618.2
Г-34

Серія докторскихъ диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1912—1913 учебномъ году.

БІБЛІОТЕКА
Харківського Медичн. Інституту
№ 4696
Шифр 2-34
7 - НОЯ 2012
33
ПЕРЕВІРЕНО 193
ПРОВЕРЕНО
Библиотека-Читальня
Харьк. Гос. Мед. Инст. и Исполкомобилиц
№ 14534 1398
Шифр. дес. 618.2
„Г" кеттер 34
3619
1941

Преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ.

Г. Г. Гентера.

Изъ ИМПЕРАТОРСКАГО Родовспомогательнаго Заведенія и Гинекологическаго Отдѣленія Городской Обуховской Больницы.

Цензорами диссертаціи по порученію Конференціи были: профессоръ Д. Д. Поповъ, проф. А. А. Редлихъ и прив.-доцентъ Е. М. Курдиновскій.

Переучет 1966 г.
Инв. № НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА 1-го Харьк. Мед. Института
БИБЛІОТЕКА ХАРЬКОВСКАГО ИГЛИЦИНСКАГО ОБЩЕСТВА № 1778
НБ ХНМУ

С.-ПЕТЕРБУРГЪ,
Фототипія и Типографія А. Ф. Дресслера, Б. Подъяческая 22
1913

1950

Переучет-60

7 - НОЯ 2012

Докторскую диссертацію врача *Г. Г. Гентера* подъ заглавіемъ „*Преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста*“ печатать разрѣшается, но съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академію 500 экземпляровъ ея и 100 сброшюрованныхъ съ заглавнымъ листомъ экземпляровъ 1) curriculum vitae автора диссертаціи, 2) аутореферата ея (въ 3-мъ лицѣ), 3) выводовъ изъ диссертаціи (резюмэ) и 4) положеній (theses), причемъ 175 экземпляровъ диссертаціи и всѣ 100 брошюръ должны быть доставлены въ канцелярію конференціи Академіи, а остальные экземпляры диссертаціи—въ библіотеку Академіи.

Ученый секретарь, Ординарный профессоръ
М. Ильинъ.

С.-Петербургъ.
26 марта 1913 года. № 51.

НБ ХНМУ

Оглавленіе.

	стр.
Историческая часть	1
Опредѣленіе понятія и терминологія	8
Частота преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста	10
Механизмъ	16
Этіологія	24
Симптоматологія	61
Діагностика	67
Патологическая анатомія	74
Предсказаніе	105
Леченіе	111
Выпаденіе послѣда	144
Таблица	163
Исторіи родовъ	376
Выводы	433
Литература	440
Положенія	457
Curriculum vitae	458

Историческая часть.

Кровотеченія изъ половыхъ путей беременныхъ женщинъ во всѣ времена обращали на себя вниманіе врачей.

Начиная съ Mauriceau акушеры сознавали большую опасность особенно маточныхъ кровотеченій и указывали на возможность ужасающихъ кровопотерь, убивающихъ и мать и ребенка.

Mauriceau разсказываетъ печальную страницу своей жизни: онъ подавалъ помощь собственной своей сестрѣ, которая на его глазахъ погибла отъ кровотеченія.

„Воспоминаніе, пишетъ онъ, мнѣ такъ тяжело, что чернила, которыми я теперь пишу, мнѣ кажутся кровью".

До конца 16 столѣтія царило невѣдѣніе о сущности и происхожденіи этихъ маточныхъ кровотеченій. Акушерство находилось всецѣло въ рукахъ повитухъ и врачъ-хирургъ приглашался лишь для производства кровавой операціи размельченія плода.

Вѣдь еще во времена Osiander'a акушерка довѣряла магической силѣ кровнаго камня (Blutstein) больше, чѣмъ врачебному искусству, и заставляла истекающую кровью роженицу держать этотъ чудодѣйственный камень въ своихъ холодѣющихъ рукахъ. Лишь когда изученіе анатоміи начало проливать свѣтъ на всѣ отрасли медицины, и въ акушерствѣ начали относиться ко многимъ явленіямъ болѣе вдумчиво, болѣе сознательно.

Что кровотеченія могутъ происходить изъ сосудовъ матки, соприкасающихся съ послѣдомъ, уже вполнѣ сознавалъ Jacques Guillemeau (1621 г.). Онъ настаивалъ на быстромъ

НБ ХНМУ

родоразрѣшенія, напримѣръ при предлежащемъ послѣдѣ, и примѣнялъ операцію поворота, предложенную его великимъ учителемъ Ambroise Paré.

На долю ученика выпало большое счастіе принести благодарность своему учителю тѣмъ, что онъ спасъ его дочери жизнь, произведя на ней операцію поворота, изобрѣтенную ея отцомъ.

Интересно отмѣтить, что Guillemeau повидимому зналъ, что сидящій въ днѣ матки послѣдъ можетъ очутиться въ области зѣва, и совѣтовалъ при производствѣ поворота отодвигать его въ сторону. Guillemeau имѣлъ уже свѣдѣнія о функціяхъ дѣтскаго мѣста, ясно представлялъ себѣ источникъ кровотеченія и причину смерти плода. Упоминая о плацентарныхъ кровотеченіяхъ, онъ говоритъ: „Le sang peut aussi sortir ou de l'arrière—faix ou des veines qui s'abouchent avec lui, par lesquelles l'enfant prend la nourriture étant au ventre de la mère. Elles se déchirent par quelque violent mouvement, saut, chute, coup, toux".

Mauriceau, давшій такъ много цѣнныхъ указаній бѣдной еще въ то время акушерской наукѣ, видѣлъ много предлежаній послѣда, но ошибочно считалъ ихъ за выпаденія отдѣленнаго отъ дна матки дѣтскаго мѣста. Этихъ же возрѣній придерживался и Cosme Viardel (1671 г.). И несмотря на то, что Paul Portal (1685 г.) доказалъ возможность развитія послѣда въ нижнемъ отдѣлѣ полости матки, все же такіе извѣстные ученые, какъ de la Motte, Peu и Deventer продолжали придерживаться древняго лжеученія и защищать его. Thomas Raynal (1634 г.) видѣлъ угрожающія кровотеченія, зависѣвшія отъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, вслѣдъ за сильной рвотой, послѣ пріема слабительныхъ и послѣ травмъ.

Peu (1694 г.) упоминаетъ полную или частичную отслойку послѣда „до выхожденія младенца" и, конечно, видитъ причину ея въ прямыхъ травмахъ, какъ ударъ, ушибъ и т. п. Онъ считаетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровотеченіе можетъ быть чисто внутреннимъ, причемъ внутренній зѣвъ матки остается совершенно закрытымъ.

William Giffard (1734 г.) говоритъ о „real" и о „partial separation of the placenta", которая случается большею частью въ днѣ матки и всегда сопровождается кровотеченіемъ. Отдѣлившійся послѣдъ можетъ спуститься въ нижній отдѣлъ матки, упасть на область внутренняго зѣва. Въ такихъ случаяхъ Giffard предлагаетъ немедленно пальцами расширить шейку матки, разорвать пузырь, сдѣлать внутренній поворотъ на ножку и освободить головку по способу Mauriceau. François Mauriceau (1728 г.) подробно излагаетъ клиническую картину преждевременнаго отдѣленія нормально прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста, осложненія, которое большею частью происходитъ вслѣдствіе причинъ травматическихъ, но можетъ быть послѣдствіемъ и слишкомъ короткой пуповины. Единственной раціональной терапіей онъ считаетъ немедленное опорожненіе матки. Послѣдъ, по его мнѣнію, долженъ располагаться въ днѣ матки для того, чтобы здѣсь воспринимать материнскую кровь, предназначенную для питанія ребенка.

Жившій въ томъ же столѣтіи Dionis (1718 г.) также придаетъ большое значеніе травмамъ, которыя женщины скрываютъ, дабы избѣжать упрековъ. Эти кровотеченія зависятъ отъ отслойки большей части дѣтскаго мѣста и могутъ быть остановлены только путемъ родоразрѣшенія. Онъ же указываетъ, что отдѣленіе можетъ захватить лишь очень небольшую часть послѣда; въ такомъ случаѣ, при соблюденіи матерью полнаго покоя, возможно, что опасность минуетъ и беременность дойдетъ до своего нормальнаго конца.

La Motte (1746 г.) придерживается мнѣнія Mauriceau, что лишь скорое родоразрѣшеніе можетъ спасти роженицу.

Puzos (1759 г.) видитъ въ большей или меньшей отслойкѣ дѣтскаго мѣста причину кровотеченій, встрѣчаемыхъ въ послѣдніе три мѣсяца беременности, даетъ шесть исторій болѣзни изъ собственной практики и горячо рекомендуетъ примѣненіе accouchement forcé.

Но Puzos не касается причинъ отслойки послѣда, изучал

лишь механизмъ ея: повторныя кровоизліянія прибавляютъ къ уже существующимъ позади послѣда сгусткамъ новыя порціи крови, что неминуемо ведетъ къ еще большему отдѣленію дѣтскаго мѣста.

André Levret и William Smellie (1766 г.) оцѣнили опасность „скрытыхъ кровотеченій“, а Leroux (1776 г.) ввелъ въ терапію ихъ тампонацію влагалища.

Въ 1777-омъ году Edward Rigby строго различаетъ предлежаніе послѣда (unavoidable hemorrhage) и преждевременную отслойку его (accidental hemorrhage); а David Spence (1784 г.) касается этіологіи послѣдней и указываетъ на сифилисъ, какъ на важный этіологическій моментъ, признавая извѣстное значеніе за болѣзненными измѣненіями матки, далѣе за травмой, короткостью пуповины, плеторой и т. д.

Наконецъ, въ 1796-омъ году знаменитый Baudelocque въ своемъ премированномъ трудѣ далъ классическое описаніе внутреннихъ или скрытыхъ кровотеченій.

„Кровотеченіе, говоритъ онъ, есть неминуемое послѣдствіе разъединенія части послѣда и маточной стѣнки и можетъ наступить во всѣ сроки беременности. Такое кровотеченіе не всегда бываетъ видимымъ. Въ то время, какъ чаще всего кровь изливается наружу, бываютъ случаи, гдѣ она скопляется позади дѣтскаго мѣста и тамъ задерживается, или потому-что края послѣда или оболочки крѣпко соединены съ маткой, или же потому-что естественное сокращеніе шейки матки въ это время беременности настолько сильно, что не пропускаетъ крови“.

Baudelocque первый съ большой ясностью устанавливаетъ два вида маточныхъ кровотеченій: одно наружное, видимое; другое скрытое, внутреннее. По его словамъ, многіе авторы знали эту разницу, но ни одинъ изъ нихъ не оцѣнилъ внутренняго кровотеченія, какъ онъ, и не обслѣдовалъ его должнымъ образомъ. „Позволительно думать, что сама матка, благодаря сопротивленію своихъ стѣнокъ, не допуститъ изліянія слишкомъ большого количества крови позади дѣтскаго мѣста, но опытъ учитъ, что эти кровотеченія могутъ быть столь внушительной

силы, что онѣ замѣтнымъ образомъ вліяютъ на состояніе силъ женщины и даже губятъ жизнь ея и ея ребенка“.

На основаніи цѣлаго ряда наблюденій Baudelocque разбираетъ причины интересующаго насъ тяжелаго заболѣванія, и останавливается особенно на травмахъ: замѣчательно, что большая часть отмѣчаемыхъ имъ травмъ незначительны, такъ въ наблюденіи VI-омъ роженица почувствовала сильную боль въ животѣ и замѣтила кровотеченіе въ тотъ моментъ, когда она поднимала ногу, чтобы войти въ ванну съ нѣсколько высокими краями.

Въ смыслѣ леченія Baudelocque настаиваетъ на родоразрѣшеніи; а именно при подвижной головкѣ онъ рекомендуетъ ручное расширеніе шейки и поворотъ на ножку, при неподвижной же головкѣ наложеніе щипцовъ.

Thomas Denman (1802 г.) даетъ мудрый совѣтъ въ дѣлѣ леченія преждевременнаго отдѣленія послѣда строго индивидуализировать каждый случай. Schmidtmueller (1809 г.) совѣтуетъ при кровотеченіяхъ до рожденія младенца спѣшить съ родоразрѣшеніемъ; Siebold (1854 г.) высказывается за разрывъ плоднаго пузыря.

Pasta видитъ причину преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста въ травмахъ, особенно въ паденіяхъ, ударахъ по животу, далѣе въ короткости пуповины, но онъ сомнѣвается, что эти кровотеченія могутъ остаться только внутренними.

Несмотря на огромный авторитетъ Baudelocque'a и на точность его изложенія, основаннаго на нѣсколькихъ собственныхъ наблюденіяхъ, его современники относятся отрицательно къ возможности чистыхъ внутреннихъ кровотеченій.

Такъ, M-me Boivin и M-me Lachapelle, извѣстныя въ свое время акушерки, отрицаютъ отслойку послѣда, пока плодъ находится въ маткѣ, и не признаютъ внутреннихъ кровотеченій.

Первая изъ нихъ, въ своемъ переводѣ Traité sur les hémorrhagies de Duncan Stewart (1818 г.) пишетъ: „Внутреннее кровотеченіе до выхода ребенка никогда не можетъ быть столь зна-

чительнымъ, чтобы причинить смерть женщинѣ; нельзя допустить, чтобы кровь скопилась въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ въ маткѣ, не изливаясь наружу, потому что, какъ ни закрытъ зѣвъ, онъ не можетъ воспрепятствовать истеченію крови".

M-me Lachapelle (1821 г.) высказывается еще болѣе категорически: она, основываясь на своемъ огромномъ опытѣ въ 42000 родовъ, вполнѣ отрицаетъ существованіе внутреннихъ кровотеченій и скопленіе крови между послѣдомъ и стѣнкой матки. Наблюденія авторовъ она считаетъ мало доказательными, и теорія кровоизліянія, которое отслаиваетъ послѣдъ отъ центра къ периферіи, по ея мнѣнію, есть ничто иное, какъ „de pure spéculation". „Я не повѣрю, что матка настолько растяжима, что можетъ быть внезапно растянута, какъ увѣряютъ, и ни разу не наблюдала подобнаго случая".

Velpeau (1829 г.) въ общемъ присоединяется къ высказанному M-me Lachapelle, хотя съ нѣкоторымъ ограниченіемъ.

Но вотъ въ 1832-мъ году Baudelocque-племянникъ публикуетъ наблюденіе, которое даетъ ту анатомическую основу, которую не могъ дать его знаменитый дядя.

Дѣло идетъ о роженицѣ, умершей во время родовъ; приглашенный Delaforterie, явившись уже послѣ смерти больной, немедленно произвелъ кесарское сѣченіе и убѣдился, что между послѣдомъ и дномъ матки существовала полость, содержавшая кровь (trois chopines de sang environ). Онъ нашелъ, что послѣдъ по краю своему сохранилъ свое нормальное прикрѣпленіе къ маточной стѣнкѣ. Ребенокъ былъ еще живъ. Это послѣднее обстоятельство заставляетъ насъ относиться къ наблюденію cum grano salis, потому что трудно допустить, чтобы такое огромное кровоизліяніе не повлекло за собою быстрой смерти плода.

Gendrin (1839 г.) придаетъ травматизму большое значеніе въ дѣлѣ происхожденія преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, но, смущенный ничтожностью травмъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, онъ требуетъ признанія особыхъ предрасполагающихъ

условій. Ретроплацентарное кровотеченіе можетъ быть смертельнымъ, въ доказательство чего Gendrin приводитъ случаи Delaforterie и Albinus'a.

Jacquemier (1846 г.) изучаетъ условія, благодаря которымъ кровотеченіе остается внутреннимъ: онъ видитъ ихъ въ сопротивленіи, которое встрѣчаетъ кровь при отслаиваніи плоднаго яйца, въ свертываніи крови въ шейкѣ матки и во влагалищѣ, въ герметическомъ закрытіи полости матки, которое производитъ головка плода, прижимаясь къ нижнему сегменту.

Jacquemier пытается освѣтить причины, обусловливающія ретроплацентарныя кровотеченія: маточно-плацентарное кровообращеніе совершается медленно и венозная система переполнена кровью. Благодаря цѣлому ряду условій, давленіе въ маточно-плацентарныхъ сосудахъ, особенно въ венахъ, всегда очень высокое. А такъ какъ стѣнки этихъ сосудовъ тонкія, ломкія и плохо поддерживаются мягкой тканью послѣда, то вполнѣ понятно, что онѣ могутъ разорваться подъ вліяніемъ случайныхъ условій, ведущихъ къ венозному застою.

Въ 1860 году Braxton-Hicks собралъ 13 несомнѣнныхъ случаевъ изъ литературы; Pilat (1874), Brunton (1875) въ свою очередь обнародовали свои наблюденія, также какъ Ingleby (1842), Vogel (1843), Loir (1844), Hüter (1852), Martin (1861), Boldt (1863), Habit (1866), Tschörtner (1867), Hecker (1871), Pelz (1872) и т. д.

Но важнѣе всего, что въ 1870 году William Goodell опубликовалъ большую работу, которая послужила основаніемъ для всѣхъ послѣдующихъ изслѣдованій. Онъ же привелъ первую большую статистику въ 106 случаевъ.

Въ нашемъ бѣгломъ очеркѣ мы вкратцѣ изложили историческое развитіе ученія о преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста. Мы видѣли, что родиной этого ученія была Франція. Тамъ появились первыя смутныя представленія о тяжеломъ заболѣваніи, о которомъ мы поведемъ рѣчь. Величайшіе акушеры Франціи занимались разработкой этого интереснаго вопроса. И

лишь въ 70-хъ и 80-хъ годахъ прошлаго столѣтія акушеры всѣхъ странъ начали обращать должное вниманіе на это грозное осложненіе беременности и родовъ; и работы стали появляться въ бо́льшемъ и бо́льшемъ количествѣ.

Опредѣленіе понятія и терминологія.

