѣва было не менѣе 4-хъ палцевъ; 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 отрывалась.

Однимъ изъ существенныхъ недостатковъ баллона *Champetier de Ribes* считается наблюдаемое при немъ измѣненіе положенія плода съ переходомъ въ поперечное и косое и съ выпадениемъ 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 кажется, что баллонъ *Champetier de Ribes*, дѣйствующій кромѣ возбужденія сокращеній матки непосредственнымъ механическимъ расширеніемъ маточной шейки и нижняго сегмента, въ приложеніи долженъ быть ограниченъ только тѣми случаями, которые по роду своей болѣзни требуютъ возможно быстраго 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 *Stiefenhofer'a*. 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 оканчиваются поворотомъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ.

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

Maurer ***) въ 1887 году для быстраго раскрытія зѣва предложилъ къ веденію въ матку кольпейринтеру приложить послѣдовательное потягиваніе.

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

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

Наблюдаемое послѣ изгнанія кольпейринтера ослаб-

ление родовых болей, обыкновенно может измениться в усиление их после разрыва пузыря; случайный разрыв пузыря, наблюдаемый при введении кольцевого аппарата, не имеет дурных последствий, так как кольцевой аппарат закрывает наливающейся плодной жидкостью.

Нам кажется, что окончание родов в юсти случаях из 13 путем поворота съ последующим извлечением без особых показаний къ оперативному вмешательству, за исключением одного случая—поперечного положения, характеризует разбираемый метод искусственного возбуждения преждевременных родов съ отрицательной стороны. Правда, открытие зѣва послѣ выхода кольцевого аппарата из матки колеблется отъ 3 пальцевъ до почти полного открытия, однако, повидному, дальнейшее проявление родовой дѣятельности было недостаточно энергично, дабы можно было предоставить роды до конца собственному течению. Хотя оперативнымъ вмешательствомъ—поворотомъ съ последующимъ извлечениемъ, течение родовъ значительно сокращалось, продолжаясь въ среднемъ нѣсколько часовъ, тѣмъ не менѣе способъ, требующий для окончания родовъ столь грубой операции какъ поворотъ и извлечение, далеко не можетъ считаться удовлетворительнымъ. При показаніи къ быстрому разрыванию разбираемый способъ найдеть себѣ полное примѣнение. Кроме того должно замѣтить, что раскрытіе зѣва при кольцевомъ главномъ образомъ происходитъ на счетъ непосредственного механическаго растяжения шейки и только отчасти есть результатъ маточныхъ сокращений.

Boissard *) въ 1894 году предложилъ для искусственного возбуждения преждевременныхъ родовъ два баллона: одинъ меньшій, представляющий собой видоизмѣненіе баллона **Tarnier**, другой-же большій—напоминающей собой баллонъ **Champetier de Ribes**.

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

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

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

Преимущество меньшаго баллона **Boissard'a** передъ баллономъ **Tarnier** заключается въ большей его прочности и въ большей его величинѣ, мѣняющей 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 сантима онъ выталкивается изъ матки при значительно меньшемъ диаметрѣ, постепенно вытягиваясь въ длину и раздвигаясь на подобіе песочныхъ часовъ; открытіе зѣва матки послѣ выпаденія можетъ и не превышать 1—2 пальцевъ, а родова дѣятельность при такихъ условіяхъ не рѣдко останавливается. Что касается большаго баллона **Boissard'a**, приготовляемаго изъ перестирываемой ткани, то преимущество его передъ баллономъ **Champetier de Ribes** заключается въ его формѣ, принима-

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

Докторъ Коппевъ 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 ириругую трубку. По поверхности баллона, въ направленіи отъ отводной трубки къ верхушкѣ купола проходятъ на известномъ разстояніи другъ отъ друга, крѣпкія, нерастяжимыя нити, припаянныя и залитыя резиной; послѣднія на верхушкѣ баллона, пройдя внутрь и свившись, образуютъ длинный внутренней тяжи, конецъ котораго закрѣпленъ въ стѣнкѣ находящагося внутри отводной трубки цилиндра изъ твердаго каучука. На резиновую трубку надѣваются двѣ цилиндрическія гильзы изъ твердой розовой резины; одна изъ гильзъ плотно прилегаетъ къ резиновой трубкѣ, верхнимъ концомъ упираясь въ самую нижнюю часть баллона; другая большая гильза надѣвается на малую.

Способъ употребленія состоитъ въ слѣдующемъ: расширивъ каналъ шейки расширителями Hegara до открытія на одинъ палецъ, вводится въ полость матки пустой баллонъ (авторъ не упоминаетъ какимъ инструментомъ вводить 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 тяжи, причемъ 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 большемъ 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 метрейринтерами авторъ усматриваетъ въ возможности примѣняться къ существующимъ условіямъ роженницы и управлять разраженіемъ потягивая за шнуръ. Идея лежащая въ основѣ баллона доктора Коппева не нова; большая модель баллона Boissarda основана на томъ-же принципѣ; замѣна-же не растягивающейся ткани (Boissard) резиной заключенной въ цѣлую съѣв нерастягивающихся нитей на подобіе эростата сильно усложняетъ приготовленіе баллона, не давая никакихъ особыхъ преимуществъ.

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

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

шарь). Захватив переднюю губу кулицигангом, вводят пустой пузырь съ металлической трубкой за внутренний зѣвъ по пальцу; послѣ чего на наружный конец металлической трубки надвѣваютъ небольшой кусокъ резиновой трубки, черезъ которую вырскиваютъ въ пузырь, отъ 90—120 грамъ раствора 4% борной кислоты и завязываютъ трубку; влагалище слегка тампонируется йодоформовой марлей, а выстоявшій изъ половой щели конецъ металлической трубки подвизывается къ бедру беременной.

При выталкиваніи пузыря съ металлической трубкой и маломъ открытіи зѣва, пузырь вводятъ снова въ матку, но уже вливаютъ 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 Barnes'a, а въ шести случаяхъ беременность была нарушена при нежизнеспособныхъ плодахъ, а потому мы ихъ отоснимъ къ выкидаммъ, а не преждевременнымъ родамъ. Изъ двѣнадцати случаевъ 7 разъ показаніемъ къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ служилъ таъ, 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, шорт); максимумъ 74 часа; средняя продолжительность 24 $\frac{1}{4}$ часа, 8 разъ родовая дѣятельность вызывалась исключительно разбираемымъ способомъ, а 4 раза вслѣдъ за вынавшимъ пузыремъ приѣхиваясь расширитель Barnes'a, кольцеириптеръ 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 безразличнаго для роженицы. Что касается его преимуществъ передъ баллономъ Tarnier, то нельзя не отмѣтить большей прочности пузыря и болѣе легкаго введенія въ матку.

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

Вслѣдствіи Greder ²³⁾ эластическій катетеръ замѣнить металлическимъ, а кондомъ резиновыми баллонами различной величины.

Baum ¹⁴⁾ (Бреславль), находя не эластическій кольцеириптеръ 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 наполняется пузырь, послѣ введенія его въ матку. Для удобнаго введенія пузыря черезъ шейку авторъ употребляетъ гнущуюся металлическую палочку, которая предвительно вводится черезъ цинковую трубку въ пузырь. Способъ приготовления свиного пузыря состоитъ въ слѣ-

дуошемъ: свиной пузырь падуается воздухомъ и сунит-ся; затѣмъ кладутъ его въ растворъ селемы 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 ¹²⁾ предложилъ расширитель конусообразной формы, верхушкой обращенной къ верху. Докторъ Побѣдинскій, приѣзжавшій его нѣсколько разъ считаетъ его непригоднымъ, ибо расширитель не можетъ постепенно раскрывать маточнаго зва, а дѣйствуетъ сразу на большую шириферію.