Преждевременнымъ мы называемъ отдѣленіе послѣда въ томъ случаѣ, если нарушеніе связи между нимъ и стѣнкой матки наступаетъ въ то время, когда плодъ находится еще въ полости матки, причемъ безразлично находится ли женщина въ состояніи беременности или же въ родахъ. Большею частью такое преждевременное отдѣленіе происходитъ при послѣдѣ, сидящемъ на ненормальномъ мѣстѣ, т. е. въ нижнемъ отдѣлѣ матки, въ „Dehnungszone“ ея; въ такомъ случаѣ, какъ вполнѣ понятно, частичная отслойка послѣда должна неминуемо происходить при каждомъ сокращеніи матки и растяженіи нижняго маточнаго сегмента.

Разсмотрѣніе этого заболѣванія, т. е. предлежанія и низкаго прикрѣпленія послѣда не входитъ въ рамки настоящей работы.

Гораздо рѣже встрѣчается преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, когда послѣднее расположено нормально, въ верхнемъ отдѣлѣ матки, т. е. выше „Dehnungszone“ ея. Въ то время, какъ предлежаніе послѣда встрѣчается часто и изучено съ достаточной полнотой, преждевременное отдѣленіе нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста принадлежитъ къ явленіямъ рѣдкимъ и изученіе этого грознаго осложненія беременности и родовъ далеко еще не можетъ считаться законченнымъ.

Кровотеченія, имѣющія мѣсто при преждевременномъ отдѣленіи нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста, въ прежнее время французскими и англійскими авторами назывались скрытыми. Французы говорили о „pertes cachées“, англичане о „concealed accidental hemorrhage into the gravid uterus“ (Goodell, Barnes etc.).

Не трудно понять, что эти названія отнюдь не соотвѣтствуютъ понятію о болѣзненномъ явленіи, о которомъ идетъ рѣчь. Кровотеченіе при преждевременномъ отдѣленіи нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста далеко не всегда бываетъ скрытымъ, т. е. чисто внутреннимъ: такъ, напримѣръ, у Goodell'я на 106 случаевъ мы въ 27-ми видимъ начальное наружное кровотеченіе, на 200 случаевъ Holmes указываетъ лишь 45 внутреннихъ кровотеченій, въ статистикѣ Herzfeld'a на 250 случаевъ приходится лишь 52 случая внутренняго кровотеченія, т. е. пятая часть всѣхъ случаевъ.

Кровотеченія, о которыхъ мы поведемъ рѣчь, въ англійскихъ учебникахъ и сообщеніяхъ обычно называются „accidental hemorrhage“, т. е. случайными, въ отличіе отъ „unavoidable hemorrhage“, подъ какимъ названіемъ слѣдуетъ подразумѣвать кровотеченіе при предлежаніи послѣда. Понятно, что эти термины далеко не совершенны, съ такимъ же правомъ мы можемъ кровотеченіе при преждевременномъ отдѣленіи нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста назвать „unavoidable“, т. е. неизбѣжнымъ, какъ и кровотеченіе при placenta praevia назвать „accidental hemorrhage“.

Очевидно, авторы скоро сознали неточность существующихъ терминовъ, такъ какъ Holmes предложилъ назвать преждевременное отдѣленіе нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста placenta ablata или Ablatio placentae (аналогично ablatio retinae), а De Lee находитъ болѣе подходящимъ названіе abruptio placentae.

Хотя послѣдніе термины и не лишены извѣстной доли образности, но тѣмъ не менѣе, нельзя ихъ назвать удачными, такъ какъ ни тотъ, ни другой не указываютъ на преждевременность отдѣленія и на нормальное расположеніе послѣда.

Наконецъ, Andrews считаетъ необходимымъ дать новые термины, вполнѣ характеризующіе суть дѣла. Онъ считаетъ термины „unavoidable“ неточнымъ, а „accidental“ неподходящимъ, къ тому же связаннымъ съ понятіемъ о травмѣ.

Взамѣнъ ихъ онъ предлагаетъ для кровотеченій, зависящихъ

отъ предлежанія послѣда, терминъ „cervical unavoidable hemorrhage“, а для кровотеченій, стоящихъ въ связи съ преждевременнымъ отдѣленіемъ нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста, терминъ „fundal incidental hemorrhage“. Съ послѣдней терминологіей вполнѣ соглашается и Edgar. Weiss говоритъ о „Ablatio placentae praematura“, большая часть нѣмецкихъ авторовъ даютъ названія „vorzeitige Lösung (или Ablösung, или Loslösung) der normal sitzenden Placenta“ или „vorzeitige Lösung der Placenta bei normalem Sitz derselben“, или „vorzeitige Lösung der regelrecht sitzenden Nachgeburt“.

Французы въ настоящее время имѣютъ для данной болѣзни одинъ терминъ, а именно „décollement prématuré du placenta normalement inséré“.

Мы условимся называть преждевременное отдѣленіе нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста „Separatio placentae praematura“ (или „Solutio praematura placentae normaliter insertae“), терминъ, который при всей своей краткости все же вполнѣ опредѣленно указываетъ на сущность патологическаго процесса.

Въ заключеніе скажемъ, что тѣ исключительно рѣдкіе случаи, гдѣ преждевременно отдѣленный послѣдъ покидаетъ мѣсто своего прикрѣпленія и выходитъ изъ родовыхъ путей до рожденія ребенка, получили названіе „Prolapsus placentae“ (выпаденіе послѣда, Vorfall der Placenta). Какъ мы увидимъ ниже, въ послѣднее время большинство авторовъ считаетъ непремѣннымъ условіемъ для подведенія случая подъ эту рубрику нормальное расположеніе послѣда и доношенность беременности.

Частота преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста.

На вопросъ о частотѣ преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста отвѣтить трудно. Часто менѣе рельефно выраженные случаи не распознаются, или же они не регистрируются и пропадаютъ для статистики.

Какъ объяснить, напр., что въ отчетахъ Rotunda-Hospital въ

Дублинѣ на 156.000 родовъ не отмѣчено ни одного случая преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста?

Вполнѣ очевидно, что здѣсь кроется недоразумѣніе. Въ позднѣйшихъ отчетахъ изъ той же Rotunda мы видимъ уже другое: такъ, въ 1889—1893 году Smyly нашелъ на 6455 родовъ 36 случаевъ, а статистика Colclough'a изъ того же учрежденія за 1896—1901 годъ на 17.200 родовъ даетъ уже 83 случая преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста.

Fleetwood Churchill сопоставилъ изъ разныхъ источниковъ 163.738 родовъ и нашелъ среди нихъ 218 случаевъ „accidental“ и 261 случай „unavoidable hemorrhage“.

Herzfeld въ своей сборной статистикѣ отмѣчаетъ489 случаевъ на 259.456 родовъ или 0,18% преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста и замѣчаетъ, что большая разница въ частотѣ въ отдѣльныхъ статистикахъ зависитъ отъ того, что многіе авторы болѣе легкіе случаи оставляли безъ вниманія.

По Bubis'y, разница у отдѣльныхъ авторовъ колеблется отъ 1:500 до 1:10000. По Кипарскому 1 случай приходится на 388 родовъ.

Отчетъ	Rotunda-Hospital	отмѣчаетъ	0	случ.	на	156.000 родовъ.
	Smyly	„	36	„	„	6.455 „
	Colclough	„	83	„	„	17.200 „
	Lying-in-Hospital	„	68	„	„	60.000 „
	Goodell	„	3	„	„	22.498 „
	M-me Henry	„	27	„	„	20.700 „
	Tissier	„	1	„	„	1.000 „
	Gaston (Lyon)	„	10	„	„	10.076 „
	Esmann (Kopenhagen)	„	30	„	„	7.497 „
	Holmes	„	1	„	„	200 „
	Lobenstine и Harrar	„	47	„	„	42.000 „
	Hellier-Galabin	„	31	„	„	23.591 „
	Sloane-Maternity Hosp.	„	57	„	„	5.900 „
	Ross (H. Mary Hosp.)	„	34	„	„	8.621 „
	Rihl	„	3	„	„	3.024 „
	Тарновскій	„	4	„	„	2.016 „
	Виридарскій	„	6	„	„	5.764 „
	Чапинъ	„	12	„	„	5.102 „
	Кипарскій	„	22	„	„	8.538 „

Кривскій	„	208	„	„	135.746 „
Apelskog	„	28	„	„	24.868 „
De Snoo	„	2	„	„	429 „
Krüger	„	6	„	„	1.436 „
Bubis	„	3	„	„	75 „

Я сопоставилъ всѣ доступныя мнѣ статистики преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста и получилъ на 568.736 родовъ 722 случая, что составляетъ 0,12%.

Итакъ, въ нашемъ распоряженіи 3 сборныхъ статистики:

Fleetwood Churchill'я:	163.738 родовъ	— 0,13%
Herzfeld'a	: 259.456 „	— 0,18%
Моя	: 568.736 „	— 0,12%

За послѣднія 13 лѣтъ (1900—1912) въ Родовспомогательномъ Заведеніи разрѣшилось въ срокъ или преждевременно (за вычетомъ выкидышей) 45.999 женщинъ. За это же время случаевъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста наблюдалось 68 (— 0,14%).

Въ гинекологическомъ отдѣленіи Обуховской больницы за 7 лѣтъ (1901, 1902, 1908—1912) разрѣшилось въ срокъ или преждевременно (за вычетомъ выкидышей) 2.588 женщинъ. За это же время случаевъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста наблюдалось 18 (— 0,69%).

Если же мы соберемъ матеріалъ обоихъ учрежденій воедино, то получимъ:

На 48.587 родовъ 86 случаевъ преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста (— 0,17%).

Преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста встрѣчается значительно чаще у многородящихъ, чѣмъ у первородящихъ. Это отмѣчаютъ многіе авторы (Goodell, Herzfeld, Столыпинскій, Bubis). Объяснить это явленіе можно большей растяжимостью и дряблостью стѣнокъ матки и брюшныхъ покрововъ у многородящихъ, а также болѣе частыми у нихъ эндометритомъ и нефритомъ.

Но если мы примемъ въ соображеніе, что первородящія составляютъ лишь четвертую или третью часть всѣхъ роженицъ,

то мы можемъ заключить, что первородящія не такъ ужъ рѣдко поражаются разбираемымъ нами заболѣваніемъ.

Goodell отмѣчаетъ на 64 случая только 8 первородящихъ. Изъ остальныхъ 56-ти повторнородящихъ—46 рожали болѣе четырехъ разъ

По Holmes'у изъ 156 женщинъ 30 были первородящія (19,2%).

Если мы обратимся къ нашей сборной статистикѣ, обнимающей 493 случая, то мы увидимъ, что число родовъ обозначено въ 447 случаяхъ.

Изъ послѣднихъ первородящихъ было	102
Во 2-й разъ рождающихъ было	52
„ 3-й „ „ „	40
Въ 4-й разъ рождающихъ было	43
„ 5-й „ „ „	34
„ 6-й „ „ „	25
„ 7-й „ „ „	19
„ 8-й „ „ „	25
„ 9-й „ „ „	21
„ 10-й „ „ „	12
„ 11-й „ „ „	23
„ 12-й „ „ „	10
„ 13-й „ „ „	6
„ 14-й „ „ „	3
„ 15-й „ „ „	5
„ 16-й „ „ „	1
„ 18-й „ „ „	3
„ 23-й „ „ „	1

Многородящихъ было 22.

Короче:

Первородящихъ было	102	22,82%
Повторно рождающихъ же	345	77,18%

Нашъ матеріалъ, обнимающій 87 случаевъ, даетъ слѣдующія цифры:

Первородящихъ было	11
Во 2-й разъ рождающихъ было	11
„ 3-й „ „ „	10
„ 4-й „ „ „	9
„ 5-й „ „ „	3
„ 6-й „ „ „	8
„ 7-й „ „ „	10

Харьковск. Госуд. Медицинск. Институт
Библиотека-Читальня
и Исполпрофбюро

„ 8-й	„	„	„	4
„ 9-й	„	„	„	4
„ 10-й	„	„	„	9
„ 11-й	„	„	„	3
„ 12-й	„	„	„	1
„ 13-й	„	„	„	2
„ 15-й	„	„	„	1
		безъ указаній		1

Короче:

Первородящихъ было	11 . . .	12,79%
Повторно рождающихъ	75 . . .	87,21%

Вліянію возраста Herzfeld не придаетъ большого значенія. Въ его статистикѣ 61% всѣхъ больныхъ были старше 30-ти лѣтъ.

Матеріалъ Holmes'a распредѣляется слѣдующимъ образомъ:

въ возрастѣ отъ 16—25 лѣтъ было . . .	17	%
„ „ „ 26—35 „ „ . . .	53,7%	
„ „ „ 36—45 „ „ . . .	29,8%	

Изъ 493-хъ случаевъ нашей сборной статистики возрастъ указанъ въ 379-ти случаяхъ:

въ возрастѣ до 20 лѣтъ	было 22 . . .	5,8%	
„ „ отъ 21—30 лѣтъ	„ 160 . . .	42,2%	
„ „ „ 31—40 „	„ 156 . . .	41,1%	
„ „ старше 40 лѣтъ	„ 41 . . .	10,8%	

Въ нашемъ матеріалѣ больныхъ:

въ возрастѣ до 20 лѣтъ	было 6 . . .	6,9%	
„ „ отъ 21—30 лѣтъ	„ 36 . . .	41,8%	
„ „ „ 31—40 „	„ 40 . . .	46,4%	
„ „ старше 40 лѣтъ	„ 4 . . .	4,6%	

Въ одномъ случаѣ возрастъ не указанъ.

Изъ приведенныхъ цифръ мы можемъ заключить, что возрастъ дѣйствительно не имѣетъ значенія, потому что преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста встрѣчается наичаще въ возрастѣ отъ 21-го года до 40 лѣтъ, т. е. въ то время, когда вообще наичаще встрѣчаются беременность и роды.

По Goodell'ю преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста встрѣчается чаще всего на 8-мъ—9-мъ мѣсяцѣ беременности.

Матеріалъ, собранный Holmes'омъ, распредѣляется слѣдующимъ образомъ:

5-й мѣсяцъ отмѣченъ	6 разъ		
6-й „ „	4 раза		
7-й „ „	29 разъ		
8-й „ „	62 раза		
9-й „ и срочные роды . .	52 „	(33,1%)	

Въ нашей сборной статистикѣ время наступленія болѣзни обозначено 430 разъ; а именно:

4-й мѣсяцъ отмѣченъ	2 раза . . .	0,4%	
5-й „ „	8 разъ . . .	1,8%	
6-й „ „	26 „ . . .	6,0%	
7-й „ „	51 „ . . .	11,8%	
8-й „ „	77 „ . . .	17,9%	
9-й „ „	89 „ . . .	20,6%	
10-й „ и срочные роды	177 „ . . .	41,1%	

Просматривая нашъ матеріалъ мы видимъ, что заболѣваніе наступило:

на 5-мъ мѣсяцѣ 2 раза	2,2%	
„ 6-мъ „ —	—	
„ 7-мъ „ 12 разъ	13,7%	
„ 8-мъ „ 17 „	19,5%	
„ 9-мъ „ 14 „	16,0%	
10-й мѣсяцъ и срочные роды отмѣчены 42 раза . .	48,2%	

Изъ приведенныхъ цифръ можно заключить, что около половины всѣхъ случаевъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста относится къ послѣднему мѣсяцу беременности и къ срочнымъ родамъ; на 8-мъ же и 9-мъ мѣсяцахъ беременности заболѣваніе встрѣчается значительно рѣже.

Наконецъ, интересно прослѣдить, въ какой моментъ происходитъ наичаще преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, до начала ли родовой дѣятельности, въ первомъ или же во второмъ періодѣ родовъ.

Изучая наши 87 случаевъ, мы видимъ, что преждевременное отдѣленіе произошло:

до начала болей	28 разъ
въ періодѣ раскрытія	47 „
„ „ изгнанія	12 „

Такимъ образомъ, слѣдуетъ признать, что больше половины всѣхъ случаевъ падаетъ на первый періодъ родовъ, значительно менѣе часто заболѣваніе начинается до начала родовой дѣятель-

ности, всего же рѣже оно наступаетъ послѣ излитія около плодныхъ водъ.

Механизмъ.

Дѣтское мѣсто въ большей части случаевъ расположено въ верхнихъ отдѣлахъ передней или задней стѣнокъ матки; далѣе оно можетъ занимать дно матки или одну изъ боковыхъ стѣнокъ ея. Во время періодовъ раскрытія и изгнанія дѣтское мѣсто въ нормальныхъ случаяхъ не отдѣляется, потому-что чѣмъ сильнѣе сокращеніе полаго мускула, тѣмъ выше внутриматочное давленіе, съ тѣмъ большей силой послѣдъ прижимается къ площади своего прикрѣпленія. Лишь по выходѣ плода, когда внутриматочное давленіе не превышаетъ атмосфернаго или даже, въ моментъ изгнанія туловища плода, становится на мгновеніе отрицательнымъ — лишь тогда при сокращеніи стѣнки матки отслаивается послѣдъ (Olshausen—Veit). Нѣсколько иначе рѣшаетъ этотъ вопросъ Bumm. Благодаря своему рыхлому строенію послѣдъ слѣдуетъ за уменьшеніемъ площади своего прикрѣпленія, неминуемо наступающемъ при сокращеніи и ретракціи маточной стѣнки въ періодѣ изгнанія. Во время схватки дѣтское мѣсто поэтому съеживается и все сильнѣе выдается въ полость матки, но нарушеніе связи съ площадью прикрѣпленія не наступаетъ. Даже рожденіе плода мало измѣняетъ дѣло, несмотря на то, что внутриматочное давленіе рѣзко и внезапно падаетъ. Войдя рукою въ матку немедленно по рожденіи младенца, мы обыкновенно находимъ дѣтское мѣсто, на всемъ своемъ протяженіи прикрѣпленное къ маткѣ. Послѣднее зависитъ отъ того, что ретракція маточной мускулатуры распредѣляется неравномѣрно и въ области прикрѣпленія послѣда замѣтно отстаетъ. Здѣсь стѣнка матки остается почти такой же тонкой, какой она была раньше; въ то время, какъ остальные участки маточной стѣнки сократились и сдѣлались толстыми, размѣры площади прикрѣпленія послѣда измѣнились мало, и лишь

3343

наступающія вскорѣ послѣдовыя схватки отдѣляютъ и извергаютъ его. Эти сокращенія плацентарнаго мѣста отслаиваютъ послѣдъ; при этомъ разрываются многочисленные тонкостѣнные маточно-плацентарные сосуды и изливающаяся кровь, ретроплацентарная гематома, завершаетъ дѣло этого физіологическаго отдѣленія послѣда.

Nijhoff, изучая тотъ же вопросъ, считаетъ, что при сокращеніи матки въ періодѣ раскрытія и особенно изгнанія, послѣдъ неминуемо отслоился бы, если бы плацентарное мѣсто сокращалось въ такой же мѣрѣ, какъ остальная мускулатура матки. Что такой отслойки не происходитъ, извѣстно давно (Schröder). Но большинство авторовъ ошибочно считаютъ, что причина кроется во внутриматочномъ давленіи, что послѣднее прижимаетъ послѣдъ къ плацентарному мѣсту и что, поэтому, послѣдъ самъ препятствуетъ полной ретракціи площади своего прикрѣпленія. Nijhoff приходитъ къ выводу, что кромѣ внутриматочнаго давленія здѣсь должны имѣть мѣсто другія условія и что этимъ условіямъ слѣдуетъ придать первенствующее значеніе. Онъ указалъ, что на томъ мѣстѣ, гдѣ сидитъ послѣдъ, маточная мускулатура гораздо тоньше, чѣмъ въ другихъ отдѣлахъ матки. Это отчетливо видно на многихъ распилахъ матокъ, сдѣланныхъ до начала родовъ и въ началѣ періода раскрытія, на распилахъ Waldeyer'a, von Säxinger'a, Barbour'a, Braune и Zweifel'я, Pestalozza и Testut и Blanc'a.

Маточная стѣнка здѣсь отличается богатствомъ кровеносныхъ сосудовъ и лимфатическихъ пространствъ, содержитъ больше соединительной ткани и меньше сократительныхъ элементовъ. Поэтому плацентарное мѣсто представляетъ собой болѣе слабый участокъ маточной стѣнки, менѣе способный сокращаться и болѣе поддающійся растяженію со стороны внутриматочнаго давленія. Mutatis mutandis плацентарное мѣсто относится къ остальному тѣлу матки такъ же, какъ нижній сегментъ ея.

Эта большая растяжимость плацентарнаго мѣста имѣетъ еще то значеніе, что благодаря ей сохраняется нормальное кровообра-

6449

БІБЛІОТЕКА
Харківського Медичн. Інституту
№ 4696
Шифр 2-34

Инв. № НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА 1-го Харьк. Мед. Института ПЕРЕВІРЕНО 1936

щеніе въ послѣдѣ въ періодѣ изгнанія и предупреждается преждевременная отслойка его. Когда по рожденіи младенца внутриматочное давленіе падаетъ, прекращается растяженіе плацентарнаго мѣста, послѣдъ ложится въ складки или же, отслаиваясь, перемѣщается по внутренней поверхности матки.

Schatz тоже находитъ, что плацентарное мѣсто во время родовъ остается тоньше потому, что послѣдъ оказываетъ сопротивленіе сокращенію и безъ того слабой здѣсь мускулатуры. Чѣмъ слабѣе схватки, тѣмъ растяженіе плацентарнаго мѣста больше. При сильныхъ же схваткахъ разница между плацентарнымъ мѣстомъ и остальной мускулатурой матки сглаживается.

Въ такомъ смыслѣ современное акушерство рѣшаетъ вопросъ о причинахъ неотдѣленія послѣда въ періодѣ изгнанія и о механизмѣ физіологическаго отдѣленія его въ послѣдовомъ періодѣ.

Разсмотримъ теперь механизмъ патологическаго или преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста.

Отъ какой бы причины ни зависѣлъ этотъ болѣзненный процессъ, дѣло всегда начинается съ нарушенія связи между послѣдомъ и маточной стѣнкой на очень ограниченномъ пространствѣ.

Извѣстно, что разъединеніе происходитъ въ глубокихъ слояхъ deciduae serotinae. Ткань здѣсь имѣетъ очень нѣжное строеніе и пронизана многочисленными тонкостѣнными сосудами и железистыми трубками. Понятно, что какъ бы ни было ограничено нарушеніе цѣлости этой ткани, оно всегда будетъ сопровождаться кровотеченіемъ изъ нарушенныхъ маточно-плацентарныхъ сосудовъ.

Очень возможно, что мельчайшія кровоизліянія въ нѣкоторыхъ случаяхъ не ведутъ ни къ какимъ видимымъ послѣдствіямъ и опредѣляются, какъ случайная находка при изслѣдованіи послѣдовъ. Такъ Hartmann, изслѣдуя 500 послѣдовъ, въ 30 изъ нихъ нашелъ децидуальныя кровоизліянія. Такія рудиментарныя формы преждевременнаго отдѣленія послѣда не имѣютъ клиническаго значенія. Онѣ описаны уже Spiegelberg'омъ; Brodhead нашелъ на 1000 родовъ въ Sloane Maternity въ New-York'ѣ 7 разъ

эти отдѣленія „ante-partum", которыя выражались небольшими скопленіями крови въ послѣдѣ.

Но въ большинствѣ случаевъ, какъ бы ни было ограничено кровоизліяніе и въ какихъ бы отдѣлахъ послѣда оно ни происходило (въ центрѣ или гдѣ либо ближе къ периферіи его), кровь, образующая эту маленькую гематому, всегда будетъ находиться подъ извѣстнымъ давленіемъ, въ силу котораго она будетъ оттѣснять окружающія ее ткани. Неминуемо близлежащіе маточно-плацентарные сосуды будутъ травматизированы, неминуемо произойдетъ разрывъ все большаго числа децидуальныхъ сосудовъ, изъ которыхъ въ свою очередь будетъ истекать кровь, присоединяясь къ уже существующей гематомѣ. Понятно, что современемъ такая ретроплацентарная гематома получитъ болѣе или менѣе значительные размѣры и будетъ находиться въ полости, съ одной стороны ограниченной маточной стѣнкой, съ другой дѣтскимъ мѣстомъ.

Какъ видно на прекрасныхъ рисункахъ у Pinard et Varnier, Winter'a, Bumm'a и Rousseau-Dumarcet послѣдъ въ такихъ случаяхъ рѣзко выдается въ полость матки и какъ бы сидитъ на гематомѣ, съ другой стороны и маточная стѣнка, уступая повышенному давленію, выпирается кнаружи и образуетъ эластическую выпуклость.

Если прикрѣпленіе периферическихъ отдѣловъ послѣда къ маткѣ прочно и окажетъ достаточное сопротивленіе наростающей гематомѣ, то кровоизліяніе остается какъ бы заключеннымъ въ ретроплацентарной полости, и кровотеченіе будетъ чисто внутреннимъ. Что такія чисто внутреннія кровоизліянія могутъ принять серьезные размѣры и вести къ смерти больной, доказываетъ, напримѣръ, случай Hennig'a, гдѣ роженица умерла не разрѣшившись, не потерявъ ни капли крови кнаружи, и лишь кесарское сѣченіе на мертвой уяснило діагнозъ. Таковы случаи Baudelocque, Cazeaux, Oldham'a, Gant'a, Thompson'a, Barnes'a, Чапина и т. д. Послѣдъ горою выстоитъ въ полость матки и низдавливаетъ плодное яйцо книзу, плодъ давно погибъ отъ асфиксіи вслѣдствіе недостаточности или полнаго прекращенія плацентарнаго кровообращенія. Мѣсто прикрѣпленія послѣда

растягивается, бугромъ выпячивается въ брюшную полость; растяженіе можетъ быть настолько сильнымъ, что серозный покровъ матки не выдержитъ его и дастъ трещины или разрывы (какъ видно изъ сообщеній Knauer'a, Kouwer'a, Devraigne, Le Lorier, Davies Colley, Кипарскаго и Zweifel'я).

Въ другихъ случаяхъ жидкой части гематомы удается отслоить и периферическіе отдѣлы плацентарной ткани, достигнуть плодныхъ оболочекъ и здѣсь, подъ давленіемъ постоянно дѣйствующей на нее vis-a-tergo, проложить себѣ путь между маточной стѣнкой и плоднымъ яйцомъ къ нижнему отдѣлу матки, къ внутреннему зѣву ея. Въ тотъ моментъ, когда кровь достигнетъ послѣдняго, сразу появляется наружное кровотеченіе, или точнѣе, къ внутреннему кровотеченію присоединяется наружное. Съ одной стороны, благодаря наружному кровотеченію, понижается давленіе въ полости матки и уничтожается столь опасное перерастяженіе ея; съ другой же, именно пониженіе внутриматочнаго давленія даетъ возможность новымъ порціямъ крови излиться въ ретроплацентарную полость, чѣмъ ухудшается положеніе дѣла.

Schickele, такъ много давшій ученію о преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста, освѣщаетъ эти условія слѣдующимъ образомъ: „Если кровотеченіе изъ сосудовъ, говоритъ онъ, превышаетъ количественно истекающую наружу кровь, матка растягивается, потому-что излишекъ крови задерживается въ ея полости. Тогда неминуемо наступитъ моментъ, когда давленіе скопившейся за это время въ маткѣ крови сравняется съ давленіемъ ея въ сосудахъ, подъ которымъ происходитъ кровотеченіе. Сосуды сдавливаются и кровотеченіе останавливается, но лишь до тѣхъ поръ, пока изъ матки не выльется наружу столько крови, что давленіе въ сосудахъ опять превыситъ внутриматочное. Такимъ образомъ, получается своего рода саморегулированіе кровотеченія. Итакъ, мы видимъ, что когда кровь, отслоившая центральную часть послѣда, проложитъ себѣ дорогу кнаружи, появляется внезапно наружное кровотеченіе. Если же отслойка происходитъ на краю послѣда, мы видимъ постепенное начало наружнаго кровотеченія; въ такихъ случаяхъ кровотеченіе не обильно, но постоянно".

Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ кровь не прокладываетъ себѣ дороги между оболочками и стѣнкой матки, а проникаетъ послѣ разрыва въ какомъ бы то ни было мѣстѣ оболочекъ, въ полость плоднаго яйца, гдѣ она смѣшивается съ околоплодными водами. Изливающіяся воды въ такомъ случаѣ будутъ кровавыми. Такъ было въ случаяхъ Anderson, Beck, Gottschalk и Schuhl (Haemohydramnios Beck).

До тѣхъ поръ пока хоть небольшой участокъ послѣда остается въ связи съ маточной стѣнкой, послѣдъ не покидаетъ мѣста своего прикрѣпленія. Но лишь только порвана послѣдняя связь, онъ становится свободнымъ; и уже многимъ авторамъ при внутриматочныхъ манипуляціяхъ (поворотъ на ножку, кесарское сѣченіе) случалось находить въ маткѣ свободно лежащій среди сгустковъ крови послѣдъ. Такъ было въ случаяхъ Weatherly, Anderson'a, v. Weiss'a, Kouwer'a, v. Guérard'a, Калмыкова, Knauer'a, Targett'a, Jolly и Le Lorier; такъ было и въ случаяхъ V и XX матеріала Р. З. и въ случаяхъ I и 16 матеріала Об. Б.

Такой вполнѣ отдѣлившійся послѣдъ можетъ остаться лежать поверхъ плоднаго яйца, или же онъ по силѣ своей тяжести спускается внизъ.

Механизмъ этого перемѣщенія дѣтскаго мѣста книзу мы можемъ себѣ представить такимъ образомъ, что кровь отдѣляетъ оболочки по всей периферіи яйца и этимъ сообщаетъ яйцу способность вращенія въ полости матки (De Lee). Понятно, что ненарушенное плодное яйцо, вращаясь какъ шаръ, дастъ возможность тяжелому послѣду занять нижній свой полюсъ, т. е. опуститься въ область внутренняго зѣва (Ahlfeld).

Или же, въ случаяхъ нарушенія цѣлости плодныхъ оболочекъ, когда воды быстро изливаются и внутриматочное давленіе падаетъ, вполнѣ отдѣлившійся послѣдъ можетъ упасть внизъ по направленію къ внутреннему зѣву. И если нижній сегментъ матки

не будетъ выполненъ какой либо крупной предлежащей частью, то послѣдъ легко помѣстится въ немъ и будетъ импонировать какъ предлежащій (Placenta accidentaliter praevia по Hochstätter'y)

Въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ послѣдъ или выходитъ совмѣстно съ плодомъ, или же родится раньше послѣдняго.

Это грозное явленіе—выпаденіе послѣда, prolapsus placentae—встрѣчается исключительно рѣдко, и представляетъ настолько крупный теоретическій и практическій интересъ, что мы посвятимъ ему отдѣльную главу.

Выхожденіе дѣтскаго мѣста до рожденія ребенка наблюдается и при послѣдѣ предлежащемъ или низко прикрѣпленномъ. Разсмотрѣніе этого осложненія placentae praeviae не входитъ въ нашу задачу. Мы будемъ говорить лишь о выпаденіи нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста. Съ тѣхъ поръ какъ Münchmeyer освѣтилъ этотъ вопросъ во всей его полнотѣ, мы лишь тогда говоримъ о prolapsus placentae, когда послѣдъ рождается раньше ребенка въ нормальномъ концѣ беременности при нормальномъ его расположеніи, а отнюдь не при предлежаніи его.

Вполнѣ понятно, что въ основѣ выпаденія послѣда лежитъ преждевременная полная его отслойка, и что должны существовать условія, разрѣшающія отдѣлившемуся послѣду изъ верхнихъ отдѣловъ полости матки спуститься внизъ мимо плода и выйти наружу раньше рожденія младенца.

Въ заключеніе я считаю умѣстнымъ сдѣлать, со словъ англійскаго врача Macam'a, обзоръ условій, способствующихъ кровотеченію, а также условій, въ силу которыхъ кровотеченіе остается внутреннимъ или наоборотъ становится наружнымъ.

Условія способствующія усиленію кровотеченія:

1) Усиленіе vis—a—tergo, т. е. дѣятельности сердца.
2) Уменьшеніе внутриматочнаго давленія.
   a) податливость маточной стѣнки,
   b) отсутствіе болей,
   c) выхожденіе крови изъ подъ послѣда,

   d) отхожденіе крови наружу,
   e) разрывъ оболочекъ.
3) Свѣжее отдѣленіе послѣда.
4) Пониженная свертываемость крови.
5) Быстрота кровообращенія, препятствующая образованію тромбовъ.
6) Отсутствіе крѣпкаго сращенія между послѣдомъ и оболочками съ одной стороны и маткой съ другой.

Условія, въ силу которыхъ кровотеченіе остается внутреннимъ:

1) Незначительная сила его.
2) Мѣстоположеніе первичнаго кровоизліянія (далеко отъ края послѣда и отъ внутренняго зѣва).
3) Крѣпкое сращеніе между маткой и послѣдомъ съ оболочками.
4) Растяжимость маточныхъ стѣнокъ.
5) Прониканіе крови въ полость плоднаго пузыря.
6) Конглютинація зѣва.
7) Задержка крови предлежащей частью.

Наконецъ, условія, въ силу которыхъ кровотеченіе становится наружнымъ:

1) Мѣстоположеніе кровоизліянія (близко отъ края послѣда и отъ внутренняго зѣва).
2) Значительное количество крови.
3) Отсутствіе крѣпкаго сращенія между послѣдомъ и маткой.
4) Препятствіе, оказываемое тонусомъ матки скопленію крови въ ея полости.
5) Нижній сегментъ не выполненный предлежащей частью.

Этіологія.

Этіологія преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста крайне разнообразна. Въ то время, какъ у старыхъ авторовъ въ качествѣ этіологическихъ моментовъ мы видимъ упомянутыми исключительно механическія вліянія, прямыя или косвенныя травмы, въ послѣднія десятилѣтія глава объ этіологіи пополнилась крайне важными свѣдѣніями, освѣщающими этотъ вопросъ съ разныхъ сторонъ. Все же, какъ мы увидимъ на большомъ матеріалѣ, остается большое число случаевъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, въ которыхъ указать этіологію представляется невозможнымъ.

Прежде чѣмъ перейти къ детальному обсужденію отдѣльныхъ этіологическихъ факторовъ, я себѣ позволю предложить схему ихъ, выработанную мною на основаніи изученія литературы и собственнаго матеріала.

I. Причины механическія.

1. Травматизмъ.
2. Короткость пуповины, амніотическія сращенія и поздній разрывъ пузыря.
3. Многоводіе; двойни.
4. Поперечное положеніе; узкій тазъ; двурогая матка и судорожныя боли.
5. Психическія воздѣйствія.

II. Причины общія.

1. Нефритъ; почка беременныхъ.
2. Базедова болѣзнь.
3. Порокъ сердца; туберкулезъ.

4. Сифилисъ.
5. Гемофилія и другія болѣзни крови.
6. Болѣзни, значительно нарушающія питаніе.

III. Анатомическія измѣненія половой сферы и продуктовъ беременности.

I Причины механическія.

1. Травматизмъ.

Вполнѣ понятно, что травмы издревле считались прямой причиной кровотеченій, зависящихъ отъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста во время беременности и родовъ.

Уже Guillemeau (1621) обвиняетъ рѣзкія движенія, прыжки, паденія, удары, кашель. Peu (1694), Dionis (1718), Mauriceau (1728), Puzos (1759), J. L. Baudelocque занимаются вопросомъ объ этіологическомъ значеніи травматизма; Gendrin (1839) и Jacquemier допускаютъ существованіе предрасположенія.

M-lle de Forin (1891) въ числѣ причинъ указываетъ на рвоту, кашель, продолжительныя прогулки, дефекацію, паденіе, поднятіе тяжести и т. п.