Докторъ **Saft** ¹³⁾ (Бреславль) 1898 году описалъ семь случаевъ искусственно вызванныхъ преждевременныхъ родовъ посредствомъ глицерина, вводимого въ матку въ рыбій пузырь. Съ этой цѣлью авторъ беретъ кондомъ, приготовляемый изъ плавательнаго пузыря рыбъ, насаживаетъ его на полый бужъ и привязываетъ шелковой лигатурой. Проведя пузырь между яйцомъ и стѣнками матки, наполняютъ его черезъ каналъ бужа глицериномъ въ количествѣ 100 куб. сант., причѣмъ наружный конецъ бужа закрываютъ резиновымъ колпачкомъ. Появленіе родовой дѣятельности авторъ объясняетъ специфическимъ дѣйствіемъ глицерина, диффундирующаго черезъ оболочку пузыря. **Saft** приѣмлялъ 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 32 час. Явленія отравленія глицериномъ авторъ ни разу не наблюдалъ. Способъ предлагаемый **Saft**омъ нельзя считать надежнымъ; возбуждаемая родовая дѣятельность при немъ весьма вяла, роды длятся по нѣсколько сутокъ; благодаря легкой-же возможности разрыва рыбьяго пузыря съ послѣдующимъ всасываніемъ глицерина должно его считать даже не безопаснымъ.

Въ 1848 году профессоръ **Zehmann** ¹⁴⁾ предложилъ новый способъ возбужденія преждевременныхъ родовъ, состоящій введеніи воскового бужа между оболочками и стѣнками матки, который тотчасъ удалялся. Дѣйствіе

способа **Zehmann**'а сводится къ раздраженію матки инороднымъ тѣломъ, отслаивающимъ оболочки. Для избѣжанія необходимости неоднократнаго введенія бужа, наблюдаемаго при способѣ **Zehmann**'а, одновременно въ 1883 году **Krause** ¹⁵⁾ Дерптѣ и **Simon** въ Англии стали оставлять эластическій катетеръ въ маткѣ до начала родовъ и даже на нѣкоторое время послѣ ихъ наступленія. **Braun** ¹⁶⁾, 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** ¹⁷⁾ предложилъ целлолоидный бужъ; послѣдній, по мнѣнію Побѣдинскаго, пролежавъ нѣсколько часовъ въ маткѣ, дѣлается мягкимъ, а потому теряетъ силу раздражителя.

A. Peri ¹⁸⁾ въ 1904 году предложилъ слѣдующую модификацію бужа **Krause**; въ середину бужа онъ вставлялъ мѣдную трубочку, а конусъ 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 влагалищную часть ложками, а захваченную переднюю губу пупельными щипцами низводятъ и фиксируютъ. Обезложенный бужъ вводятъ глубоко въ матку по передней или задней ее поверхности; влагалище рыхло тампонируютъ іодоформной марлей. Бужъ оставляется до появленія правильной родовой дѣятельности, а по собѣту нѣкоторыхъ до полного открытія зва или даже до конца родовъ. Родовая дѣятельность послѣ введенія бужа обыкновенно появляется черезъ 8—12 часовъ; случаи двухсуточнаго безрезультатнаго лежанія бужа въ маткѣ нерѣдки; при слабыхъ сокращеніяхъ матки совѣтуютъ вводить другой и даже третій бужъ.

Въ С.-Петербургскомъ родовспомогательномъ заведении ³⁾ съ 1881 по 1892 г. 36 разъ были вызваны искусственные преждевременные роды, при чемъ въ 52 случаяхъ применялись души и бужж (въ двухъ случаяхъ бужжъ безъ предварительныхъ душей). Бужж вводился въ среднемъ послѣ трехдневнаго приготовления родовыхъ путей душами. Родовыя боли въ среднемъ появлялись послѣ введенія бужжъ 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 бужж, 16 разъ по два, 11 разъ по 3 и разъ 4.

Средняя продолжительность родовъ равна 1 сутки, 18 часовъ, 40 минутъ. Въ шести случаяхъ пузыри порванъ нечаянно при введеніи бужж; 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 родинницъ 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 эластической катетеръ, а 12-струнный бужжъ) въ среднемъ родовая дѣятельность наступала черезъ 9 часовъ по введеніи эластическаго катетера или бужж; 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 Бададиннымъ о вліяніи развитія андометрита 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 распространению разбираемаго способа.

Въ 1820 году Brunninghausen ⁵⁾ предложилъ вызывать роды прессованными губками. Siebold первый приблизилъ 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. Braunn ⁶⁾ предложили прессованную губку замѣнить стеблемъ *laminaria digitata*, *tapollo* и корнемъ *genfian*. — Кусокъ конической прессованной губки на особомъ зондѣ, носимомъ названіе *porte-éponge*, послѣ тщательной дезинфекціи влагалина и маточной шейки вводятъ въ шейку такимъ образомъ, чтобы основаніе губки пришлось на уровнѣ наружнаго зѣва, послѣ чего зондъ удаляютъ, а влагалине тампонируютъ іодоформовой марлею. Введеніе губки одинъ производитъ по зеркалу, другіе по пальцу; введенную губку оставляютъ отъ 2—6 часовъ. При отсутствіи болей приходится иѣсколько разъ мѣнять губку на болѣе толстую. Родовая дѣятельность обыкновенно проявляется на вторые сутки, хотя наблюдались случаи, гдѣ она начиналась только черезъ 4 сутокъ.

Дѣйствіе способа Brunninghausen—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 черезъ прессованную губку, трудно поддающуюся обеззараживанію, наряду съ неадекватностью метода Brunninghausen—Kluge способствовали его забвенію.

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

Пріемъ такого расширенія Vulliet употребляетъ для діагностическихъ и терапевтическихъ цѣлей, но не беремъ

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

Профессор **Лебелев** ²⁹⁾ в двух случаях вызвал искусственные преждевременные роды, видоизменив несколько способ **Vulliet**; кроме введения в канал шейки до внутреннего зъва полоски йодоформовой марли, он тампонировал 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 угроза, введен тампон, 4/IV заменил более объемистым, появились сокращения; 5/IV заменил еще большим, усилились сокращения; 6/IV беременная вынасалась, а 10/IV поступила снова в клинику съ полным открытием зъва).

Kehrer ⁴⁾ в нескольких случаях съ успехом применял тампонацию маточной шейки ватой, смоченной въ глицеринѣ. Эффект такого способа онъ приписывает глицерину, действующему на маточную мускулатуру. Изъ описанія способа **Saft'a**, вводящаго глицеринъ въ матку въ рыбьихъ пузыряхъ, черезъ который онъ легко диффундировать, глицеринъ не оправдываетъ возлагаемыхъ на него надежд; продолжительность родовъ въ случаяхъ **Saft'a** длилась обыкновенно нѣсколько сутокъ.

Въ 1831 году **Schnackenberg** ³⁾ предложилъ для искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, маленький животный пузырь, привязанный къ шприцу; введя пузырь въ шейку ширинцемъ нагнетаютъ въ него воду и этимъ самымъ механически раскрываютъ матку.

Аппаратъ этотъ, названный авторомъ **Sphenosphon**, не былъ принятъ современниками и только черезъ 30 лѣтъ, въ 1862 году **Barnes**, воспользовавшись идеей **Schnackenberg'a**, предложилъ свой каучуковый дилляторъ.

Метрорринтеръ **Barnes'a** ¹¹⁾, приготовляемый изъ вулканизированнаго каучука, состоитъ изъ двухъ пузырей, соединенныхъ между собой перешейкомъ; каждый пузырь снабженъ особой трубочкой съ краномъ; болѣе поздняя упрощенная модель, носящая названіе расширителя **Barnes—Fehling'a**, состоитъ изъ одного каучуковаго мѣшка, по формѣ напоминающаго собой въ сухомъ видѣ скринку, а въ наполненномъ состояніи—песочные часы.