Во всѣхъ учебникахъ стараго и новаго времени, во всѣхъ диссертаціяхъ и статьяхъ мы на первомъ мѣстѣ среди этіологическихъ моментовъ видимъ травматизмъ. Конечно, чрезвычайно важно уяснить себѣ, является ли въ конкретномъ случаѣ травма самодовлѣющимъ факторомъ, или же она при наличности какого-либо предрасположенія или анатомическаго пораженія заинтересованныхъ органовъ и тканей дала лишь поводъ къ появленію первыхъ признаковъ отдѣленія послѣда. Что рѣшеніе этого вопроса далеко не всегда возможно, понятно само обою

Кромѣ того, не подлежитъ сомнѣнію, что часто самой больной или окружающими какая-либо травма выдается за причину

болѣзни, въ то время какъ она, если и имѣла мѣсто, то рѣшительно никакой роли въ происхожденіи болѣзни не играла. Такъ Lelong, въ своей диссертаціи, собралъ 15 случаевъ отдѣленія послѣда травматическаго происхожденія. Изучивъ основательно эти 15 случаевъ, онъ лишь въ одномъ изъ нихъ травму считаетъ доказанной причиной заболѣванія (вскрытіе); въ 2-хъ случаяхъ травма клинически можетъ считаться причиной болѣзни; въ 3-хъ случаяхъ связь съ травмой можно оспаривать, въ 6-ти она сомнительна, а въ 3-хъ связи никакой установить не удается.

Hartmann на большомъ матеріалѣ родильнаго дома въ Копенгагенѣ (67 случаевъ) ни въ одномъ случаѣ не могъ установить травму, какъ причину заболѣванія.

Слѣдуетъ признать, что травма далеко не играетъ той видной роли въ этіологіи преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, какую ей приписывали прежде; наоборотъ, она есть причина сравнительно рѣдкая.

Извѣстно, что иногда беременныя подвергаются жестокимъ травмамъ, безъ всякихъ послѣдствій для беременности. Такъ, проф. Tillaux въ одной изъ своихъ клиническихъ лекцій разсказываетъ про женщину, беременную на 5-мъ мѣсяцѣ, упавшую съ шестого этажа, получившую многочисленные ушибы и все же доносившую свою беременность до ея нормальнаго конца.

Какъ-же объяснить себѣ вліяніе травмы?

Легкія травмы врядъ ли смогутъ повлечь за собою отслойку послѣда. Сильныя же сотрясенія, удары по животу, паденія на животъ, сильные кашлевые толчки, бурныя половыя сношенія могутъ, конечно, повести къ прямому нарушенію цѣлости маточно-плацентарныхъ сосудовъ, слѣдовательно къ кровотеченію и отслойкѣ послѣда (German и др.).

Съ другой стороны травмы могутъ вызвать и рефлекторныя сокращенія маточной мускулатуры, причемъ такія сокращенія могутъ касаться именно участка маточной стѣнки, занятой послѣдомъ, и произвести передвиженіе стѣнки по послѣду, слѣдовательно разрывъ маточно-плацентарныхъ сосудовъ.

По Freudenberg'у плодное яйцо дѣйствуетъ какъ плотно лежащій эластическій тампонъ.

Происшедшее подъ вліяніемъ травмы частичное отдѣленіе послѣда можетъ дать кровотеченіе. Но въ дѣйствительности кровотеченіе наступитъ лишь въ томъ случаѣ, если сила, съ которой кровь вытекаетъ изъ открытыхъ сосудовъ, будетъ превышать внутриматочное давленіе. По этой причинѣ при вялыхъ маточныхъ стѣнкахъ кровотеченіе будетъ сильное, въ то время, какъ та же травма при крѣпкой и упругой мускулатурѣ матки не вызоветъ никакого кровотеченія или столь ничтожное, что послѣднее не дастъ никакихъ клиническихъ симптомовъ.

На поражающій ихъ инсультъ, матка и плодное яйцо реагируютъ различно, а именно матка сокращеніемъ, яйцо же стремленіемъ избѣгнуть травмы путемъ передвиженія по направленію наименьшаго сопротивленія.

Половое сношеніе во время беременности, по Gaston'у, отражается неблагопріятно на послѣдней благодаря тому, что оно вызываетъ внезапное измѣненіе кровянаго давленія, или параличъ сосудо-двигателей или же, что особенно важно, сильное сокращеніе мышечныхъ волоконъ матки.

Просматривая нашу сборную статистику, мы находимъ травму, отмѣченную въ качествѣ причины болѣзни, въ 65 случаяхъ. Въ частности отмѣчены:

Паденіе (Meyer, Aschkanasy, Grulich, Мусатовъ, Zimmermann, Калмыковъ, Pestalozza).

Паденіе съ лѣстницы (Goodell, Luig, Pelz, Welch, Brunton, Weatherly, Maberly, Barnes, Warren, Meyer, Suter, Odebrecht, Acker, Kouwer, Zweifel).

Паденіе съ лошади (Anderson), со стульчака (Hermann).

Поднятіе тяжести (Gröningen, Lehmann, Luig, Habit, Scheffen).

Тяжелая работа (Netzel, Luig).

Переутомленіе (Freudenberg, Rosenberg-Dickinson).

Травма (Brunton, Härtel, Ingerslev, Voron).

Ударъ по животу (Park, Ocker, Buongiorno, Rühl, Luig, Dumitriu, Davis, Crasson, Pulvirenti).

Сильное давленіе на дно матки (Squires).

Ударъ животомъ (Underhill, Reynolds, Thies, Bagot, Dietel, v. Guérard, Champetier de Ribes, Lépage).

Многократное нагибаніе (Freudenberg, Hirsch).

Поносъ съ рвотой (Hennig, Sänger).

Кашель съ рвотой (Grapow).

Рвота (Sharp).

Богородицкій указываетъ, что больная перекувырнулась въ постели; у Greene'a, Aschkanasy, Germann'a больныя поскользнулись.

Насколько травма въ каждомъ изъ перечисленныхъ случаевъ играла дѣйствительную этіологическую роль, остается конечно невыясненнымъ.

Просматривая нашъ матеріалъ, мы находимъ только 2 случая, въ которыхъ имѣется указаніе на травму, какъ на этіологическій моментъ заболѣванія.

Въ одномъ изъ нихъ беременная наканунѣ болѣзни оступилась при мытьѣ оконъ. Связь между болѣзнью и травмой является болѣе чѣмъ сомнительной. (P. 3. XXIII).

Во второмъ случаѣ зависимость кровотеченія отъ травмы не подлежитъ сомнѣнію: кровотеченіе началось немедленно послѣ удара ногой въ животъ. (P. 3. LXVII).

2. *Короткость пуповины, амніотическія сращенія и поздній разрывъ пузыря.*

Короткость пуповины слѣдуетъ признать одной изъ важныхъ причинъ преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста.

Уже Mauriceau зналъ такое значеніе короткости пуповины. Онъ говоритъ: „я часто видѣлъ, что пуповина значительно укорочена благодаря обвитію ея вокругъ шеи ребенка.

Въ такихъ случаяхъ возможно, что плодъ, находясь какъ-бы на привязи, почти лишенъ своей нормальной подвижности и можетъ тянуть за послѣдъ, къ которому онъ прикрѣпленъ, отдѣляя его отъ матки".

Jacquemier категорически отрицаетъ такую этіологію отслойки послѣда. Въ большинствѣ учебниковъ и работъ короткости пуповины отведено въ этіологіи преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста видное мѣсто.

Мы различаемъ абсолютную и относительную короткость пуповины.

Пуповина называется абсолютно короткой, если длина ея значительно меньше нормы, напр. стм. 30, 25, 20, 15, 10 и даже меньше. Относительную короткость мы признаемъ въ томъ случаѣ, если пуповина, будучи сама по себѣ нормальной длины или даже длиннѣе нормы, обвита вокругъ той или другой части плода настолько, что длина свободнаго ея отдѣла т. е. отдѣла между плодомъ и послѣдомъ меньше длины нормальной пуповины.

Въ обоихъ случаяхъ возможно, что пуповина, подвергаясь во время родовъ чрезмѣрному напряженію, или разорвется (Ruptura funiculi umbilicalis sub partu spontanea) или же вызоветъ разъединеніе послѣда и маточной стѣнки, т. е. отслойку его.

Но и во время беременности т. е. внѣ родового акта, пуповина можетъ подвергаться сильному напряженію и при случаѣ вызвать осложненія со стороны послѣда. Извѣстно, что во время беременности плодъ совершаетъ активныя движенія, иногда весьма энергичныя. Если, напр., пуповина затянута узломъ на ножкѣ плода, то плодъ можетъ самъ какъ-бы оторвать послѣдъ отъ стѣнки матки. Такъ было въ смертельномъ случаѣ Landon (obs. III). На вскрытіи въ маткѣ найдено было неповрежденное плодное яйцо, цѣликомъ отдѣленное и лежащее свободно въ маткѣ. Пуповина обхватывала петлей ножку плода.

Но и совершенно пассивно во время беременности можетъ получиться напряженіе пуповины. Какъ доказалъ проф. Grynfeltt (цит. по Guiraud) на четырехъ случаяхъ, пуповина при

наружномъ поворотѣ можетъ для даннаго момента сдѣлаться относительно короткой и произвести отслойку послѣда. Эта послѣдняя причина является, какъ вполнѣ понятно, крайней рѣдкостью. Во время родового акта короткость пуповины чаще даетъ о себѣ знать. При поступательномъ движеніи плода абсолютно или относительно короткая пуповина неминуемо будетъ подвергаться напряженію и, хотя пуповина отличается большой растяжимостью, все же въ извѣстномъ числѣ случаевъ напряженіе выйдетъ за предѣлъ растяжимости, и тогда наступитъ отслойка послѣда. Эти случаи отдѣленія послѣда обычно не имѣютъ серьезнаго значенія уже потому, что роды въ ходу и родовой актъ уже вступилъ въ періодъ изгнанія.

Не безъ значенія остается и мѣсто прикрѣпленія пуповины къ послѣду. По Hofmeier'у отдѣленіе послѣда вслѣдствіе короткости пуповины чаще происходитъ при эксцентрическомъ ея прикрѣпленіи, чѣмъ при центральномъ.

По Landon, прикрѣпленная къ нижнему краю послѣда пуповина ведетъ къ частичному его отдѣленію, причемъ подвижность плода уменьшается не особенно рѣзко. При прикрѣпленіи же ея къ верхнему краю дѣтскаго мѣста, послѣдъ отрывается цѣликомъ отъ маточной стѣнки, что для плода имѣетъ конечно значеніе гораздо болѣе серьезное.

По Stöckel'ю осложненія въ родовомъ актѣ, зависящія отъ короткости пуповины, начинаются въ періодѣ изгнанія въ тотъ моментъ, когда длина пуповины меньше наибольшаго разстоянія, которое можетъ въ родахъ случиться между двумя конечными точками пуповины.

Понятно, что кромѣ длины пуповины большое значеніе имѣетъ и расположеніе послѣда въ маткѣ и мѣсто прикрѣпленія пуповины къ послѣду (insertio centralis, marginalis, velamentosa). При расположеніи послѣда въ днѣ матки и центральномъ прикрѣпленіи пуповины требуется большая длина пуповины, чѣмъ при послѣдѣ, сидящемъ непосредственно надъ внутреннимъ зѣвомъ, да еще при краевомъ прикрѣпленіи пуповины.

Stöckel считаетъ, что осложненія должны наступить въ случаяхъ низкаго расположенія послѣда при пуповинѣ короче 20 стм., а въ случаяхъ высокаго расположенія послѣда при пуповинѣ короче 30—35 стм. (абсолютная короткость пуповины).

По Queirel'ю, короткая пуповина можетъ вести къ отдѣленію послѣда, если плодъ, находящійся въ ягодичномъ положеніи, сидитъ на ней верхомъ. Въ случаѣ Suber'a пуповина сдѣлалась относительно короткой благодаря тому, что она выпала (prolapsus funiculi).

Съ другой стороны, Schickele вполнѣ отрицаетъ значеніе короткости пуповины. По его мнѣнію, невозможно, чтобы напряженная при поступательномъ движеніи головки пуповина отдѣлила послѣдъ. Скорѣе короткая пуповина помѣшаетъ головкѣ опуститься въ тазъ и даже произведетъ выворотъ матки.

Въ нашей сборной статистикѣ отмѣчены слѣдующіе случаи:
Абсолютная короткость пуповины.

Graefe—длина пуповины 31 стм.—плодъ мертвъ.

Rousseau-Dumarcet—длина пуповины 31 стм.—плодъ мертвъ.

Audebert—длина пуповины 30 стм.—плодъ оживленъ.

Königstein—длина пуповины 30 стм.—?

Meyer—длина пуповины 10 стм.—плодъ мертвъ.

Bickle—длина пуповины 25 стм.—плодъ живъ.

Относительная короткость пуповины.

Warren—обвитіе вокругъ шеи нѣсколько разъ—плодъ мертвъ.

Lefour—двукратное обвитіе вокругъ шеи—плодъ живъ.

Siron—обвитіе вокругъ шеи (41 стм.)—плодъ мертвъ.

Maygrier et Cathala—обвитіе вокругъ шеи, длина отъ шеи до послѣда—10 стм.—плодъ мертвъ.

Lelong—двукратное обвитіе (57 стм.), длина отъ шеи до послѣда 10 стм.—плодъ мертвъ.

Luig—обвитіе вокругъ шеи—плодъ живъ.

Luig — обвитіе вокругъ шеи, плеча, голени и бедра (49 стм.)—плодъ мертвъ.

Jolly—обвитіе вокругъ шеи (35 стм.)—плодъ живъ.

Armanet—двукратное обвитіе вокругъ шеи—плодъ мертвъ.

Landon—двукратное обвитіе вокругъ шеи (68 стм.)—плодъ мертвъ.

Скробанскій—двукратное обвитіе вокругъ шеи—плодъ мертвъ.

Pinard et Varnier—длина пуповины 35 стм., изъ нихъ ушло на обвитіе 21 с.—плодъ мертвъ.

Mauran—пуповина лежала петлей вокругъ ножки—плодъ мертвъ.

Кипарскій—обвитіе вокругъ шеи (37 стм.)—плодъ живъ.

Desprez—сильныя движенія плода повели къ отдѣленію послѣда—?

Getzow—двукратное обвитіе вокругъ шеи—плодъ живъ.

Bickle—пятикратное обвитіе вокругъ шеи—плодъ живъ.

На весь нашъ матеріалъ приходятся лишь 3 случая, въ которыхъ короткости пуповины можно приписать этіологическое значеніе.

Въ первомъ изъ этихъ случаевъ (P. 3. XXVII) короткость пуповины была относительная (длина пуповины 52 стм., двукратное обвитіе вокругъ шеи, сильное напряженіе ея).

Въ остальныхъ двухъ случаяхъ (P. 3. LXI и LXII) мы вправѣ назвать короткость пуповины абсолютной (явленія внутренняго кровотеченія наступали при цѣлыхъ водахъ; длина пуповины въ одномъ случаѣ 20 стм., въ другомъ 27 стм.).

Роль, которую играетъ въ происхожденіи преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста короткая пуповина, могутъ играть, хотя исключительно рѣдко, нѣкоторыя амніотическія сращенія. Своимъ расположеніемъ они могутъ укоротить пуповину, или же, будучи натянуты между плодомъ и послѣдомъ, они сами по себѣ могутъ произвести влеченіе за послѣдъ и его отдѣлить. Первый механизмъ мы видимъ въ слу-

чаѣ Landon (obs. IV). Тутъ водная оболочка образуетъ складку, длиною въ 6 стм., идущую отъ верхняго края послѣда къ пуповинѣ на подобіе брыжжейки (Méso-cordon). Кровоизліяніе на послѣдѣ сидѣло соотвѣтственно мѣсту отхожденія отъ послѣда этой амніотической связки.

Еще болѣе типичный случай сообщилъ Fieux въ Soc. de Gynécol., d'obstétr. et de pédiatrie de Bordeaux. Амніотическая связка направлялась отъ края послѣда къ пуповинѣ и прикрѣплялась къ послѣдней на разстояніи 6-ти стм. отъ прикрѣпленія ея къ послѣду. Благодаря этому, недлинная сама по себѣ пуповина (38 стм.) оказалась укороченной на 16 стм. Во время схватокъ появлялось толчками кровотеченіе. Плодъ при поступательномъ движеніи производилъ влеченіе за пуповину; влеченіе это передавалось амніотической связкѣ, которая и отслоила послѣдъ.

Изъ сказаннаго понятно, что амніотическія сращенія могутъ создать короткость пуповины, гдѣ ея нѣтъ, и увеличить таковую, гдѣ она есть.

Наконецъ, въ этой-же главѣ я хочу упомянуть тѣ сравнительно рѣдкіе случаи, гдѣ отдѣленіе послѣда происходитъ благодаря чрезмѣрному напряженію плодныхъ оболочекъ.

Если плодный пузырь въ концѣ періода раскрытія не разрывается и предлежащая часть подъ вліяніемъ сильныхъ болей начинаетъ совершать поступательное движеніе, то она будетъ гнать впереди себя плодный пузырь. Послѣдній минуетъ зѣвъ, иногда даже показывается въ половой щели. Понятно, что натяженіе оболочекъ передается дѣтскому мѣсту и оно можетъ при этомъ частично отслоиться, если во время не будетъ произведенъ разрывъ оболочекъ (Skutsch, Runge). Клиническое значеніе такого рода отдѣленія послѣда не велико, потому что роды приближаются къ концу и сильныя боли не замедлятъ завершить родовой актъ въ ближайшее время.

Я убѣжденъ, что случаи эти встрѣчаются не такъ ужъ рѣдко, но по понятнымъ причинамъ они не публикуются. Въ своей

диссертаціи Getzow (1909, клиника Krönig'a) даетъ исторіи родовъ 9-ти случаевъ, въ которыхъ частичная отслойка дѣтскаго мѣста повидимому стояла въ связи съ запоздалымъ разрывомъ плоднаго пузыря или же слишкомъ малымъ количествомъ околоплодныхъ водъ. Всѣ случаи принадлежатъ къ легкимъ.

Getzow считаетъ, что никто до него не обратилъ вниманія на подобную этіологію отдѣленія послѣда. Что это не такъ, мы видимъ изъ только-что изложеннаго.

3. Многоводіе; двойни.

Чисто механическими условіями могутъ быть объяснены тѣ рѣдкіе случаи преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, въ которыхъ чрезмѣрно наполненная и сверхъ нормы растянутая матка въ родахъ опорожняется быстро, но лишь отчасти.

Это бываетъ, напр., при многоводіи. Матка растянута обильными околоплодными водами; послѣдъ по мѣрѣ накопленія водъ слѣдуетъ за растяженіемъ маточной стѣнки и прижимается рѣзко повышеннымъ внутриматочнымъ давленіемъ къ площади своего прикрѣпленія. Въ тотъ моментъ, когда воды быстро изливаются, матка, внезапно опорожненная, значительно сокращается (horror vacui); распластанный тонкій послѣдъ не можетъ слѣдовать за уменьшеніемъ площади своего прикрѣпленія и отслаивается на большемъ или меньшемъ протяженіи, чему еще способствуетъ внезапное паденіе внутриматочнаго давленія. На этомъ соображеніи основанъ классическій совѣтъ, при искусственномъ разрывѣ плоднаго пузыря дѣлать въ оболочкахъ лишь небольшое отверстіе и препятствовать рукой быстрому отхожденію водъ.

Такимъ же образомъ, при двойняхъ, послѣ рожденія перваго плода происходитъ внезапное, частичное опорожненіе матки; послѣдъ можетъ отслоиться и даже выпасть до рожденія второго плода.

Бо́льшая часть выпаденій послѣда при нормальномъ его расположеніи были наблюдаемы именно при двойняхъ, послѣ рожденія перваго ребенка (Stern). По Spiegelberg'y, Braun'y и Schröder'y выпаденіе послѣда особенно часто при двойняхъ; и если въ новѣйшее время большинство авторовъ склонны обвинять воспалительные процессы въ эндометріи, то непонятно, почему не могутъ повести къ выпаденію послѣда и чисто механическія условія, а воспалительныя измѣненія въ слизистой матки, играть лишь предрасполагающую роль. По мнѣнію Vogel'я, всѣ имѣющіеся въ литературѣ случаи по теченію своему ясно указываютъ на значеніе механическихъ моментовъ.

Въ случаѣ Lange впереди головки второго плода вышелъ послѣдъ: оказалось, что выпавшій послѣдъ принадлежитъ не первому ребенку, а второму.

Въ случаѣ Münchmeyer'a, первый плодъ родился въ сорочкѣ; во влагалищѣ оказался послѣдъ, выше него прощупывалась головка второго плода. При выжиманіи по Kristeller'y сперва вышелъ послѣдъ, потомъ родился второй мертвый плодъ. Выпавшій послѣдъ оказался принадлежащимъ второму плоду, послѣдъ же перваго плода вышелъ позже по Credé. Krull описалъ случай шестимѣсячныхъ двойней: послѣ разрыва пузыря родился при сильныхъ схваткахъ первый плодъ, появилось сильное кровотеченіе; при изслѣдованіи во влагалищѣ оказался послѣдъ; тогда извлеченъ за ножки второй плодъ, послѣ чего уже вышли оба послѣда.

Въ случаѣ Кипарскаго по рожденіи перваго ребенка рука введена во влагалище, причемъ оказалось, что предлежитъ выпавшій послѣдъ второго плода. Второй ребенокъ родился мертвымъ.

Въ первомъ изъ случаевъ Barchet'a отдѣленіе послѣда произошло тоже по рожденіи перваго плода. Второй ребенокъ погибъ.

Случаи преждевременнаго отдѣленія послѣда при многоводіи описали: Schrader, Sligh, Bernheim, Vogel, Grulich (2 случая: въ одномъ отмѣчены кромѣ многоводія нефритъ и діабетъ) Schickele, Landon (?), Osterloh, Кипарскій, Barchet.

Превосходно разобранъ случай Stern'a, въ которомъ было

поперечное положеніе и многоводіе. При полномъ открытіи зѣва разорванъ пузырь, послѣ чего немедленно появилась сильная схватка; зѣвъ сократился до 2-хъ пальцевъ. Надъ зѣвомъ оказался свободно лежащій послѣдъ: онъ оттѣсненъ въ сторону; произведенъ поворотъ на ножку, плодъ извлеченъ, послѣ чего выпалъ послѣдъ.

Просматривая нашъ матеріалъ, мы находимъ многоводіе отмѣченнымъ въ нижеслѣдующихъ случаяхъ:

Р. З. I. — случай нетипичный; потому что кровотеченіе началось при цѣломъ пузырѣ.

Р. З. XV. — типичный случай.

Р. З. XXXII. — выпаденіе послѣда при многоводіи; см. главу о выпаденіи послѣда.

Двойни отмѣчены въ слѣдующихъ наблюденіяхъ:

Р. З. XLIII. — типичный случай.

Р. З. LI. — тоже.

Об. Б. 15 — случай нетипичный; не подлежитъ сомнѣнію, что причиной кровотеченія былъ хроническій нефритъ, а двойни были случайнымъ осложненіемъ: кровотеченіе началось до начала болей.

Къ этой группѣ могутъ быть отнесены случаи, когда при ягодичномъ или ножномъ положеніи выхожденіе головки запаздываетъ. При такихъ условіяхъ можетъ случиться, что въ то время, какъ головка еще находится въ родовомъ каналѣ матери, плацентарное мѣсто уменьшится и дѣтское мѣсто отдѣлится какъ въ третьемъ періодѣ родовъ. На эту возможность указалъ Macan.

Я имѣлъ возможность наблюдать такого рода случай въ частной практикѣ. У многородящей съ немного съуженнымъ тазомъ былъ сдѣланъ профилактическій поворотъ на ножку. При послѣдующемъ извлеченіи головка застряла во входѣ въ тазъ и плодъ погибъ. Во время приготовленій къ перфораціи головки появились признаки внутренняго кровотеченія, матка на глазахъ увеличилась до невѣроятныхъ размѣровъ. Роженица кричала отъ невыносимой боли. По извлеченіи перфорированной головки, послѣдъ былъ выброшенъ изъ половыхъ путей съ большой силой вмѣстѣ со значительнымъ количествомъ жидкой и свѣжесвернувшейся крови. Боли стихли немедленно. Больная оправилась.

4. Поперечное положеніе, узкій тазъ, двурогая матка и судорожныя боли.

Разнаго рода ненормальныя состоянія сокращенія маточной мускулатуры тоже могутъ вести къ отдѣленію послѣда. Такъ при механическихъ препятствіяхъ въ теченіе родового акта, напр. при поперечномъ положеніи плода или при узкомъ тазѣ, большая часть маточнаго содержимаго изгоняется въ растянутый нижній сегментъ и шейку, полый же мускулъ сильно сокращается надъ плодомъ. Нѣтъ ничего удивительнаго, что при такихъ условіяхъ дѣтское мѣсто иногда не можетъ слѣдовать за сильной ретракціей маточной стѣнки и отслаивается. Замѣчательно, что такого рода отдѣленіе послѣда наблюдается рѣже, чѣмъ можно было предположить, очевидно потому, что по мѣрѣ сокращенія матки повышается соотвѣтственно и внутриматочное давленіе (Hofmeier). Во всякомъ случаѣ кровотеченія, сопровождающія при такихъ условіяхъ отдѣленіе послѣда, обыкновенно не бываютъ значительными, потому что та же ретракція маточной мускулатуры, которая ведетъ къ отдѣленію послѣда, сжимаетъ просвѣты сосудовъ и тѣмъ съуживаетъ маточно-плацентарное кровяное русло.

Далѣе можно предположить, что и безъ механическихъ препятствій, въ теченіе родового акта чрезмѣрно сильныя родовыя боли сами по себѣ могутъ вызвать отслойку дѣтскаго мѣста.

По Ahlfeld'у, преждевременное отдѣленіе послѣда можетъ произойти вслѣдствіе сильныхъ, длительныхъ сокращеній матки, если только матка въ состояніи уменьшаться въ объемѣ. Это можетъ случиться при каждыхъ нормальныхъ родахъ, если тѣло матки сокращается надъ изгоняемымъ плодомъ и если водъ осталось мало. При поперечныхъ положеніяхъ и узкихъ тазахъ преждевременное отдѣленіе послѣда встрѣчается конечно чаще. Большое

значеніе сильнымъ сокращеніямъ матки приписываетъ и Hohl. При этомъ, по его мнѣнію, безразлично, что даетъ поводъ къ такимъ сокращеніямъ, горячіе ли напитки (?), высокая температура воздуха и т. п.

По Scanzoni, въ первомъ періодѣ родовъ судорожное сокращеніе плодовмѣстилища обычно ведетъ къ внутреннему кровотеченію.

Напротивъ, Sänger считаетъ, что сокращенія матки, хотя и усиливаютъ отдѣленіе послѣда, если оно началось, сами по себѣ вызвать отслойку дѣтскаго мѣста не могутъ.

Преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста при поперечномъ положеніи описали: Pulvirenti, Stern, (prolapsus placentae при поперечномъ положеніи и многоводіи), Кипарскій, Barchet, Steffens. При узкомъ тазѣ Кипарскій.

Ненормальныя условія сокращенія маточной стѣнки могутъ вести къ отдѣленію дѣтскаго мѣста и въ тѣхъ исключительныхъ случаяхъ, гдѣ при двурогой маткѣ плодное яйцо развилось въ рудиментарномъ рогѣ.

Rosenberg, приводитъ 3 подобныхъ случая, а именно Birnbaum'a, Heppner'a и Teller'a.

Двурогая матка отмѣчена въ одномъ изъ наблюденій Krüger'a.

Въ послѣднее время Voigts описалъ случай, въ которомъ отдѣленіе дѣтскаго мѣста произошло вслѣдъ за вспрыскиваніемъ питуитрина. Причиннымъ моментомъ можно признать ненормально сильныя сокращенія маточной стѣнки.

Въ нашемъ матеріалѣ есть два случая отдѣленія послѣда при поперечномъ положеніи. Въ первомъ изъ нихъ (Р. З. XXX) роды были искуственные преждевременные. Отслойка дѣтскаго мѣста произошла въ періодѣ изгнанія повидимому вслѣдствіе чрезмѣрно сильныхъ болей. Интересно, что и во второмъ случаѣ (Р. З. LV) роды были искуственные преждевременные. Тутъ, тоже при поперечномъ положеніи плода, кровотеченіе началось въ періодѣ раскрытія.

Случай LIII матеріала Р. З. интересенъ тѣмъ, что матка была двурогая. Во время схватокъ неправильность формы матки выступала наиболѣе рѣзко.

Въ матеріалѣ Об. Б. мы находимъ одинъ вполнѣ типичный случай отдѣленія послѣда въ періодѣ изгнанія при поперечномъ положеніи съ выпаденіемъ ручки и пуповины (Об. Б. 11).

5. Психическія воздѣйствія.

Въ весьма ограниченномъ числѣ случаевъ отмѣчается въ качествѣ причины преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста психическое волненіе, главнымъ образомъ испугъ.

Spiegelberg, Naegele-Grenser вполнѣ допускаютъ возможность появленія частичныхъ сокращеній маточной мускулатуры въ зависимости отъ сильнаго возбужденія, какъ послѣдствіе душевныхъ эмоцій.

Rosenberg, вмѣстѣ съ Barnes'омъ, считаютъ, что при душевныхъ волненіяхъ происходитъ внезапный приливъ крови къ маткѣ и значительное повышеніе давленія въ сосудахъ ея, могущее повлечь за собой отдѣленіе послѣда.

Испугъ указанъ въ случаяхъ Martin'a, Juggard'a, Kortright'a; сильное возбужденіе вслѣдствіе душевныхъ потрясеній въ случаѣ Habit'a; далѣе указано психическое волненіе (Brunton, Ocker):

Въ этихъ случаяхъ, конечно, еще труднѣе доказать причинную связь между отслойкой послѣда и душевнымъ волненіемъ. Все же отрицать возможность таковой мы не можемъ.

Сильный испугъ указанъ въ случаѣ VI Р. З.; но слѣдуетъ имѣть въ виду, что больная страдала тяжелымъ нефритомъ. Можетъ быть испугъ послужилъ лишь толчкомъ, подъ вліяніемъ котораго разразилась катастрофа.

II. Причины общія.

1. Нефритъ, почка беременныхъ.

Въ 1885-омъ году Winter опубликовалъ три случая преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста у

женщинъ, страдавшихъ нефритомъ. Изъ поразительнаго совпаденія этихъ двухъ болѣзненныхъ явленій при трехъ быстро слѣдовавшихъ другъ за другомъ родахъ Winter заключилъ, что между нефритомъ и отдѣленіемъ послѣда существуетъ этіологическая зависимость, въ томъ смыслѣ, что нефритъ ведетъ къ недостаточно солидному прикрѣпленію послѣда къ маточной стѣнкѣ.

Съ тѣхъ поръ авторы начали заниматься этимъ интереснымъ вопросомъ, и число соотвѣтствующихъ наблюденій стало быстро увеличиваться.

Rousseau-Dumarcet (1892) нашелъ альбуминурію въ 82,3% случаевъ, Lehmann въ 77,4%, Leo въ 60%; на 37 случаевъ съ опредѣленной этіологіей Brauns нашелъ въ 17-ти нефритъ, Gaston на 70 случаевъ 30 случаевъ съ альбуминуріей; Landon считаетъ, что $^3/_4$ всѣхъ больныхъ должны быть признаны пораженными альбуминуріей, съ эклампсіей или безъ нея, съ нефритомъ въ анамнезѣ или же безъ такового. Въ настоящее время твердо установленъ фактъ, что всѣ другіе этіологическіе моменты преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста отступаютъ передъ измѣненіями въ почкахъ на второй планъ, и что именно въ пораженіяхъ почекъ, будь ли это нефритъ или почка беременныхъ, нужно видѣть наичастую причину разбираемаго страданія. Авторы, подчеркивающіе значеніе пораженія почекъ, слѣдующіе: Winter, Münchmeyer, Veit, M-me Henri, Beck, v. Weiss, Couvelaire, Hartmann, Hofmeier, Landon, De Lee, Dumitriu, Schauta, Rousseau-Dumarcet, Graefe, Queirel, Pulvirenti, Apelskog-Fahlborg (нашла въ 62% случаевъ альбуминурію).

Но въ чемъ заключается вліяніе почечнаго заболѣванія на беременность?

Уже въ 1885 году Felling, на съѣздѣ въ Strassburg'ѣ, показалъ, что нефритъ часто ведетъ къ умиранію плода, и видитъ причину этой преждевременной смерти въ измѣненіяхъ послѣда, зависящихъ отъ пораженія почекъ. Онъ говоритъ: „очень важно и интересно прослѣдить связь между заболѣваніями послѣда (между прочимъ и отслойкой его) и альбуминуріей, особенно въ томъ смыслѣ, является ли болѣзнь послѣда первичнымъ моментомъ или страданіе почекъ".

Послѣдствіемъ болѣзни почекъ слѣдуетъ признать смерть плода отъ недостаточной доставки питательныхъ веществъ, потому что благодаря появленію въ послѣдѣ многочисленныхъ инфарктовъ дѣтское мѣсто уже не въ состояніи выполнить возложенной на него функціи.

Старые авторы называли инфаркты „Fibrinkeile", по Rokitansky, Simpson'y они воспалительнаго происхожденія; Scanzoni, Meckel видятъ въ нихъ или исходы кровоизліяній, или же воспалительные продукты. По R. Meyer'y дѣло заключается въ гиперпластическихъ измѣненіяхъ deciduae serotinae и продолженіи ея между ворсинками послѣда съ послѣдующимъ сморщиваніемъ. Langhans видитъ въ нихъ своеобразный фибринъ, который онъ назвалъ канализированнымъ; по Ackermann'y узлы состоятъ изъ фибрина, ворсинокъ и соединительной ткани, причемъ первичный процессъ заключается въ пораженіи сосудовъ, а именно въ periarteriitis fibrosa multiplex. Бѣлый инфарктъ, по Fehling'y, аналогиченъ почечному и есть послѣдствіе ишэмическаго некроза. Измѣненіе сосудовъ аналогичны тѣмъ сосудистымъ пораженіямъ, которыя встрѣчаются при нефритѣ и въ другихъ органахъ, въ сѣтчаткѣ, легкихъ, мозгу.

Hofmeier также обращаетъ вниманіе на высокую смертность дѣтей при нефритѣ матери: на 137 случаевъ нефрита родилось 57,1% мертвыхъ или нежизнеспособныхъ дѣтей. Онъ находилъ рѣзкія измѣненія въ послѣдѣ частью въ видѣ выраженной Placenta marginata съ обиліемъ бѣлыхъ инфарктовъ, частью въ видѣ фиброзной, цирротической дегенераціи.

Cohn подтверждаетъ наблюденія Fehling'a и считаетъ, что заболѣванія послѣда являются послѣдствіемъ пораженія почекъ, и что послѣднія такимъ образомъ лишь косвенно ведутъ къ гибели плода. Послѣды обычно невелики, съ выраженнымъ margo, съ обиліемъ бѣлыхъ инфарктовъ. Старыя и свѣжія кровоизліянія

почти всегда на лицо. По словамъ Cohn'a, эта наклонность къ кровотеченіямъ при нефритѣ общеизвѣстна и получаетъ самое яркое выраженіе въ преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста.

Этимъ же вопросомъ интересовался Wiedow. Въ бѣлыхъ инфарктахъ онъ видитъ продуктъ коагуляціоннаго некроза эпителія ворсинокъ и приписываетъ фибрину видную роль въ происхожденіи ихъ. Но существуетъ ли этіологическая связь между измѣненіями въ послѣдѣ и альбуминуріей? Измѣненія послѣда являются или послѣдствіемъ или причиной альбуминуріи. Въ общемъ нужно вмѣстѣ съ Simpson'омъ и Fehling'омъ признать первое. Но объобщать такое мнѣніе не слѣдуетъ. Вѣдь въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о простыхъ почкахъ беременныхъ, которымъ мы не можемъ приписать столь гибельнаго вліянія. Съ другой стороны мы часто находимъ нормальное дѣтское мѣсто у женщинъ съ нефритомъ. Иногда рожденіе ребенка слѣдуетъ такъ скоро за появленіемъ альбуминуріи, что измѣненія послѣда должны считаться возникшими значительно раньше появленія клиническихъ симптомовъ заболѣванія почекъ.