Мѣшокъ **Barnes—Fehling'a** вводится въ матку при помощи коринца по пальцу или по зеркалу такимъ образомъ, что верхняя расширенная часть его занимаетъ мѣсто внутри матки, нижняя же—влагалище, а перехватъ шейки. Наполненный жидкостью мѣшокъ растягиваетъ каналъ шейки; при началѣ родовою дѣятельности и выпадении мѣшка, его замѣняютъ слѣдующимъ большимъ номеромъ; обыкновенно приготовляютъ расширитель **Barnes'a** 5 величинъ; самый малый въ длину имѣетъ 3,5 сант., нѣсколькими кубическими сантиметрами жидкости онъ доводится до наибольшаго растяженія; наибольшій полный дилляторъ длиной 16 сант., вмѣстимостью 600—700 граммъ. Расширитель **Barnes'a** даже самаго меньшаго номера для введенія въ матку требуетъ, въ крайней мѣрѣ, открытій зъва 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 неагирования матки на мѣшокъ **Barnes—Fehling'a**, несмотря на многочасовое его пребываніе, нѣрѣдки.

Для предупрежденія выпаденія изъ матки расширителя **Barnes'a**, кольцеяринтера **Braun'a** и избѣжанія частой замѣны одного номера слѣдующимъ большимъ, докторъ **A. Kurrer** ¹²⁾ (**Wutenberg**) въ 1903 году предложилъ введенный въ матку кольцеяринтеръ соединять съ при-

гаторомъ, повѣшеннымъ на 2 метра выше таза больной; въ уринаторъ наливается 1000₀ физиологическаго раствора; сильно растянутый кольцебринтеръ кромѣ того потягивается тяжестью переброшенной черезъ край кровати; высказывается онъ во владеніе только почти при полномъ открытіи зѣва; авторъ приводитъ два случая успѣшнаго примѣненія даннаго приема.

Докторъ Arthur Foges *) оспариваетъ идею—соединенія кольцебринтера 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 вызванія искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ металлическіе расширители Buch'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 возбужденія родовой дѣятельности; примѣненіе указанныхъ инструментовъ болезненно, грубо, перѣдко сопряжено съ ушибами и глубокими надрывами маточной шейки.

Металлическій расширитель Tarnier **) предложенный 1888 году, составляетъ въ иѣкоторомъ отношеніи исключеніе изъ ряда аналогичныхъ расширителей; онъ раскрываетъ зѣвъ безъ особаго насилія, частью механически, частью возбуждая и усиливая маточныя сокращенія.

Расширитель состоитъ изъ трехъ брашш, имѣющихъ въ длину 3 $\frac{1}{2}$ сантиметра. Концы брашш, вводимые въ матку для предупрежденія выпаденія, отогнуты подтупнымъ угломъ; почти на серединѣ брашши соединяются между собою особымъ, легко разбираемымъ сочлененіемъ; на наружныхъ концахъ брашш, послѣ введенія расширителя въ матку, надѣвается эластическое резиновое кольцо, которое сдвигая между собою наружныя концы тѣмъ са-

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

мымъ раздвигаетъ концы расширителя, лежащіе за внутренимъ маточнымъ зѣвомъ; сила растяженія зѣва и возбужденія маточныхъ сокращеній въ инструментѣ Tarnier зависитъ отъ эластичности кольца, которое и берется сообразно съ условіями даннаго случая.

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

Schwarzenbach *) (Цюрихъ) въ 1900 году предложилъ особый тюльпановидный металлическій маточный расширитель, состоящий изъ четырехъ ложекъ; длина расширителя равна 31 сантиметру; каждая изъ 4-хъ ложекъ вводится въ матку отдѣльно; послѣ введенія 4-хъ ложекъ наружныя концы соединяются особой гильзой, на концѣ которой имѣется крючекъ; къ послѣднему привязывается шнуръ съ тяжестью, перекидываемой черезъ край кровати. Величина инструмента требуетъ открытій зѣва по крайней мѣрѣ на палецъ, а при такихъ условіяхъ вводится въ матку эластическій кольцебринтеръ Braun'a; если къ послѣднему, какъ совѣтуетъ Müller привѣсить и перекинуть черезъ кровать тяжесть, то такая модификація является несомнѣнно болѣе совершенной, нежели рассмотрѣнный тюльпановидный расширитель.

Въ 1851 году Steinbrenner **) предложилъ насильственное расширеніе маточной шейки пальцами; послѣ введенія одного пальца, авторъ предлагаетъ вводить два, затѣмъ три и т. д.; вполнѣ понятно, что такой грубый, насильственный способъ не имѣетъ послѣдователей. Впрочемъ, въ маточную шейку мазь изъ белладонны съ жиромъ, предложенное въ 1829 году Craussler ***) какъ способъ искусственно возбуждающей родовую дѣятельность, представляеть только историческій интересъ; мазь свою называетъ авторъ *romade dilatatrice*.

Въ 1841 году Schüller *) исходя изъ одного наблюденія, гдѣ вслѣдъ за тампонадой влагалница корнійными шариками, примѣненной съ цѣлью остановки кровотеченія (placenta praevia), появились сильныя схватки, предложилъ прибѣгать къ тампонадѣ для возбужденія прежде-

временных родов. Вначале тампонация влагалница производилась съ компрессомъ; послѣдній, смоченный въ маслѣ, вводится глубоко во влагалнице помощьюъ створчатого зеркала; компрессъ туго набивался кортійными шариками, тоже смоченными въ маслѣ; такая тампонация требовала окодо фунта корня. Тампонация безъ компресса производилась кортійными шариками, соединенными между собою крѣпкой ниткой. Тампонацию мѣняли два раза въ сутки.

Huter ⁹⁾ въ 1843 году предложилъ корнй замѣнить телячьимъ пузыремъ, который, послѣ введенія во влагалнице, наполнялся водой или отваромъ изъ спорыньи. Просачивавшаяся вода черезъ пузырь требовала ежедневнаго удаленія пузыря съ послѣдующимъ новымъ введеніемъ и наполненіемъ.

Schmidt ¹⁰⁾ въ 1854 году предложилъ съ таковой-же цѣлью свиной пузырь.

Bousch ¹¹⁾ въ 1852 году предложилъ кожаный, пелотообразный пузырь съ каучуковой трубкой, наполняемой воздухомъ.

Наиболѣе удачнымъ способомъ тампонации, съ цѣлью возбужденія родовой дѣятельности, представляетъ собой каучуковый кольейринтеръ, предложенный **Braun** ¹²⁾ въ 1851 году. Кольейринтеръ грушевидной формы готовится изъ нѣсколькихъ величинъ; диаметръ его колеблется отъ 2 до 4 дюймовъ. Послѣ предварительнаго опредѣленія вмѣстимости, сложивъ по длинѣ, кольейринтеръ вводятъ во влагалницу и наполняютъ водой; выводная трубка его закрывается краномъ или перевязывается тесьмой. При помѣщи на дочелускуаніе и испраженіе, кольейринтеръ удаляютъ изъ влагалница, предварительно выпустивъ воду. Кольейринтеръ должно вѣнать каждые 6—12 часовъ.

Многочисленныя наблюденія показали, что тампонация влагалница, вызывающая маточныя сокращенія путемъ раздраженія растянутахъ стенокъ, представляетъ собой способъ совершенно ненадежный, а потому оставленный въѣми. Что касается кольейринтера **Braun**'а, какъ болѣе простаго и совершеннаго способа тампонации, нельзя не

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

Въ 1846 году **Kiwisch** ¹³⁾ для искусственнаго возбужденія предлежременныхъ 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 влагалнице; всѣ изобрѣтенныя аппараты замѣнены съ успѣхомъ кружкой Эсмарха. Наступаемый эффектъ вслѣдъ за теплыми душами объясняется термическимъ и механическимъ раздраженіемъ нервныхъ центровъ, залеженныхъ при примѣненіи души въ общемъ появляется весьма медленно, а иногда вовсе не появляется. Въ 43-хъ случаяхъ примѣненія души по способу **Kiwisch**'а, собранныхъ Антоновскимъ ¹⁴⁾ **maximum** скорости появленія потугъ—тогчасъ, **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 другого способа возбужденія искусственныхъ предлежременныхъ родовъ. Души являются весьма полезнымъ подготовителемъ при неоплатившихъ половыхъ частяхъ пожилыхъ первородящихъ.

Высрыкиваніе во влагалнице горячей воды въ 40° R., впервые предложенное **Rungo** ¹⁵⁾, не нашло послѣдователей, вслѣдствіе легкаго слущиванія влагалничнаго эпителия и сильнаго жегенія половыхъ органовъ.

Предложеніе **Schrader**'а ¹⁶⁾, состоящее въ примѣненіи перемѣнныхъ душъ, теплыхъ и холодныхъ, мало испытано. Стекланый маточный наконечникъ посредствомъ Т-образной трубки соединяютъ съ двумя ирригаторами, въ

одинъ изъ которыхъ наливають 24 литра холодной воды въ 6°R., а въ другой 12 литровъ горячей воды въ 35°R. Сначала вырскиваютъ во влагалище $\frac{1}{2}$ литра теплой воды, а затѣмъ 1 $\frac{1}{2}$ литра холодной и т. д., пока не будетъ вышущена вся вода изъ ирригаторовъ.

Въ 18-ти случаяхъ изъ 22 ибъ была достигнута однимъ этимъ методомъ; изъ 20 дѣтей родилось живыми 15=75%.

Въ 1856 году *Scanzoni* ¹⁴⁾ предложилъ вызывать искусственные преждевременные роды струей углекислота газа, направленной на стѣнки влагалища; предложеніе это основано было на свойствахъ углекислоты вызывать сокращенія мышечныхъ элементовъ. Методъ этотъ оказался не только ненадежнымъ, но и весьма опаснымъ. Въ пяти случаяхъ, собранныхъ Антоновскимъ, возбужденія родовъ по способу *Scanzoni*, maximum скорости наступленія потугъ=2 $\frac{1}{2}$ дня, minimum—несколько дней; изъ 5 родившихъ одна умерла отъ гангрены влагалища. Самъ авторъ способа описалъ два случая со смертельнымъ исходомъ, вслѣдствіе вхожденія углекислоты въ маточную вену.

Предложеніе *Friedrich'a* ¹⁵⁾ въ 1839 году возбуждать родовую дѣятельность прикладываемымъ мушекъ и тарачинокъ къ груднымъ железамъ, *Scanzoni*—сухихъ банокъ и *H. Freund'a*—кровососныхъ банокъ, оказались сильно мучительными и совершенно бесполезными.

D' Outrepont и *Ulsamer* ¹⁶⁾ въ 1882 году обнародовали свой способъ методическаго растиранія живота надъ дномъ матки.

Ritgen ¹⁷⁾ къ тренію дна присоединилъ треніе и пощипываніе маточной шейки; оба эти метода оказались нигде негодными.

Общая теплая ванны ¹⁸⁾, предложенная въ VI-мъ столѣтіи *Aetius'омъ Amidensis* для возбужденія выкидыша, въ 1842 году были предложены *Gardien* для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, оказались весьма ненадежными.

Въ 1803 году *Herder* ¹⁹⁾ 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. *Hoeng* 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 зѣву, въ полость шейки, къ сводамъ, наконецъ, третьи пользуются двуполлярнымъ электродомъ, вводимымъ въ маточную полость.

Большинство экспериментаторовъ, примѣнявшихъ электричество въ разныхъ видахъ съ цѣлью возбудить родовую дѣятельность, приходять къ слѣдующему заключенію: электричество вызываетъ слабыя, кратковременныя 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* ²⁰⁾. Въ 1827 году ее снова предложилъ *Bonjiovani*. Въ 1854 году англійскій акушеръ *Ramsbotham*, вначалѣ ярый защитникъ спорыньи, убѣдившись на многихъ случаяхъ о гибельномъ вліяніи ея на младенцевъ, предлагалъ оставить это средство.

Echard ²¹⁾, примѣнивши въ 1886 году корнунтъ *Kobert'a*, остался имъ недоволенъ.

Примѣненный гидрастинъ подъ кожу и внутрь въ 1886 году въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи ²²⁾ не далъ положительнаго результата.

Надежды возлагаемая *Sayre* на хиининъ оказались тщетными.

Въ 1878 году докторъ *Масманъ* ²³⁾ 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, Welpner, Parisi, Крассовскій, Биддеръ и друг.) послѣдній признанъ средствомъ невѣрнымъ 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 замѣтить, что безопасность метода и скорость наступления эффекта находятся въ тѣсной связи между собою, ибо затянувшіеся роды нередко грозятъ жизни плода и увеличиваютъ шансы на инфекцію роженицы.

Предлагаемый мною способъ представляетъ собой видоизмѣненіе способа Tarnier или, вѣрнѣе сказать, одной его модификаціи, предложенной проф. Толочниковымъ. Примѣнивъ предлагаемое видоизмѣненіе въ пятнадцать случаяхъ, я подучилъ результаты, какъ относительно надежности и скорости возбужденія родовой дѣятельности, такъ и безопасности для плода и матери, болѣе желательные нежели способы другихъ авторовъ.

Описание аппарата.

Аппаратъ состоитъ изъ тонкостѣннаго резинового баллона*), привязываемаго къ концу металлической трубки; длина послѣдней 30 сант., ширина наружнаго поперечника $\frac{1}{2}$ сантим., ширина внутренняго поперечника—3 миллим. На обоихъ концахъ трубки припаяны сѣдлообразныя возвыше-

*) Съ этой цѣлю беру дѣтскіе резиновые воздушные шары; такъ какъ бѣлые въ продажѣ почти не встрѣчаются, то приходится обезцвѣчивать цветные; шары кладутъ на двое сутокъ въ нашатырный спиртъ, разбавленный на половину водой, послѣ чего ихъ тщательно вымываютъ мыломъ и растворомъ сулемы 1:1000. Почти обезцвѣченные баллоны сохраняются въ 4% глицириновомъ растворѣ карболовой кислоты.

ния, одно меньшее для предупреждения соскальзывания баллона, привязываемого шелковой лигатурой, другое большее для соединения съ резиновой трубкой (длина трубки 120 сант., ширина наружного диаметра 1 сант. 2 миллим., толщина стѣнки 2 миллим.) Металлическая трубка съ привязываемымъ баллономъ соединяется со стеклянною бюреткою посредствомъ упомянутой резиновой трубки; на последнюю надвѣваютъ металлическій зажимъ.

Стекаящая бюретка (обыкновенно употребляемая въ химическихъ лабораторіяхъ) имѣетъ въ длину 85 сантим., ширина наружного диаметра 1 сантим. 7 миллим., вмѣстимость 100 куб. сантим.; согласно объему она раздѣлена на 100 куб. сант., 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, вымыванія стеклянной бюретки и резиновой трубки въ сулемномъ растврѣ 1:1000 и вытоласкиванія баллона въ растврѣ сулема такой же крѣпости, приступаютъ къ установкѣ аппарата. Резиновый баллонъ привязываютъ къ соответствующему концу металлической трубки шелковой лигатурой, обезжелезненной заранее кипяченіемъ въ растврѣ сулема 1:500; соединивъ металлическую трубку посредствомъ резиновой трубки съ бюреткою, наливаютъ въ последнюю 2% растврѣ борной кислоты въ количествѣ около 160 граммъ, слегка окрашенный еозиномъ. 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

Положенія.

- 1) Дѣленіе *truncus tibio-fibularis* на вѣтви является главнымъ мѣстомъ для начала здѣсь тромба, ведущаго къ закупоркѣ сосудовъ.
- 2) Такъ наз. *arteriitis obliterans* нижнихъ конечностей не есть болѣзнь *sui generis*, а является результатомъ закупорки сосудовъ выше.
- 3) Лѣченіе переломовъ костей нижнихъ конечностей во 1-хъ, должно быть не постельнымъ, а амбулаторнымъ (т. е. при пребываніи больныхъ на ногахъ), во 2-хъ, должно состоять въ шинныхъ приборахъ, а не глухихъ повязкахъ.
- 4) Разрѣзы брюшныхъ покрововъ должны быть производимы такъ, чтобы мускулы не перерѣзывались, а только расшепелялись.
- 5) Межкишечное соустье есть способъ, заслуживающій большаго вниманія не только при подозрительныхъ для гангрены, но и гангренозныхъ грыжахъ.
- 6) Интубація еще больше оказывать услугъ при хроническихъ стенозахъ гортани, чѣмъ при острыхъ.
- 7) Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ показано оперативное вмѣшательство при геморроѣ, вырѣзываніе кольца пораженной слизистой съ последующимъ швомъ является единственно рациональною операціей.