Другими словами, можетъ быть найденъ рядъ возраженій противъ альбуминуріи какъ причины измѣненій въ послѣдѣ, но мы въ ней не можемъ видѣть и послѣдствія пораженія послѣда. Можно лишь сдѣлать предположеніе, что послѣ смерти плода въ кровь матери всасываются химическія тѣла, которыя ведутъ къ раздраженію почекъ. Наконецъ можно допустить, что между обсуждаемыми патологическими явленіями нѣтъ вообще этіологической зависимости, а существуетъ лишь совпаденіе по времени, или же, что оба явленія представляютъ слѣдствіе какой-либо общей отдаленной причины.

Schauta указываетъ на опасности для беременныхъ, которыя кроются въ нефритѣ, въ особенности на тяжелыя внутреннія кровотеченія. Измѣненія послѣда заключаются въ образованіи бѣлыхъ инфарктовъ и въ кровоизліяніяхъ. Большіе или меньшіе участки послѣда подвергаются разрушенію, что даетъ поводъ къ смерти плода. Далѣе измѣненія въ отпадающей оболочкѣ

могутъ вести къ отслойкѣ яйца и къ прекращенію беременности. Наконецъ слѣдуетъ отмѣтить, что при нефритѣ существуетъ особенная ломкость и хрупкость сосудовъ.

Löhlein, въ своемъ случаѣ, видитъ причину внутренняго кровотеченія въ повышенномъ кровяномъ давленіи, которое было рѣзко выражено.

Liepmann указываетъ на изслѣдованія Gull'я и Suton'a, которые нашли при нефритѣ измѣненія въ мельчайшихъ артеріяхъ, и допускаетъ, что такого рода измѣненія обусловили ломкость и проходимость маточно-плацентарныхъ сосудовъ.

Veit и H. Meyer находили при нефритѣ воспалительныя измѣненія въ отпадающей оболочкѣ.

V. Weiss считаетъ, что какъ нефритъ, такъ и почка беременныхъ ведутъ къ эксудативнымъ и дегенеративнымъ измѣненіямъ въ отпадающей оболочкѣ и благодаря этому вызываютъ преждевременное отдѣленіе послѣда.

Seitz въ своемъ подробно обслѣдованномъ случаѣ нашелъ съ одной стороны острый геморрагическій нефритъ, съ другой стороны тяжелый децидуальный эндометритъ. Онъ не сомнѣвается, что нефритъ является прямой причиной пораженія deciduae.

Gottschalk указываетъ, что наклонность къ кровотеченіямъ при нефритѣ общеизвѣстна (кровоизліянія въ глазномъ днѣ, въ мозгу, маточныя кровотеченія). Артеріальные кровеносные пути, которые несутъ кровь въ межворсистыя пространства, въ области decidua basalis представляютъ простые, уже физіологически максимально расширенные „Endothelrohre". Вполнѣ понятно, что они не могутъ долго противостоять ненормально повышенному кровяному давленію.

То же самое можно сказать и про эксудативныя измѣненія. Какъ часто при нефритѣ мы видимъ воспалительные процессы въ легкихъ, плеврѣ, перикардіи, эндокардіи, брюшинѣ, въ мозгу!

Но какъ-же объяснить себѣ вопросъ въ связи съ почкой беременныхъ, которая есть вѣдь только чисто функціональное страданіе? Можетъ быть вызванныя какими-нибудь другими при-

чинами патологическія измѣненія въ послѣдѣ ведутъ къ преждевременному отдѣленію послѣда, а при случаѣ обусловливаютъ то временное функціональное пораженіе почекъ, которое мы называемъ почкой беременныхъ?

Gottschalk формулируетъ свое мнѣніе слѣдующимъ образомъ: Вслѣдствіе недостаточнаго питанія въ послѣдніе мѣсяцы беременности въ decidua basalis появляются обширныя некробіотическія или некротическія измѣненія, которыя съ одной стороны разрыхляютъ связь послѣда съ плацентарнымъ мѣстомъ и такимъ образомъ предрасполагаютъ къ отдѣленію послѣда, съ другой же благодаря накопленію въ кровеносной системѣ продуктовъ клѣточнаго распада вызываютъ измѣненія въ почкахъ въ видѣ такъ назыв. почки беременныхъ. Эти измѣненія разовьются тѣмъ легче, если некробіозъ поведетъ одновременно къ закрытію большихъ артеріальныхъ путей въ placenta materna. Этіологическое значеніе, присущее хроническому нефриту въ дѣлѣ возникновенія пораженій deciduae basalis, а вмѣстѣ съ тѣмъ и преждевременнаго отдѣленія послѣда, не присуще почкѣ беременныхъ: оба состоянія надо строго различать.

Крайне интересна теорія Veit'a:

На основаніи случайнаго наблюденія своего ученика Scholten'a, который видѣлъ появленіе альбуминуріи послѣ внесенія въ брюшную полость кролика частичекъ послѣда, Veit, для объясненія преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, указываетъ на слѣдующій circulus vitiosus: endometritis deciduae, образованіе тромбовъ въ послѣдѣ, прониканіе плацентарныхъ элементовъ въ кровь, альбуминурія и ретроплацентарное кровоизліяніе. Первичное явленіе онъ видитъ въ endometritis deciduae, послѣдній ведетъ къ воспріятію кровью плацентарныхъ элементовъ (Zottendeportation), послѣдствіемъ чего является почка беременныхъ. Послѣдствіемъ же тромбоза является кровотеченіе. Это объясненіе имѣетъ ввиду только почку беременныхъ; значеніе хроническаго нефрита Veit хотя и не отрицаетъ, но считаетъ отношеніе его къ отдѣленію послѣда пока еще не выясненнымъ.

Schaeffer разсматриваетъ этіологію преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста съ точки зрѣнія теоріи Veit-Scholten'a и сводитъ все дѣло къ „депортаціи“ ворсинокъ хоріона.

Ворсинки закупориваютъ вены. Въ то время, какъ артеріи безпрерывно приносятъ новую кровь, въ сосудахъ происходитъ застой крови, и наконецъ наступаетъ разрывъ ихъ. При пузырномъ заносѣ и выкидышѣ почти какъ правило мы находимъ сгустки въ межворсистыхъ пространствахъ. Альбуминурія, такъ часто встрѣчающаяся при преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста, объясняется прониканіемъ ворсинокъ въ общій кругъ кровообращенія, а децидуальный эндометритъ играетъ роль предрасполагающаго къ такому проникаію момента. Даже разрывъ краевого синуса авторъ объясняетъ „депортаціей ворсинокъ“.

На основаніи изученія своихъ препаратовъ Schaeffer приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

Преждевременное отдѣленіе нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста происходитъ въ извѣстномъ рядѣ случаевъ благодаря застою крови въ межворсистыхъ пространствахъ, вслѣдствіе закупорки одной или нѣсколькихъ децидуальныхъ венъ или краевого синуса ворсинками. Децидуальный эндометритъ, который часто наблюдается при преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста, представляетъ одну изъ причинъ прониканія ворсинокъ въ децидуальныя вены. Альбуминурія въ этихъ случаяхъ одно изъ послѣдствій воспріятія ворсинокъ общимъ кругомъ кровообращенія.

Penkert поддержалъ эту остроумную теорію и описалъ преждевременно отдѣлившійся послѣдъ, полученный имъ отъ женщины, которая раньше два раза подвергалась операціи ручного удаленія послѣда. Авторъ въ этомъ случаѣ видитъ доказательство того, что оба другъ другу противоположныя заболѣванія, приращеніе и преждевременное отдѣленіе послѣда, зависятъ отъ одной причины, а именно „депортаціи ворсинокъ“.

Изъ представленнаго обзора относящейся къ вопросу литературы, мы можемъ заключить, что хотя далеко еще не все

выяснено и многіе стороны вопроса ждутъ своего разрѣшенія, все же не подлежитъ сомнѣнію, что въ этіологіи преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста пораженіе почекъ, будь то острый или хроническій нефритъ или почка беременныхъ, играютъ существенную роль, причемъ они встрѣчаются часто въ связи съ измѣненіями въ послѣдѣ и въ decidua basalis, эксудативнаго или дегенеративнаго характера, но могутъ встрѣчаться и безъ таковыхъ.

Просматривая нашу сборную статистику, мы видимъ, что слѣдующіе авторы отмѣчаютъ

Albuminuria: Rudin, Wiedow, Swayne, M-me Henry, Lomer, Marsh, M-lle de Forin, Rousseau-Dumarcet (5 случаевъ), Brauns, Howard Kelly, Seifert, Fieux, Aschkanasy (2 случая), Zweifel (8 случаевъ), Холмогоровъ, Lequeux, Steffens (5 случаевъ), Holmes (съ многоводіемъ), еще Holmes (съ эклампсіей), Targett, Guiraud, Jolly, Gaston (4 случая), Devraigne, Fabre, Crasson (7 случаевъ), Balika, Pulvirenti, Mauran, Ahlbeck, Кипарскій, Barchet (3 случая), Couvelaire, Lévy, Hammerschlag, Krüger, Getzow, Либовъ, Тавилдаровъ.

Нефритъ: Löhlein, Ocker (9 случаевъ), Schauta, Mc Grew, v. Weiss (2 случая), Köstlin, Evertz, v. Guérard, Lovrich, Van Tussenbroek, Kahrs, Grulich (3 случая), Jolly, Germann, Pulvirenti, Haendly, Кипарскій (3 случая), Davies Colley, Getzow (2 случая).

Хроническій паренхиматозный нефритъ: Winter, Чапинъ.

Хроническій нефритъ: Ocker (2 случая), Knauer, Pulvirenti, Кипарскій (3 случая), Hartmann, Окинчицъ, Meinardus.

Подъострый нефритъ: Knauer.

Паренхиматозный нефритъ: Ocker, Seitz (съ эклампсіей).

Интерстиціальный нефритъ: Кипарскій.

Сморщенную почку: Ocker.

Острый нефритъ: v. Weiss, Seitz (съ эклампсіей), Foges.

Паренхиматозную дегенерацію почекъ: v. Weiss.

Урэмію: Guiraud.

Почку беременныхъ: Winter (2 случая), Brauns, v. Weiss, Gottschalk, Aschkanasy (3 случая), Moosauer (2 случая), Luig (6 случаевъ), Krüger (2 случая), Berggren, Meinardus.

Эклампсію: M-me Henry, Seitz, Holmes, Lévy, Haendly.

Просматривая нашъ матеріалъ, мы находимъ указанія на заболѣваніе почекъ въ 16-ти случаяхъ. Можно смѣло сказать, что если-бы при клиническомъ изслѣдованіи роженицъ больше удѣлялось вниманія почкамъ, то цифра эта была-бы значительно выше.

Если принять во вниманіе, что на 87 случаевъ нашего матеріала этіологія указана лишь въ 32 случаяхъ, то 16 случаевъ составляютъ 50% всѣхъ наблюденій съ опредѣленной этіологіей. Другими словами въ половинѣ случаевъ, въ которыхъ этіологія указана, найдено заболѣваніе почекъ.

Дадимъ краткій обзоръ этихъ наблюденій:

Р. З. III. Значительные отеки ногъ, живота и лица. Въ мочѣ незначительное количество бѣлка. Эклампсія послѣ родовъ.

Р. З. IV. Въ мочѣ много бѣлка.

Р. З. VI. Въ мочѣ большое количество бѣлка.

Р. З. X. Въ мочѣ слѣды бѣлка.

Р. З. XI. Въ мочѣ бѣлокъ.

Р. З. XXV. Отеки лица и ногъ.

Р. З. XLII. Отеки ногъ. Въ мочѣ бѣлокъ и зернистые цилиндры.

Р. З. L. Лицо и голени отечны. Мочи очень мало.

Р. З. LXIV. Во время каждой беременности отеки нижнихъ конечностей. Въ мочѣ бѣлокъ ($^3/_4$ promille) и гіалиновые цилиндры.

Р. З. LXV. При каждой беременности nephritis gravidar. Въ мочѣ бѣлокъ (0,05—6%).

Р. З. LXVI. Отеки лица и ногъ. Въ мочѣ бѣлокъ.

Р. З. LXVIII. На вскрытіи найденъ хроническій паренхиматозный нефритъ.

Об. Б. 3. На вскрытіи найдено паренхиматозное перерожденіе почекъ.

Об. Б. 9. На вскрытіи найдено: Nephritis interstitialis chronica disseminata renis dextri. Hypertrophia vicaria renis sinistri.

Об. Б. 15. Одутловатость лица, отекъ нижнихъ конечностей. Въ мочѣ бѣлокъ (0,25%), почечный эпителій, клѣтки лоханки, эпителіальные и зернистые цилиндры.

Об. Б. 16. На вскрытіи найдено: Nephritis interstitialis chronica disseminata.

2. Базедова болѣзнь.

Интересно, что Базедова болѣзнь повидимому можетъ повести или же предрасполагать къ преждевременному отдѣленію дѣтскаго мѣста.

По Hofmeier'у, тутъ играютъ роль измѣненія въ сосудистой системѣ, свойственныя этому страданію.

Rosenberg видитъ причину кровотеченій въ парезѣ вазомоторныхъ нервовъ при Базедовой болѣзни, ведущемъ къ расширенію маточныхъ сосудовъ.

Въ случаѣ Haeberlin'a Базедова болѣзнь несомнѣнно была причиной смерти плода и преждевременныхъ родовъ. Наклонность къ кровотеченіямъ при этой болѣзни извѣстна; ею объясняются бывшія у паціентки частыя носовыя кровотеченія, а также и преждевременное отдѣленіе послѣда.

Всего въ литературѣ имѣются четыре случая преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста при Базедовой болѣзни:

1. Haeberlin.

VIII рага, 36-ти лѣтъ, съ рѣзко выраженной Базедовой болѣзнью и частыми носовыми кровотеченіями. На 8-мъ мѣсяцѣ сильное кровотеченіе изъ матки; повторная тампонація влагалища. Сердцебіеніе плода не слышно. Появились схватки. Нигдѣ ткань послѣда не прощупывается. Черезъ сутки при полномъ открытіи зѣва и сильномъ кровотеченіи опредѣляется отдѣлившійся и выпавшій послѣдъ. Извлеченный за ножку плодъ оказался мацерированнымъ. На послѣдѣ бѣлые инфаркты и кровоизліянія. Выздоровленіе.

2. Wyder; случай приведенъ у Hofmeier'a.

3. Benicke.

У больной, страдающей Базедовой болѣзнью, на 36-ой недѣлѣ беременности, безъ всякихъ родовыхъ болей, произошло преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. Послѣ разрыва пузыря роды кончились произвольно.

4. Rosenberg.

Повторно беременная, 24-хъ лѣтъ, съ Базедовой болѣзнью, незадолго до срока при нагибаніи почувствовала кровотеченіе. Вскорѣ развилась картина острой анэміи. Животъ напряженъ, но схватокъ нѣтъ. На маткѣ, слѣва близъ дна, выпячиваніе; на него положенъ ледъ. Вскорѣ появились схватки и кровотеченіе пріостановилось.

При почти полномъ открытіи зѣва — сильнѣйшее кровотеченіе, потеря сознанія. Родился плодъ въ асфиксіи, оживленъ. Ввиду сильнаго кровотеченія послѣдъ немедленно выжатъ, съ огромнымъ количествомъ жидкой и свернувшейся крови. Мѣры противъ остраго малокровія. Медленное выздоровленіе.

3. Пороки сердца. Туберкулезъ легкихъ.

Трудно сказать, какую роль въ этіологіи преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста играютъ пороки сердца и чахотка. Вѣроятнѣе всего ближайшую причину, вызывающую осложненіе, надо искать въ застойной гиперэміи внутреннихъ органовъ, въ томъ числѣ и матки. Такъ Pelz въ одномъ изъ своихъ случаевъ видитъ причину заболѣванія въ застойной гиперэміи въ сосудахъ матки вслѣдствіе туберкулеза легкихъ.

Въ случаѣ Steffens'a у больной съ тяжелымъ порокомъ клапановъ ввиду плохого общаго состоянія рѣшено было возбудить преждевременные роды, во время чего и произошло преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. Мать погибла на 4-й день послѣ родовъ отъ основной болѣзни, осложнившейся флебитомъ. Плодъ (acephalus) былъ мацерированъ.

4. Сифилисъ.

Невольно поражаешься, какъ рѣдко упоминается сифилисъ въ числѣ этіологическихъ моментовъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста. Это тѣмъ болѣе странно, что сифилисъ, какъ общеизвѣстно, играетъ въ происхожденіи болѣзней послѣда очень видную роль.

V. Guérard удивляется, что сифилисъ, повидимому, совершенно неповиненъ въ происхожденіи интересующаго насъ осложненія.

Въ доступныхъ мнѣ французскихъ и нѣмецкихъ диссертаціяхъ въ главахъ объ этіологіи преждевременнаго отдѣленія послѣда сифилисъ вовсе не упоминается. При просмотрѣ литературы мы все же находимъ единичныя казуистическія сообщенія. Такъ Wiedow приводитъ случай, въ которомъ у повторнородящей съ широкими кондиломами на половыхъ частяхъ и съ альбуминуріей, въ теченіе родовъ произошло преждевременное отдѣленіе послѣда. Роды кончились произвольно; мать выздоровѣла. При вскрытіи мацерированнаго плода найдены гуммы въ печени. Marsh въ своемъ второмъ наблюденіи видитъ этіологію страданія въ перенесенномъ паціенткой сифилисѣ. Gaston въ одномъ изъ своихъ случаевъ нашелъ сифилитическія измѣненія послѣда.

Въ своей обстоятельной статьѣ Rosenberg указываетъ на этіологическое значеніе сифилиса и цитируетъ Underhill'я, который видѣлъ преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста у больной съ вторичными явленіями сифилиса. Guérot тоже видѣлъ два случая, въ которыхъ по его мнѣнію причиной заболѣванія слѣдуетъ считать сифилисъ. На сифилисъ указываетъ и Limbacher.

5. Гемофилія и другія аномаліи крови.

Maurau, перечисляя предполагаемыя причины преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, упоминаетъ между прочимъ анэмію и гемофилію.

Spiegelberg придаетъ особое значеніе измѣненіямъ сосудистыхъ стѣнокъ при аномаліяхъ крови: по его мнѣнію самые тяжелые случаи встрѣчаются у лицъ малокровныхъ, истощенныхъ. De Lee указываетъ на гемофилію и скорбутъ.

Собравъ большую казуистику, я могъ лишь въ трехъ случаяхъ найти указаніе на гемофилію.