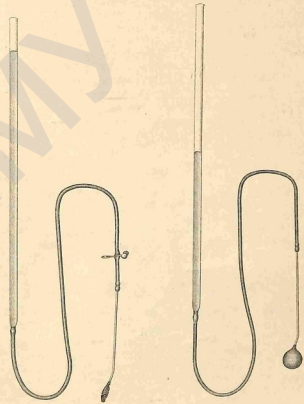
№ 18902

Положения

- 1) В первом случае (рис. 1) аппарат находится в таком положении, в котором он должен быть при введении в организм.
- 2) Так как аппарат находится в таком положении, в котором он должен быть при введении в организм, то аппарат должен находиться в таком положении, в котором он должен быть при введении в организм.
- 3) В первом случае (рис. 2) аппарат находится в таком положении, в котором он должен быть при введении в организм.
- 4) В первом случае (рис. 3) аппарат находится в таком положении, в котором он должен быть при введении в организм.
- 5) В первом случае (рис. 4) аппарат находится в таком положении, в котором он должен быть при введении в организм.
- 6) В первом случае (рис. 5) аппарат находится в таком положении, в котором он должен быть при введении в организм.
- 7) В первом случае (рис. 6) аппарат находится в таком положении, в котором он должен быть при введении в организм.

Аппарат с пустым баллоном.

Аппарат с наполненным баллоном.





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

Тщательно обеззаразивъ наружные половые органы и влагалище $1/4\%$ 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 на 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 беспорядочны; въ теченіи

же 15—30 минут обычно устанавливается уже известная правильность, ритмичность, какъ между высотой колебаній уровня жидкости, такъ и между промежутками времени, залагающими отъ одного колебанія до другого.

Несомненно, что появившіяся колебанія уровня жидкости въ бюреткѣ съ известными паузами, нѣсколько зависятъ отъ проявившейся родовой дѣятельности—маточныхъ сокращеній, но и представляютъ собой точный отпечатокъ послѣднихъ; колебанія жидкости въ бюреткѣ до того чувствительны, что небольшія измѣненія въ давленіи брюшной полости, наблюдаемая при слегка форсированномъ дыханіи, весьма отчетливо замѣтны въ бюреткѣ и выражаются въ подъемѣ и опусканіи жидкости на нѣсколько кубическихъ миллиметровъ; кашель же или чиханіе, ведущіе на собой болѣе значительныя измѣненія внутри—брюшного давленія, выражаются въ бюреткѣ колебаніемъ жидкости на цѣлыя кубическіе сантиметры. Если колебанія уровня жидкости незначительны (менѣе 10 куб. сантим. и рѣдки, можно прибавить въ бюретку нѣсколько кубическихъ сантиметровъ воды или же приподнять бюретку на нѣсколько сантиметровъ безъ прибавленія воды; и въ томъ и другомъ случаѣ, увеличивая давленіе въ баллонѣ, сильнѣе раздражаютъ нижній сегментъ матки. Къ описанному приему прибѣгаютъ также при постепенно увеличивающемся раскрытіи маточнаго зѣва, предупреждая выпаденіе баллона.

Растянутый жидкостью баллонъ, находясь въ соприкосновеніи съ нижнимъ сегментомъ матки, раздражаетъ послѣдній какъ постороннее тѣло, причемъ матка на раздраженіе реагируетъ родовой болью—сокращеніемъ стѣнокъ. При каждомъ сокращеніи матки, баллонъ уменьшается въ объемѣ, а жидкость изъ него выталкивается въ бюретку; при паузѣ же, т. е. при расслабленіи стѣнокъ матки, жидкость снова вталкивается въ резиновый баллонъ, растягивая его, причемъ нижній отрѣзокъ матки испытываетъ небольшой толчекъ отъ жидкости втолкнутой съ известной силой въ баллонъ. Такимъ образомъ нижній сегментъ матки испытываетъ толчкообразное раздраженіе, происходящее автоматически, вслѣдствіе силы маточныхъ сокращеній паузами. Такой характеръ раздраженій—толчкообраз-

но—периодической особенно цѣненъ для матки, такъ какъ известно, что нервно—мышечные аппараты лучше реагируютъ на раздражитель съ прерывистымъ характеромъ, нежели съ постояннымъ, къ которому вскорѣ является привычка.

Стѣнки баллона испытываютъ гидростатическое давленіе, передаваемое нижнему сегменту матки, причемъ давленіе это вѣдъ схватки, какъ видно изъ приводимаго ниже вѣчисленій, равно 3000 граммъ съ лишнимъ; во время же схватки давленіе это возрастаетъ, достигая около 3500 грам.: при начинающемся расслабленіи матки давленіе, постепенно уменьшаясь, возвращается къ прежней величинѣ. Послѣдній факторъ, составляющій одну изъ особенностей предлагаемаго аппарата, можетъ быть использованъ, какъ регуляторъ родовой дѣятельности; при слабыхъ сокращеніяхъ матки приподнимаемъ бюретку или доливаемъ въ нее жидкости мы увеличиваемъ гидростатическое давленіе, испытываемое нижнимъ сегментомъ матки, что дѣйствуетъ въ свою очередь усиливающимъ образомъ на родовую дѣятельность. При чрезмѣрно сильныхъ родovýchъ боляхъ опусканіемъ бюретки внизъ мы ослабляемъ силу раздражителя, а стало быть умѣряемъ и силу маточныхъ сокращеній.

Выпаденіе баллона изъ матки при раскрывающемся зѣвѣ предупреждается автоматическимъ увеличеніемъ баллона вслѣдствіе давленія столба жидкости въ бюреткѣ; баллонъ выпадаетъ во влагалище только при открытіи зѣва на три пальца, обеспечивающемъ дальнѣйшее теченіе родовъ.

Благодаря колебанію жидкости въ бюреткѣ предлагаемый аппаратъ является точнымъ указателемъ родовой дѣятельности въ смыслѣ частоты схватокъ, силы и продолжительности ихъ.

Вычисление гидростатического давления производимого аппаратом на матку.

В бюретку наливают 162 куб. сантиметра воды, 62 из которых, по предварительному измерению, идут на наполнение резиновой трубки, а также небольшой части бюретки, находящейся ниже цифры 100, т. е. виф скалы нанесенных на бюретке делений; после чего, положив беременную на кровать, держат баллон в уровень с маточной шейкой, а приподнимая и опуская бюретку устанавливают уровень жидкости на цифре 100; растянутый баллон при таком положении содержит 100 куб. сантиметров.

Фиксируя в этом положении бюретку, измеряют высоту водяного столба, считая от цифры 100 до баллона; цифра эта несколько колеблется, находясь в зависимости от упругости баллона; колебания весьма незначительны, ибо берутся баллоны одной и той же величины и одинакового материала; в вычисляемом случае упомянутая высота равнялась 41 сантиметру (рисунк 1).

Не изменяя положения фиксированной бюретки, вводят баллон в пустом виде за внутренней збвь, гдѣ онъ под дѣйствіемъ столба жидкости растягивается насколько ему позволяет 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 разстояніе между цифрой 40 куб. сантиметр. 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 вычисления гидростатического давления, испытываемого стѣнками баллона при высотѣ столба жидкости 85,9 сантим., и объемѣ въ 40 куб. сантим., требуется сначала вычисленіе радіуса изъ его объема

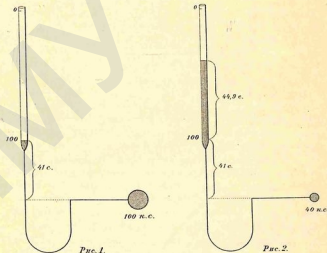


Рис. 1.

Рис. 2.

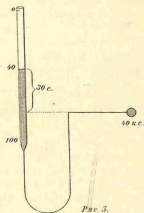


Рис. 3.

$$\frac{4}{3} \pi r^3 = 40 \quad r = \sqrt[3]{\frac{30}{4\pi}} = \sqrt[3]{\frac{10}{\pi}}$$

$$\lg r = \frac{1}{3} \{ \lg 30 - \lg \pi \} = 0,32666 \quad r = 2,1216.$$

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

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

$$\lg D = \lg 346,6 + 2 \lg 2,1216 + \lg \pi = 3,6865302$$

$D = 4858,8$, 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 уравновѣшивается 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, уравновѣжимаго 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, измерять 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

$$D_1 = 4 \pi (2,1216)^2 \cdot 30 = 120 (2,1216)^2 \pi$$

$$\lg D_1 = \lg 120 + 2 \lg 2,1216 + \lg \pi = 3,2296582$$

$D_1 = 1696,9$ стало бытъ давление испытываемое стѣнками шара при объемѣ его въ 40 куб., сантим. и высотѣ жидкости 30 сантим., равно 1696,9 граммъ; давление это уравновѣшивается одною упругостью баллона Отнявъ отъ 4858,8 граммъ 1696,9 граммъ, мы получимъ то давление, которое непосредственно передается стѣнкамъ матки при отсутствіи родовой дѣятельности, вслѣдствіе введенія аппарата; давление это выразится въ 3161,9 граммъ.

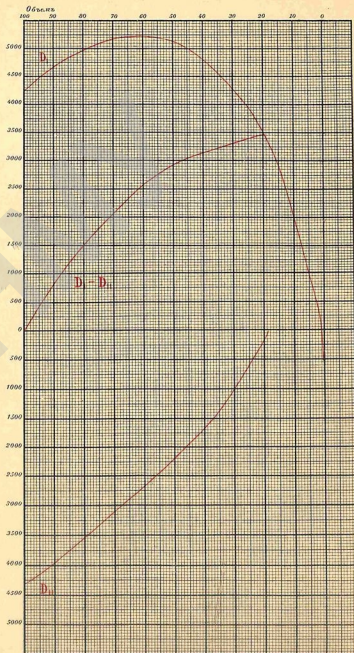
При появленіи родовой дѣятельности во время схват-

ки изменяется, какъ объемъ баллона, такъ и высота жидкости, а съ ними величина гидростатическаго давления производимаго баллономъ на матку; сокращающаяся матка изгибаетъ известное количество жидкости въ бюретку изъ баллона, послѣдній же вслѣдствіе упругости принимаетъ новый меньшій объемъ. Измѣненія высоты жидкости въ бюреткѣ и уменьшеніе объема баллона находятся въ связи съ силою маточнаго сокращенія; въ началѣ родовой дѣятельности при слабыхъ сокращеніяхъ матки указанная измѣненія въ высотѣ столба жидкости и въ объемѣ баллона незначительны, при установившейся-же родовой дѣятельности, при интенсивныхъ сокращеніяхъ матки, объемъ баллона достигаетъ своего минимума, а высота жидкости максимума. Такъ какъ для каждаго отдѣльнаго случая величина гидростатическаго давления, производимаго баллономъ на матку представляетъ собой разницу двухъ величинъ, а именно величины давления испытываемаго стѣнками баллона и величины упругости баллона, то мы путемъ цѣлаго ряда вычисленій составили діаграмму, при чемъ для послѣдней потребовалось эмпирическое изслѣдованіе функции упругости даннаго баллона въ зависимости отъ его объема. Діаграмма состоитъ изъ трехъ кривыхъ.

1-ая кривая D , представляетъ собой рядъ величинъ гидростатическаго давления, развиваемаго водяными столбами жидкости различныхъ высотъ на стѣнки баллона при различныхъ его объемахъ; величины эти вычислены по формулѣ $D = 4 \pi r^2 h$.

2-ая кривая D_1 , изображаетъ собой измѣненіе величины упругости даннаго баллона въ зависимости отъ его объема; кривая эта получена путемъ цѣлаго ряда наблюденій, при которыхъ объемъ баллона каждый разъ уменьшался на 10 куб. сантим., а къ уменьшенію объема баллона эмпирически подыскивалась высота водяного столба въ бюреткѣ, уравнивающая упругость баллона для даннаго объема; изъ высотъ и объемовъ по формулѣ $D = 4 \pi r^2 h$ получены величины упругости баллона въ граммахъ.

3-ья кривая $D - D_1$, изображающая собой величины гидростатическаго давления производимаго баллономъ собствен-



ДІАГРАММА.

по на матку при различныхъ объемахъ его и высотахъ водяного столба, получена путемъ вычитанія величинъ, соответствующихъ одинаковымъ объемамъ баллона, взятыхъ по общимъ кривымъ.

Постепенное измѣненіе гидростатическаго давленія производимаго баллономъ на матку обнаруживаетъ довольно правильный ходъ. Максимальная величина давленія 3500 граммъ соответствуетъ объему баллона въ 18 куб. сантим.; при увеличеніи же объема баллона, которое наблюдается во время раскрытія яйца и отслаиванія яйца, оно уменьшается и при объемѣ въ 100 куб., сантим., падаетъ до 0. За минимальный объемъ баллона взято 17 куб. сантим., ибо эта величина баллона соответствуетъ его объему въ неразрывномъ видѣ, ниже котораго онъ теряетъ свою правильную форму и комкается. Дальнѣйшее уменьшеніе вѣстивости баллона при пренебреженіи упругости его стѣнокъ даетъ въ результатъ быстрое паденіе давленія на матку какъ видно изъ кривой D.

Разборъ материала.

Завѣдывая акушерскимъ отдѣленіемъ Закавказскаго Одынскаго Повивальнаго Института, я принимая, въ случаяхъ требовавшихъ искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ, исключительно измененный мною способъ. Съ 22 августа 1899 года, т. е. со дня поступления въ въ акушерское отдѣленіе 1-го изъ описанныхъ случаевъ преждевременныхъ родовъ, исключительно измененный мною способъ. Съ 22 августа 1899 года, т. е. со дня поступления въ въ акушерское отдѣленіе 1-го изъ описанныхъ случаевъ преждевременныхъ родовъ, по 26 февраля 1903 года, съ поступленіемъ послѣдняго изъ описанныхъ случаевъ, т. е. за періодъ 3¹/₂ года на 5448 родовъ пришлось 15 разъ прибѣгнуть къ этой операци.

На четвертомъ международномъ конгрессѣ акушерства и гинекологіи въ Римѣ (Сентябрь 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 клиники въ теченіи тринадцати лѣтъ на 2690 родовъ автору пришлось прибѣгнуть къ этой операци 37 разъ. Такая большая разниа въ статистическихъ данныхъ объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что проф. Pinard не упоминаетъ о случаяхъ вызванія преждевременныхъ родовъ при узкихъ тазахъ.

Д-ръ Dragulesco^{*)} (Bucarest) за 9 лѣтъ на 18.132 родовъ произвелъ прерываніе беременности 17 разъ; 13 разъ при эклампси, 3 раза при сердечныхъ порокахъ, 1 разъ при энцефали; такое малое число искусственныхъ преждевременныхъ родовъ объясняется ограниченностью показанія къ разбираемой операци; всѣ 13 случаевъ произведены въ интересахъ матери и не приведено ни одного случая прерыванія беременности въ интересахъ плода.

По свѣдѣніямъ собраннымъ Д-ромъ Цѣхановскимъ^{*)} 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 служила узкая тазъ, 5 разъ нефритъ и разъ привычная смерть плода, т. е. 10 разъ беременность прервана въ интересахъ плода и 3 разъ въ интересахъ матери.