1. Rosenberg-Dickinson (1893) сообщаютъ случай преждевременнаго отдѣленія послѣда при гемофиліи:

Больная, 25-ти лѣтъ, съ ясно выраженной гемофиліей, родила одинъ разъ 16 мѣсяцевъ тому назадъ. За три недѣли до родовъ началось кровотеченіе, продолжавшееся и въ теченіе самыхъ родовъ. Вѣсъ плода 4—5 фунтовъ. Вторые роды срочные, при цѣломъ пузырѣ признаки отслойки послѣда. Схватки сильныя. Шейка расширена пальцами, головка низведена въ тазъ давленіемъ на дно матки, наложены щипцы. Послѣдъ немедленно извлеченъ рукой. Матка и влагалище затампонированы. Родильница оправилась. Ребенокъ живъ.

2. Случай De Lee (1901).

У больной регулы всегда обильны, по 7—10 дней. Малѣйшія пораненія напр. пальцевъ сильно кровоточатъ. Первые роды тажелые, но произвольные, безъ особенностей. Два раза были выкидыши. Наконецъ на 35-омъ году роды, осложнившіеся отслойкой послѣда съ преимущественно внутреннимъ кровотеченіемъ.

Кровь жидкая, темная, почти черная, лаковая. Во время родовъ инфильтрація стѣнокъ влагалища кровью. На мѣстѣ подкожнаго впрыскиванія стрихнина кровоизліяніе. На мѣстѣ солевого вливанія обширный кровоподтекъ. Кровь течетъ и изъ укола. Какъ видно изъ исторіи родовъ (см. таблицу) случай закончился смертью.

3. Случай Herz (1907).

Въ теченіе каждой беременности бывали кровотеченія. Отмѣчены и послѣродовыя кровотеченія. Каждое случайное пораненіе сопровождается кровотеченіемъ въ теченіе сутокъ. Роды, осложнившіеся отслойкой послѣда, кончены влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ съ благопріятнымъ исходомъ для матери.

Въ нашемъ матеріалѣ имѣется интересный случай отдѣленія дѣтскаго мѣста при геморрагическомъ діатезѣ (Р. З. XXXV):

> У 36-ти лѣтней VI рага, съ разбросанными по тѣлу точечными петехіями и геморрагической полосой на лѣвой голени, въ началѣ срочныхъ родовъ появляются классическіе признаки преждевременнаго отдѣленія послѣда. Послѣ родовъ кровотеченіе продолжалось, и несмотря на всѣ мѣры, направленныя къ прекращенію кровотеченія и поднятію кровянаго давленія, родильница скончалась.

Возможно, что и въ случаѣ LXIII (Р. З.) геморрагическій діатезъ имѣлъ этіологическое значеніе. У роженицы опредѣлена кровоточивость десенъ. И въ этомъ случаѣ наблюдалась атонія матки послѣ родовъ, хотя менѣе грозная.

Особнякомъ стоитъ наблюденіе Couvelaire'a. Этотъ авторъ, изслѣдуя кровь больной, которой была произведена операція Рого по поводу тяжелаго ретроплацентарнаго кровотеченія, нашелъ очень большое содержаніе въ ней мочевины и хлористыхъ солей. Такъ, изслѣдованіе крови по Widal'ю на другой день послѣ операціи дало слѣдующія цифры: мочевины 2,23 на литръ, хлора 5,73. На третій день количество мочевины пало до 2,0, а на 16-ый день равнялось лишь 0,6 на литръ. Этой задержкѣ азота (azotémie passagère) и хлора въ связи съ существующей альбуминуріей и повышеннымъ кровянымъ давленіемъ, Couvelaire придаетъ большое значеніе и видитъ этіологію заболѣванія въ своемъ случаѣ въ токсэміи, состояніи, которое „Pinard aime à désigner du nom d' hépatotoxémie, que Bar aime à désigner du nom d' éclampsisme".

На подобную связь указалъ уже Maygrier. Berggren

же замѣчаетъ по этому поводу, что эклампсія поражаетъ большею частью первобеременныхъ, въ то время какъ преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста наблюдается главнымъ образомъ у многородящихъ. Къ тому же во многихъ случаяхъ ретроплацентарнаго кровотеченія отсутствуетъ альбуминурія.

На возможную связь между преждевременнымъ отдѣленіемъ дѣтскаго мѣста и эклампсіей указываютъ и найденныя нами въ печени умершей родильницы патолого-анатомическія измѣненія, свойственныя эклампсіи (см. Об. Б. 18. и главу о Патологической Анатоміи).

6. Болѣзни, значительно нарушающія питаніе.

Guérard, допуская извѣстное значеніе нефрита, особенно въ случаяхъ преждевременныхъ родовъ съ умираніемъ плода, пораженій отпадающей оболочки ни разу не находилъ. Онъ считаетъ, что кромѣ развѣ нефрита, родъ общей болѣзни, приведшей къ преждевременному отдѣленію дѣтскаго мѣста не важенъ. Важна общая слабость, плохое питаніе, частые роды, тяжелая работа. Что такое мнѣніе не голословно, явствуетъ изъ статистики, которую собралъ v. Guérard. Изъ 64-хъ случаевъ 11 касались женщинъ, рожавшихъ 1—3 раза, и именно въ этихъ случаяхъ часто упоминается нефритъ, какъ причина болѣзни. Остальныя 53 роженицы были всѣ многородящія (до 14 родовъ).

Подводя итогъ своимъ наблюденіямъ, онъ говоритъ, что изъ общихъ причинъ онъ признаетъ лишь нефритъ и истощеніе, зависящее отъ болѣзней и тяжелыхъ условій жизни.

Съ такимъ мнѣніемъ v. Guérard'а согласенъ и Р. Б. Грюнингъ. Онъ говоритъ: „нужно предполагать, что исключая нефритъ, менѣе важна форма заболѣванія, чѣмъ общій упадокъ силъ и кахексія, сопровождающія эти заболѣванія. Роженицы были слабаго тѣлосложенія, изнуренныя работой женщины, съ вялой кожей и со слабо развитой мускулатурой".

Въ литературѣ мы находимъ еще указанія на этіологическое

значеніе цѣлаго ряда заболѣваній, но авторы не иллюстрируютъ ихъ клиническими наблюденіями.

Тутъ мы видимъ малярію, острую желтую атрофію печени, тифъ, холеру, оспу, даже „tempérament lymphatique“.

Для полноты изложенія упомяну, что Bué считаетъ въ своемъ случаѣ гигантскій ростъ плода причиной преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, Doléris „ненормальную слабость сосудистой стѣнки на почвѣ неврастеническихъ измѣненій въ кровообращеніи“ (?); Naegele-Grenser „возбужденіе сосудистой и нервной системы роженицы употребленіемъ раздражающихъ напитковъ и лекарствъ, высокую комнатную температуру“ и т. п., а Bubis внутреннее употребленіе пептоната желѣза.

III. Анатомическія измѣненія половой сферы и продуктовъ беременности.

Сравнительно недавно въ стремленіи къ выясненію этіологіи интересующаго насъ загадочнаго заболѣванія авторы стали обращать вниманіе на анатомическія измѣненія, наблюдаемыя въ маткѣ и въ оболочкахъ плоднаго яйца.

Въ 1889-омъ году Veit нашелъ въ двухъ случаяхъ воспалительныя измѣненія въ отпадающей оболочкѣ.

Hans Meyer (1891) тоже въ двухъ случаяхъ видѣлъ въ отпадающей оболочкѣ инфильтрацію кровяными тѣльцами, измѣненія въ клѣткахъ deciduae basalis, расплывчатость контуровъ, помутнѣніе протоплазмы, плохую окрашиваемость клѣтокъ; въ третьемъ случаѣ сопровождающая гидроррея прямо указывала на воспалительный процессъ.

Backer (1891) микроскопически доказалъ перерожденіе плацентарной ткани и кровоизліяніе въ ней.

Въ главѣ о нефритѣ мы видѣли, что Fehling ставилъ находимыя имъ анатомическія измѣненія въ послѣдѣ (обиліе бѣлыхъ инфарктовъ) въ зависимость отъ пораженія почекъ. Hofmeier находилъ рѣзкія измѣненія въ послѣдѣ частью

ввидѣ выраженной placenta marginata съ обиліемъ бѣлыхъ инфарктовъ, часто ввидѣ фиброзной, цирротической дегенераціи. Аналогичныя наблюденія имѣются у Cohn'a, Wiedow'a, Schaut'ы. Отношенія измѣненій послѣда къ нефриту подробно изложены въ главѣ о послѣднемъ.

Крайне обстоятельны изслѣдованія v. Weiss'a. Въ первой группѣ своихъ случаевъ онъ находилъ тяжелыя измѣненія эндометрія съ мелкоклѣточной инфильтраціей, причемъ степень инфильтраціи была параллельна тяжести случая. Клѣтки deciduae были рѣзко измѣнены, частью раздуты, частью некротизированы, сморщены, плохо окрашены и разъединены обширными кровоизліяніями. Измѣненія всегда касались эндометрія и лишь отчасти захватывали верхніе слои мускулатуры. У всѣхъ больныхъ были тяжелыя пораженія почекъ, ввидѣ перерожденія эпителія или сморщенной почки.

Случаи второй группы противоположны только что упомянутымъ. Здѣсь найдена чрезвычайно сильная мелкоклѣточная инфильтрація всей маточной мускулатуры, особенно въ окружности сосудовъ. По мѣрѣ приближенія къ поверхности инфильтрація становится все сильнѣе, и наирѣзче она выражена на границѣ съ decidua. Самая же отпадающая оболочка поражена очень мало, такъ что измѣненія мышечнаго слоя выступаютъ на первый планъ. Это очень важно, потому что было общепринятымъ мнѣніе, что настоящій метритъ во время беременности, хотя и можетъ существовать, но никакого значенія не имѣетъ.

Н. С. Каннегисеръ описалъ матку, полученную имъ на вскрытіи больной, умершей отъ выпаденія послѣда: матка была рѣзко утолщена, съ фиброидами. Отмѣчается рѣзкое фиброзное перерожденіе стѣнокъ матки, главнымъ образомъ въ части, лежащей ближе къ брюшинѣ. Наконецъ, отмѣчень эндоартеріитъ.

На измѣненія въ маткѣ и на эндометритъ указываютъ Brauns, Rosenberg, Graefe, Faure, Gaston, Holmes, Scheffen, Drejer, Franck, De Lee.

Stern не рѣшается высказаться за этіологическое значеніе

анатомическихъ измѣненій, потому что найденная имъ мелкоклѣточная инфильтрація deciduae и перерожденіе клѣтокъ были лишь крайне слабо выражены.

Особеннаго вниманія заслуживаетъ изслѣдованіе Масловскаго. Онъ нашелъ воспалительныя измѣненія и кровоизліянія въ decidua serotina, мелкоклѣточную инфильтрацію въ decidua vera. Но самой интересной находкой были гонококки въ decidua vera, присутствіе которыхъ авторъ доказалъ по способу Touton'a. Кромѣ того онъ нашелъ гонококки и въ послѣродовыхъ очищеніяхъ. Именно въ этомъ гонорройномъ эндометритѣ Масловскій видитъ причину преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста (endometritis decidualis interstitialis gonorrhoica). Благодаря инфильтраціи была нарушена взаимная связь децидуальныхъ клѣтокъ, разрыхлено прилеганіе послѣда къ маткѣ, что и дало предрасположеніе къ отдѣленію его. Самая же отслойка могла произойти вслѣдствіе кровотеченій, обычныхъ при интерстиціальномъ эндометритѣ.

Это наблюденіе доказываетъ, что эндометритъ у беременныхъ можетъ имѣть собственную этіологію, внѣ зависимости отъ нефрита и т. п.

Haake обвиняетъ въ своемъ случаѣ хроническій эндометритъ, развившійся на почвѣ гонорреи, хотя и допускаетъ, что извѣстное значеніе имѣли и чрезмѣрно сильныя боли, напряженіе плодныхъ оболочекъ и начавшееся физіологическое отдѣленіе послѣда.

Schickele говоритъ: „Я думаю, что путь къ уразумѣнію этого рѣдкаго заболѣванія лежитъ въ изученіи измѣненій послѣда и, главнымъ образомъ, матки". Онъ изслѣдовалъ 8 послѣдовъ и нашелъ обширный некрозъ клѣтокъ deciduae, обильное отложеніе фибрина, образующаго вмѣстѣ съ ворсинками и свернувшейся въ межворсистыхъ пространствахъ кровью нефункціонирующій пластъ. Никакихъ слѣдовъ воспаленій онъ ни разу не находилъ. Все дѣло, по его мнѣнію, сводится къ нарушенію питанія deciduae, къ обширному тромбозу сосудовъ съ послѣдующимъ отложеніемъ фибрина и къ некрозу отпадающей оболочки. Первичный процессъ слѣдуетъ искать въ нарушеніи циркуляціи крови и въ тромбозѣ межворсистыхъ пространствъ.

Schickele отрицаетъ значеніе эндометрита въ этіологіи преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, также какъ и значеніе почечныхъ пораженій. Для большинства случаевъ онъ предполагаетъ этіологію въ открытомъ имъ некрозѣ отпадающей, хотя допускаетъ и травму и прикрѣпленіе послѣда въ трубномъ углу матки.

Gottschalk также не находилъ явленій эндометрита, но зато рѣзко выраженныя регрессивныя измѣненія въ placenta materna, некробіозъ ея, даже закупорку артерій, изливающихся въ межворсистыя пространства. Тромбозъ есть послѣдствіе умиранія сосудистой стѣнки, а послѣднее объясняется недостаточнымъ питаніемъ deciduae basalis. Случайная травма, натяженіе пуповины даютъ толчокъ къ отдѣленію послѣда.

Biancardi центръ тяжести видитъ въ измѣненіяхъ deciduae, состоящихъ въ кровоизліяніяхъ, отложеніи фибрина, тромбозѣ, инфильтраціи лейкоцитами, въ разныхъ стадіяхъ перерожденія, начиная съ помутнѣнія и вакуолизаціи протоплазмы до полнаго разрушенія ядеръ.

Seitz своими блестящими изслѣдованіями пролилъ много свѣта на интересующій насъ вопросъ. Онъ нашелъ тяжелый децидуальный эндометритъ, повлекшій за собою вторичныя явленія въ міометріи. Въ то время какъ воспалительныя явленія въ decidua vera и reflexa были незначительны, serotina поражена чрезвычайно сильно (мелкоклѣточная инфильтрація). Особенно сильно измѣнена она въ тѣхъ мѣстахъ, надъ которыми въ послѣдѣ находились бѣлые инфракты.

К. Ѳ. Славянскій уже давно находилъ у холерныхъ больныхъ острое заболѣваніе слизистой оболочки матки въ формѣ геморрагическаго воспаленія, которое часто вело къ частичному разрушенію слизистой или же къ почти полной отслойкѣ послѣдней. При беременности у холерныхъ онъ находилъ кар-

тину остраго кровоточиваго эндометрита. Кровоизліянія раздражаютъ внутреннюю поверхность матки на подобіе инородныхъ тѣлъ, и вызываютъ маточныя сокращенія. Причиной смерти плода было заболѣваніе placentae foetalis.

Въ подробностяхъ мы познакомимся со всѣми этими изслѣдованіями въ главѣ о патологической анатоміи.

Изъ вышесказаннаго явствуетъ, что заболѣванія отпадающей оболочки матки безусловно играютъ видную роль въ этіологіи преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста.

Пораженіе deciduae можетъ имѣть характеръ воспалительный или дегенеративный, можетъ быть вполнѣ самостоятельнымъ, или можетъ развиться на почвѣ острой инфекціонной болѣзни, нефрита, или заболѣванія сосудовъ, или же быть гонорройнаго характера. Большое значеніе имѣютъ также пораженія placentae foetalis и такъ мало еще изслѣдованныя заболѣванія маточной мускулатуры.

Анатомическія измѣненія въ отпадающей оболочкѣ отмѣчены слѣдующими авторами:

Veit, v. Weiss, Fabre, Gaston, H. Meyer, Масловскій, Haake, v. Guérard, Lop, Seitz, Schickele, Gottschalk, Biancardi.

Измѣненія въ мышечной стѣнкѣ матки нашли:

v. Weiss, Каннегисеръ, Le Lorier.

Заболѣванія послѣда отмѣтили:

v. Weiss, Hoffmann, Fehling, Cohn, Wiedow, Backer.

Въ трехъ послѣдахъ, изслѣдованныхъ нами, измѣненія, указанныя авторами, не обнаружены (см. главу о патологической Анатоміи).

Въ заключеніе я позволю себѣ привести интересную гипотезу Barchet'a. По его мнѣнію, не альбуминурія вызывается продуктами распада дѣтскаго мѣста, какъ думаетъ Gottschalk' а тѣ же химическіе продукты плодового обмѣна веществъ, которыя

вызываютъ поврежденія въ различныхъ органахъ, преимущественно же въ почкахъ, имѣютъ свое вліяніе и на послѣдъ.

Поневолѣ бросаются въ глаза тѣ многочисленные случаи, въ которыхъ преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста встрѣчается одновременно съ эклампсіей (Seitz), съ желтухой (Guérin-Valmale), съ неукротимой рвотой и слюнотеченіемъ (Livon, Anderson), съ Базедовой болѣзнью (Benicke, Haeberlin), съ гемофиліей (De Lee). Въ вопросѣ объ этіологіи преждевременнаго отдѣленія послѣда Barchet совѣтуетъ подумать о токсическихъ вліяніяхъ, исходящихъ отъ плода, и видитъ въ этомъ заболѣваніи одно ихъ многочисленныхъ и разнообразныхъ явленій „токсикоза беременныхъ".

Совершенно особнякомъ стоитъ вопросъ о значеніи разрыва краевого синуса послѣда (Ruptura sinus circularis). Нѣкоторые, преимущественно французскіе авторы (Budin, Landon, Crasson) придаютъ этому патологическому явленію большое значеніе въ происхожденіи извѣстныхъ случаевъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, въ то время какъ другіе, преимущественно нѣмецкіе авторы (Ahlfeld, Heil, Sippel) разсматриваютъ этотъ вопросъ отдѣльно, и даже даютъ рядъ указаній для дифференціальной діагностики. Я думаю, что хотя и описаны случаи, въ которыхъ кровь изъ разрыва синуса попутно отдѣляла дольки послѣда отъ подлежащей стѣнки матки, все же заболѣваніе это настолько разнится по характеру и теченію отъ разсматриваемаго нами страданія, что будетъ правильно выдѣлить его въ отдѣльную главу и разсматривать какъ заболѣваніе sui generis.