Въ 9 случаяхъ узкаго таза (№ 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 12 и 15), посауживающаго къ прерыванію беременности, наибольшая *conjug. exte.* равнялась 19 сантимет., наименьшая 16 сантимет., средняя 8 сантимет.; наибольшая *conjugata diagonal.* 11¹/₄, наименьшая 9¹/₄, средняя 10,2 сантимет.; *conjug. vera* колебалась 7,5—9,5; средняя 8,3 сантимет.

Н. Н. Феноменовъ^{*)} полагаетъ, что *conjug. vera* въ узкихъ тазахъ, ради которыхъ предпринимается искусственное возбужденіе преждевременныхъ родовъ, можетъ колебаться между 7—10 сантимет. А. Я. Красовскій^{*)} для плоскихъ тазовъ допускаетъ *conjug. vera.* 6,5—8,5 сантимет.; а для обшесуженныхъ 7,5—9,5 сантимет. Д-ръ Новицкій^{*)} предѣломъ считаетъ 8,5 сантимет.

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 нествавленія головки (VI-ые роды), сдѣлавъ поворотъ на пожку съ послѣдующимъ извлеченіемъ, оказавшимся весьма труднымъ и повлекшимъ смерть плода; I беременность у этой роженицы окончилась выкидышемъ, II—роженіемъ живого плода; III, IV и V роды окончены щипцами, при чемъ извлечены мертвые плоды. По поводу привычной смерти плода беременность прервана за двѣ недѣли до срока (№ 10); родившійся плодъ оказался уродомъ съ громаднымъ зобомъ, съ брюшной водянкой и водянкой яичекъ; послѣ двухъ-трехъ дыхатель-

^{*)} Одной больной 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 рождению в конце 9-го месяца в Ольгинский Повивальный Институт (№ 314 — 1903 года) причем разрышилась вновь мертворожденным уродом (брошная водника, анорхия, гипосподия).

Во интересах матери беременность 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 один сильный приступ эклампсии, послѣ которого больная оправилась. Намъ кажется, что у данной беременной при срочныхъ родахъ эклампсия могла-бы развиться не однимъ припадкомъ, а несколькими 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.

Всѣ рожденныхъ плодовъ: наивысшій 3750, минимальный 1850, средний вѣсъ 2531; 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 двоенъ (1850, в. 45 с. дл.) умеръ на 5-й день послѣ родовъ; пятеро взяты матерью живыми.

При разсмотрѣннн всѣхъ 15 случаевъ искусственно возбужденія родовъ 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 производства операціи искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ считаетъ 34—36 недель; Schroder **), держится того-же срока.

Беременностей однимъ плодомъ было 13, и двумя 2; положеніе и предлежаніе плодовъ выразилось слѣдующимъ образомъ: I-я позиція—6 разъ, II-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 ускороено 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 двоенъ (№ 14) умеръ на 5-й день послѣ рожденія; слѣдовательно 13 дѣтей взяты домой живыми.

По Wyder'у на 235 искусственныхъ родовъ родилось живыхъ младенцевъ 54,7%, у Leopold'a 63,4%, у Braun'a 62%, у Pinard'a 67%, у Zehfeld'a 60,39% *); по Новицкому **) 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 служение таза, а въ 25-ти случаяхъ болѣзненное состояніе матери.

Kehrer *) на 3094 случая смерти дѣтей нашелъ равной 46,8%.

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

наго возбуждения преждевременных родов вследствие уюсти таза получили 63,4% живорожденных дѣтей

Максимальный вѣсъ поворожденных 3750, минимальный 1850, средний вѣсъ 2600; наибольшая длина 50 сантим., наименьшая 45 сантим., средняя 47,2 сантим. Средний вѣсъ плацента вь случаяхъ Braun'a 2035, Pinard'a 2676, Ahlfeld'a и Leopold'a 2673; средняя длина плацента у Braun'a 42,82, у Ahlfeld'a 47,25, и Leopold'a 47,7 *).

Появление первыхъ маточныхъ сокращеній почти во вѣсхъ 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 $\frac{1}{3}$ часа, вь среднемъ 54 минуты.

Аппаратъ лежалъ въ маткѣ maximum 22 часа, minimum 2 часа 15 минутъ; средняя продолжительность 10 часовъ 54 минуты. Вь трехъ случаяхъ баллонъ вводился вторично послѣ нѣкотораго промежутка, ибо былъ вынуть несвоевременно при не вполне развившейся 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, вь одномъ случаѣ— $\frac{1}{2}$ часа, вь другомъ—1 часъ, а вь третьемъ—9 часовъ.

Указанные три случая несвоевременнаго удаленія баллона, потребовавшіе вторичнаго его введенія, объясняются неопытностью наблюдателя, проявившейся вь часы моего отсутствія. Дабы избѣгать несвоевременнаго удаленія баллона, вьслѣдъ за которымъ родовая дѣятельность можетъ притихнуть на нѣкоторое время или совершенно прекратиться, можно держаться слѣдующаго критеріума— удалять баллонъ послѣ того какъ онъ схватками вытолкнутъ изъ матки во влагалище, ибо открытіе маточнаго зѣва, соответствующее указанному моменту, обезпечиваетъ дальнѣйшее теченіе родовъ; выпаденіе-же баллона во влагалище узнается по выдвинутію металлической трубки изъ половой расщелины и по отсутствію колебаній столба жидкости вь 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 вѣзвыиванія) 6 часовъ 30 минутъ, минимальная $2\frac{1}{4}$ минуты, средняя 57 минутъ; максимальная продолжительность 3-го періода (отъ начала вѣзвыиванія и кончалъ рожденіемъ плода) 2 часа 55 минутъ, минимальная $2\frac{1}{4}$ 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.) *) равнялась 1 сутки 18 часовъ 40 минутъ, при чемъ вь 52 случаяхъ применялись души и буки.

По даннымъ собраннымъ докторомъ Строгановымъ **) при введеніи буки искусственные преждевременные роды продолжались 80 часовъ, при примененіи-же метрейриза 37,7 часовъ.

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

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

Нарушеніе цѣлости яича вь 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 перель 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 вь родовой дѣятельно-

сти, послѣ удаления баллона 1 (открытие на $3\frac{1}{2}$ пальца), гидрамйонъ 1 (открытие на 4 пальца), поворотъ 1 (открытие на $3\frac{1}{4}$ пальца).

Въ семи случаяхъ при слѣдующихъ показаніяхъ пришлось оказать оперативное пособіе: одинъ разъ поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ произведенъ при невставленіи головки въ тазъ, спустя $5\frac{1}{2}$ 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 $1\frac{1}{2}$ 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 тѣловица и головаки.

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

Послѣродовой періодъ въ 14-ти случаяхъ протекъ нормально безъ осложнений, 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 3 дня, малая величина экссудата—въ куриное яйцо), а также принимая во вниманіе отмѣченную въ анамнезѣ гоноррею, нужно признать за данный параметритомъ гонорройный характеръ.

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

по Wyder'y $5,3\%$, у Leopolda $1,2\%$, у Pinardi 1% ; по собранымъ даннымъ доктора Новицкаго на 896 родовъ— $1,56\%$ ³⁾. Tarnier ²⁾ въ 1886 года произвелъ 116 разъ искусственное прерываніе беременности при узкихъ тазахъ безъ смерти. Нескольку большой $\%$ смертности родильницъ послѣ искусственнаго вызванія преждевременныхъ родовъ, сравнительно съ $\%$ смертности существующимъ вообще для родильницъ (0,6% по Ahlfeld'y), объясняется тяжелыми заботливыми беременными, служащими нерѣдко показаніемъ къ прерыванію беременности. У Ahlfeld'a изъ 200 матерей 68% провели безлихорадочный родильный періодъ, 23,5% лихорадочно легка, 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 родильницъ оставили Повивальный Институтъ, въ среднемъ пробывъ 11,2 дня, максимумъ 21, минимумъ 5 дней; пятнадцатая съ параметритомъ выписалась здоровою на 36-ой день послѣ родовъ.

Уклоненій въ состояніи здоровья дѣтей не наблюдалось, если не считать одного случая—*icterus neonatorum*. Отпаденіе пуповины безъ всякихъ осложнений 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 послѣродовомъ періодѣ состоялъ въ слѣдующемъ. Два раза въ день наружныя половыя части обмывались растворомъ судельи 1:4000, которая при нефритахъ замѣнялась $\frac{1}{2}\%$ раств. лизола. Трещины и ссадныя часты присыпались кеороформомъ. На третьи сутки послѣ родовъ давалось слабительное—касторовое масло или 25⁰⁰ natri sulphurici. Лечение при нефритахъ состояло въ стро-

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

Остатокъ цуговины 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-

шем под давлением столба жидкости в бюретке (4-ая особенность).

8) Правильная родовая боли при предлагаемом аппарате появляются через несколько минут после введения его в матку.

9) Средняя продолжительность родов при применении аппарата весьма не велика и близка к норме — 21 час 33 минуты; она гораздо короче многих других практикуемых способов.

10) Аппарат действует, вводясь надежно и самостоятельно, почти никогда не требуя на помощь других способов.

11) Введение баллона в матку весьма легко, почти безболезненно; оно не требует ни предварительного расширения шейки, ни особого навыка.

12) Раскрытие зева при предлагаемом аппарате происходит вследствие появления маточных сокращений, не путем насильственного, механического расширения, как при некоторых практикуемых способах.

13) Стенки матки заметно реагируют на введенный баллон аппарата, начиная с пятого месяца беременности, а потому предлагаемый аппарат может быть применяем также для возбуждения искусственных незрелых родов.

14) Аппарат может быть с успехом применяем не только для возбуждения искусственных незрелых и преждевременных родов, но и для усиления слабых родовых болей при срочных родах.

Литература.

- 1) Преображенский. Четвертый международный конгресс акушерства и гинекологии в Риме. Журнал акушерства и женск. б. 1902 г. № 11.
- 2) Цихановский. Материалъ къ статистикъ 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) Скандони. Руководство къ акушерской клиникѣ. Томъ IV 1857 г. пер. Полунина.
- 7) Красовскій. Оперативное акушерство 1889 г.
- 8) Kufferath. *Accouchement prématuré artificiel. Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de paediatric 1895 a.*
- 9) Побѣдинскій. О возбужденіи преждевременныхъ родовъ при помощи колпечинтера и баллона Champetier de Ribes. Жур. акушерства и женск. б. 1897 г. № 9
- 10) Ribemont - Dessaigues et Lepage. *Précis d'obstétrique troisième édition.*
- 11) Контевъ. Къ вопросу объ искусственомъ раскрываніи матки. Русскій врачъ 1903 № 12.
- 12) Мамутовъ. Вызываніе преждевременныхъ родовъ по видоизмѣненному способу Тарнье. Журналъ акушерства и женск. болѣзней 1898 г. № 5.
- 13) Побѣдинскій. Искусственное расширение маточнаго зѣва въ акушерской практикѣ. Труды Акушерско-Гинекологическаго общ. въ Москвѣ 1895 г. № 7.
- 14) Baumm. *Ein elastischer Metraurynter. Zentralblatt für Gynäkologie 1901 г. № 38.*
- 15) Врачъ 1898 № 7 рефератъ Груздева.
- 16) Антоновскій. 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 Cervixdilatation. Aerztliche Polytechik 1900 № 2.
- 21) Браунъ. Курсъ оперативнаго акушерства, пер. 1865 г.
- 22) Легошинъ. О преждевременныхъ искусственныхъ родахъ въ отношеши значенія ихъ и показаній. Дисс. 1959 г.
- 23) Zweifel. Lehrbuch der Geburtshülfe 1887.
- 24) Новицкій. Способы родоразрѣшенія при узкомъ 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. Средне Русскіе акушерскіе итоги за пятьдесятъ лѣтъ (1840—1890 гг.). Дисс.
- 28) Schoedel. Результаты искусств. преждевр. родовъ, вызванныхъ вслѣдствіи узости таза, начиная съ 1893 г. по 1900 въ Дрезденской клиникѣ Журн. Акушер. и жен. б. № 7—8 рефер.
- 29) Строгановъ. О Метрейрицѣ. Жур. Акушер. и жен. б. 1902 № 5.
- 30) Тодочиновъ. Учебникъ акушерства.
- 31) Maurer. Neue Methode zur schnellen Eröffnung des Muttermundes bei der Geburt. Zentralblatt für Gynäkologie 1887 № 25.
- 32) Greder. Zur intrauterinen Anwendung von Gammblasen bei der Geburt und Gynäkologie. Zentralblatt für Gynäkologie 1887 № 29.
- 33) Mueller. Über Kolpeuryse und Metreuryse. Zentralblatt für Gynäkologie 1900 № 49.
- 34) Шингелъбергъ. Учебникъ Акушерства, перев. 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 разрѣшить беременную, представляетъ собой цѣльное обогащеніе акушерскаго инструментарія; особенно онъ полезенъ при эклампсін беременныхъ и роженницъ.
2. Значеніе поддерживанія промежности съ цѣлью 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 болѣзню не проявлялась въ приступахъ, въ послѣродовомъ періодѣ наблюдаются типическіе приступы маляріи съ наличностью пазмодей въ крови.
5. Впрыскиваніе подъ кожу 10% эрготина Рочейя за 15 минутъ до произвѣдства кесарскаго сѣченія предупреждаетъ кровотеченіе во время операціи, а потому дѣлаетъ излишнимъ не только примѣненіе жгута, но и скатіе руками широкихъ связокъ.
6. Ежедневныя смазыванія влагаланиа 25% растворомъ протаргола при гонорройномъ кольпитѣ даютъ быстро хорошіе результаты.
7. У кормилницъ Осетинковъ процентное содержаніе жира въ молокѣ значительно превышаетъ среднее нормальное содержаніе.
8. Общепринятая дозы хицина при леченіи малярии дѣтей въ возрастѣ 1—5 лѣтъ неэффективны.

№ 18902.

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

Curriculum Vitae.

Эдмунд Михайлович Собьѣтскій, 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 «лекаря 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, заведывающимъ 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 операций 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 чревостѣчей по поводу опухолей матки и ея придатковъ. Прот. Кавказ. Медич. Общ. 1896 г.
- 4) Семь чревостѣчей и двѣ случая удаленія фиброміомъ матки черезъ влагалище. Прот. Кавказ. Медич. Общ. 1897 г.
- 5) Удаленіе матки черезъ влагалище съ замѣною лигатуръ кровоостанавливающими пинцетами. Прот. Кавказ. Медичин. Общ. 1895 г.
- 6) Къ техникѣ внутриматочныхъ прижиганій. Прот. Кавказ. Медич. Общ. 1897 г.

- 7) Отчет о раковых больных гинекологического отделения Тифлиской 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. Тифлиской 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 слѣлковъ *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. Мед. Об. 1897 г.
- 14) Случай рубцового сужения влагалища во время родовъ. Проток. Кавк. Мед. Общ. 1899 г.
- 15) Къ казуистикѣ уродствъ плода. Прот. Кавк. Мед. Общ. 1899 г.
- 16) Нѣсколько словъ о тазаъ Ацтековъ. Прот. Кавк. Мед. Общ. 1899 г.
- 17) Демонстрація кровообращенія утробнаго плода на фантомѣ. Прот. Кавказ. Мед. Общ. 1899 г.
- 18) Термостатическій аппаратъ для выращиванія недоносковъ. Проток. Кавк. Мед. Общ. 1900 г.
- 19) Случай кесарскаго сѣченія при остеомялическомъ тазаъ. Журн. Ак. и Жен. бол. 1903 г.
- 20) Расширеніе маточной шейки по способу Bossi. Прот. Кавк. Мед. Об. 1904 г.
- 21) *Foetus raryugaeus*. 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