Вотъ почему въ настоящей работѣ я себѣ позволю не касаться вовсе вопроса о разрывѣ краевого синуса.

Изъ 87-ми случаевъ нашего матеріала этіологія указана лишь въ 32-хъ случаяхъ, а именно:

Пораженіе почекъ	16 разъ.
Короткость пуповины	3 „
Многоводіе	3 „
Поперечное положеніе	3 „
Травма	2 „

Двойни	2 раз.
Геморрагическій діатезъ	2 „
Двурогость матки	1 „

Въ одномъ случаѣ нефрита въ качествѣ этіологическаго момента указанъ испугъ.

Изъ всего выше сказаннаго можно заключить, что этіологія преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста крайне разнообразна.

Въ большомъ числѣ случаевъ нѣтъ возможности установить этіологію заболѣванія.

Травма далеко не играетъ той видной роли въ этіологіи, какую ей приписывали прежде; напротивъ, она есть причина сравнительно рѣдкая.

Причиной преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста можетъ быть короткость пуповины, абсолютная и относительная. Иногда поздній разрывъ плодныхъ оболочекъ ведетъ къ отдѣленію послѣда.

Видную роль играютъ механическіе моменты, имѣющіе мѣсто при многоводіи и двойняхъ, ненормальныя условія сокращенія матки при поперечномъ положеніи, узкомъ тазѣ, а также слишкомъ сильныя боли.

Очень большое этіологическое значеніе имѣютъ пораженія почекъ, будь то острый или хроническій нефритъ или почка беременныхъ, причемъ они встрѣчаются часто въ связи съ измѣненіями въ послѣдѣ и въ decidua basalis, но могутъ встрѣчаться и безъ таковыхъ.

Заболѣванія отпадающей оболочки безусловно играютъ видную роль въ этіологіи преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста. Пораженіе deciduae можетъ имѣть характеръ воспалительный или дегенеративный, можетъ быть вполнѣ самостоятельнымъ или можетъ развиться на почвѣ острой инфекціонной болѣзни, нефрита или заболѣванія сосудовъ, или же быть гонорройнаго происхожденія.

Нѣкоторое значеніе, можетъ быть, имѣютъ также пораженія placentae foetalis и маточной мускулатуры.

Всѣ остальные этіологическіе моменты недоказаны.

Симптоматологія.

Нѣтъ никакой возможности дать клиническую картину, общую для всѣхъ случаевъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста. На ряду съ легчайшими случаями, въ которыхъ отдѣленіе послѣда или вовсе ничѣмъ не выражается или симптомы его едва замѣтны, и осложненіе не отражается на ходѣ родовъ или даже на теченіи беременности, на ряду съ этими случаями мы видимъ случаи, въ которыхъ клиническая картина представляется чрезвычайно грозной, а кровотеченіе настолько сильнымъ, что въ самое короткое время уноситъ жизнь и плода и матери.

Менѣе тяжелое теченіе наблюдается обыкновенно въ тѣхъ случаяхъ, когда во время родового акта какія-либо механическія вліянія ведутъ къ отдѣленію послѣда. Тутъ болѣе легкое теченіе вполнѣ понятно, потому-что роды уже въ ходу, матка сокращается и этимъ препятствуетъ чрезмѣрному ея растяженію. Кровотеченіе рѣдко бываетъ внутреннимъ, а чаще кровь изливается наружу, уже потому, что благодаря родовой дѣятельности связь между плоднымъ яйцомъ и стѣнкой матки нарушена или по крайней мѣрѣ ослаблена. Кровотеченіе и въ этихъ случаяхъ можетъ быть значительнымъ и можетъ заставить поспѣшить съ родоразрѣшеніемъ; но положеніе дѣла уже потому не очень серьезно, что условія для окончанія родовъ почти всегда даны.

Гораздо опаснѣе для матери и ребенка отдѣленіе послѣда во время беременности, когда оно наступаетъ внезапно подъ вліяніемъ травмы или же тяжелыхъ мѣстныхъ или общихъ пораженій. Въ такихъ случаяхъ картина болѣзни настолько типична и настолько ужасна, что разъ ее увидѣвъ, не забудешь ее никогда.

Беременная бываетъ застигнута среди полнаго здоровья,

неожиданно, часто даже во время сна, или послѣ какой-либо случайной травмы. Она себя чувствуетъ сразу серьезно больной. Крайняя слабость не позволяетъ ей подняться; окружающимъ бросается въ глаза внезапно наступившая блѣдность лица. По всему тѣлу выступаетъ холодный потъ, черты лица заостряются, глаза какъ-бы вваливаются, широко открыты, зрачки расширены, выраженіе глазъ испуганное, лицо холодное; пульсъ малый, частый; дыханіе учащенное. Больная жалуется на крайнюю слабость, помутнѣніе въ глазахъ, тошноту, головокруженіе, шумъ въ ушахъ, одышку; иногда наступаетъ рвота, зѣвота, приступы безпокойства и страха, потемнѣніе сознанія, обмороки и часто-состояніе тяжелаго колляпса.

Словомъ передъ нами типичная картина внутренняго кровотеченія.

На ряду съ общими явленіями развиваются крайне тягостныя мѣстныя. Женщина жалуется на внезапно наступившую сильнѣйшую боль въ животѣ. Эта боль ощущается внизу живота, отдаетъ въ поясницу, въ тазъ, въ бедра; боль то глухая и глубокая, то рѣзкая и острая (excruciante), чаще же тянущая, распирающая. Она то длительная, постоянная, то коликообразная, съ періодическими обостреніями. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ боль настолько интенсивна, что захватываетъ дыханіе и дѣлаетъ совершенно невозможнымъ прикосновеніе къ животу.

Животъ рѣзко увеличенъ, вздутъ, напряженъ; иногда кожа его дѣлается блестящей. Сама больная заявляетъ, что ей распираетъ животъ, она чувствуетъ, что онъ быстро растетъ, и что онъ „вотъ-вотъ сейчасъ лопнетъ".

Изъ-за вздутія живота, напряженія стѣнокъ и рѣзкой болѣзненности бываетъ трудно контурировать матку.

Если же это удается, то матка оказывается рѣзко увеличенной, то шарообразной (Habit), то вытянутой въ длину (Hennig, Freudenberg, Barchet), то увеличенной въ поперечникѣ (Hennig), то имѣющей форму песочныхъ часовъ.

Матка, по величинѣ своей не соотвѣтствуетъ сроку беременности, такъ, напримѣръ, на 8-омъ мѣсяцѣ она имѣетъ величину доношенной или она даже больше таковой.

Перерастяженіе матки можетъ быть столь велико, что серозный ея покровъ разрывается (Kouwer, Devraigne, Knauer, Le Lorier, Кипарскій, Zweifel). Круглыя связки могутъ быть натянуты какъ струны (Barchet). Матка напряжена, тверда какъ дерево (Pinard) и чрезвычайно болѣзненна. Иногда на мѣстѣ кровоизліянія, т. е. соотвѣтственно мѣсту прикрѣпленія послѣда, матка особенно болѣзненна. Такая „огневая" болѣзненность можетъ быть рѣзко ограниченной; нерѣдко на этомъ мѣстѣ отмѣчается выпуклость то плоская, то рѣзко выдающаяся, достигающая величины дѣтской головки (Scanzoni).

Эта ограниченная выпуклость то туго эластична, то мягковата или тѣстовата (Barnes, Leroux, Baudelocque, M-me Henry). Благодаря ей контуры матки дѣлаются неправильными, уродливыми, что въ исключительныхъ случаяхъ даже замѣтно для глаза (Grulich). Такого рода выпуклость (accessory tumor Holmes'a) можетъ быть настолько рѣзко выражена, что симулируетъ uterus arcuatus или bicornis (Barchet). Это особенно можетъ случиться при послѣдѣ, расположенномъ въ трубномъ углу (pl. cerafina Bayer).

Попытка опредѣлить положеніе плода оказывается тщетной; частей плода прощупать не удается изъ за напряженія и болѣзненности матки. Вмѣстѣ съ тѣмъ удается опредѣлить, что матка, хотя и столь напряженная, періодически не сокращается вовсе или же развиваетъ очень слабую сократительную дѣятельность.

Сердечные тоны плода не выслушиваются, также какъ и движенія ребенка, которыя перестали быть ощущаемыми самой больной часто съ самаго момента заболѣванія. Если же сердцебіеніе плода еще слышно, то оно замѣтно учащено (до 170 въ минуту) или же рѣзко замедлено (до 80). Движенія ребенка, если еще существуютъ, носятъ судорожный характеръ: все это свидѣтельствуетъ, что плодъ находится въ смертельной опасности (Landon). Интересно, что иногда аускультація живота обнаруживаетъ очень ясное біеніе аорты (v. Weiss).

Внутреннее изслѣдованіе даетъ мало характернаго. При чисто внутреннемъ кровотеченіи всякія ненормальныя выдѣленія отсутствуютъ, или же выдѣляется серозная жидкость (Goodell). Шейка большею частью сохранена, мало открыта, пузырь напряженъ даже при отсутствіи схватокъ, какъ при многоводіи, причемъ напряженіе это длительное, постоянное. Нигдѣ въ области зѣва изслѣдующій палецъ не находитъ ткани послѣда. Предлежащая часть не опредѣляется вовсе изъ за напряженія пузыря. По разрывѣ послѣдняго околоплодныя воды изливаются въ обычномъ количествѣ. Иногда онѣ нѣсколько окрашены кровью (Queirel), что по Lehmann'у объясняется примѣсью крови, пропитавшей насквозь послѣдъ и оболочки. Въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ изливающіяся воды являются кровавыми, что зависитъ отъ проникнанія крови въ полость плоднаго яйца черезъ разрывъ оболочекъ гдѣ-либо по близости послѣда (Peut, Jacquemier, Bonnaire, Gottschalk, Schuhl). Въ случаѣ Schuhl родившійся плодъ былъ покрытъ кровью, на немъ даже лежалъ сгустокъ вѣсомъ въ 420 грм.

Въ такомъ грозномъ состояніи женщина можетъ находиться неопредѣленное время, и описаны случаи, въ которыхъ явленія малокровія и коллапса быстро прогрессировали и больныя черезъ нѣсколько часовъ послѣ начала заболѣванія умирали не разрѣшившись.

Но, къ счастью, подобнаго рода случаи являются исключеніемъ. Чаще вскорѣ наступаетъ явленіе, имѣющее огромное діагностическое и прогностическое значеніе: а именно—начинается наружное кровотеченіе.

Понятно, что кровотеченіе первоначально всегда является внутреннимъ; какъ мы видѣли въ главѣ о механизмѣ отдѣленія послѣда, оно остается внутреннимъ, если края послѣда по всей периферіи его остаются въ тѣсной связи съ маткой. Если же крови удается проложить себѣ путь къ оболочкамъ, то она отслаиваетъ ихъ отъ стѣнки матки, приближаясь все ближе и ближе къ внутреннему зѣву, достигнувъ который она быстро

изливается наружу, — появляется наружное кровотеченіе. Если наружное кровотеченіе начинается внезапнымъ изверженіемъ большого количества крови, то можно заключить, что прорвалась наружу значительная ретроплацентарная гематома, но по силѣ этого кровотеченія нельзя судить о размѣрахъ отслойки послѣда (Steffens). Если послѣдъ начинаетъ отслаиваться съ какого-либо края, то кровотеченіе большей частью съ самаго начала небольшое. Вообще говоря, на силу кровотеченія вліяютъ число и размѣръ разорванныхъ сосудовъ, степень отслойки дѣтскаго мѣста съ одной стороны и давленіе со стороны плоднаго яйца и маточныхъ стѣнокъ съ другой (Graefe, Steffens).

Понятно, что упругость маточныхъ стѣнокъ у первородящихъ больше, чѣмъ у женщинъ, много и часто рожавшихъ; въ дѣйствительности, преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста въ большинствѣ случаевъ поражаетъ многородящихъ, въ то время какъ оно у первородящихъ встрѣчается рѣдко.

Время, протекающее отъ начала заболѣванія до появленія наружнаго кровотеченія, конечно, колеблется въ широкихъ границахъ, также какъ и количество отдѣляемой наружу крови. Ретроплацентарное кровотеченіе можетъ быть очень большимъ (до 1500 куб. стм.), въ то время какъ наружное кровотеченіе остается ничтожнымъ, или же наоборотъ, при незначительномъ внутреннемъ кровотеченіи наружная кровопотеря огромна.

Какъ правило можно сказать, что чѣмъ меньше наружное кровотеченіе, тѣмъ больше выступаютъ на первый планъ явленія растяженія матки (боли, увеличеніе живота, напряженіе и болѣзненность матки, шокъ); при большихъ наружныхъ кровотеченіяхъ эти явленія могутъ даже совсѣмъ отсутствовать и картину болѣзни характеризуетъ только острое малокровіе.

Кровь, выдѣляющаяся изъ влагалища, то алая, яркая, жидкая, то темная съ черными или ржаваго цвѣта сгустками; она то водянистая (H. Meyer), то черная, сироповидная (M-me Henry). Она течетъ или безпрерывно, струей (il est manifeste que le sang s'en va et avec lui la vie de la femme. Gaston) или же пріо-

станавливаясь во время схватки, когда головка плода прижимается къ входу въ тазъ. Съ другой стороны есть указаніе, что именно при преждевременномъ отдѣленіи послѣда кровь течетъ непрерывно и никакого отношенія къ схваткамъ не имѣетъ (въ то время, какъ при предлежаніи послѣда кровотеченіе усиливается во время родовыхъ болей) (Warten).

Тотъ же Warren въ двухъ случаяхъ наблюдалъ интересное явленіе: при положеніи на спинѣ кровотеченіе прекращалось, зато боли въ животѣ дѣлались невыносимыми; при положеніи же на боку боли сразу стихали, но кровотеченіе усиливалось. Авторъ этому явленію объясненія дать не можетъ и допускаетъ случайное совпаденіе.

Плодъ погибаетъ одинаково быстро, какъ при внутреннемъ такъ и при наружномъ кровотеченіи. Для матери же болѣе неблагопріятны чисто внутреннія кровотеченія, потому-что онѣ вызываютъ явленія перерастяженія матки (шокъ) и, кромѣ того, препятствуютъ сокращеніямъ матки, т. е. затрудняютъ наступленіе родового акта. Наружное же кровотеченіе даетъ маткѣ возможность сокращаться и можетъ быть еще способствуетъ этому, отслаивая на большомъ протяженіи оболочки. Какъ правило, родовая дѣятельность всегда слабая, что зависитъ частью отъ растяженія матки, частью отъ возможныхъ тяжелыхъ пораженій міометрія.

Въ несмертельныхъ случаяхъ, когда родовой актъ завершается произвольно или съ помощью искусства, вслѣдъ за плодомъ извергается и совершенно отдѣлившійся послѣдъ, такъ что плодъ и его придатки изгоняются какъ одно цѣлое (accouchement en avalanche). Но нерѣдко послѣдъ выходитъ и гораздо позже, черезъ 10—20—25 минутъ по рожденіи ребенка, что отнюдь не говоритъ противъ діагноза преждевременнаго отдѣленія послѣда, а лишь указываетъ, что отслойка его не была полной. Вмѣстѣ съ послѣдомъ появляется огромное количество темныхъ сгустковъ и жидкой крови (до 2000 грм.).

Плодъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ мертвый, причемъ или свѣжеумершій, если онъ погибъ отъ асфиксіи въ зависимости отъ прекращенія плацентарнаго кровообращенія, или же мацерированный, если онъ погибъ раньше отъ причинъ внутреннихъ (нефритъ и т. п.).

Интересно, что часто недостаточная сократительная дѣятельность матки продолжается и по окончаніи родовъ. Появляются болѣе или менѣе сильныя атоническія послѣродовыя кровотеченія, которыя ослабляютъ уже безъ того обезкровленную больную и часто ведутъ къ гибели ея.

Причину подобной атоніи нужно искать либо въ предшествовавшемъ растяженіи матки (какъ при многоводіи), либо въ тѣхъ измѣненіяхъ маточной мускулатуры, которыя, можетъ-быть, лежали въ основѣ заболѣванія.

Наконецъ, есть цѣлый рядъ наблюденій, въ которыхъ смерть наступала спустя много часовъ послѣ родовъ; хотя родильницы не теряли больше ни капли крови, все же сердце ихъ не могло справиться съ тяжелымъ паденіемъ кровянаго давленія, и больныя, повидимому уже спасенныя, въ концѣ концовъ, все-таки, погибали.

Я изложилъ клиническую картину преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста въ тяжелыхъ случаяхъ, картину, такъ сказать, классическую.

Болѣе легкіе случаи даютъ картину далеко не такую яркую, но все же внимательному наблюдателю въ большинствѣ случаевъ удастся разобраться въ ихъ распознаваніи.

Діагностика.

При кровотеченіи во время родовъ всегда надо имѣть въ виду преждевременное отдѣленіе нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста. Это особенно относится къ случаямъ, въ которыхъ по обстоятельствамъ дѣла можно предполагать существованіе механическихъ условій, способствующихъ отслойкѣ послѣда.

Такъ, если кровотеченіе появится вслѣдъ за отхожденіемъ

водъ при многоводіи, или за рожденіемъ перваго плода при двойняхъ, врядъ-ли возникнетъ сомнѣніе въ діагнозѣ.

Вопросъ осложняется, если нѣтъ указаній на такого рода механическія вліянія. Кровотеченіе можетъ зависѣть отъ низкаго прикрѣпленія дѣтскаго мѣста. Тутъ распознаваніе не легко. Все же надо имѣть въ виду, что при низкомъ прикрѣпленіи послѣда кровотеченіе начинается всегда уже въ періодѣ раскрытія и послѣ разрыва плоднаго пузыря почти безъ исключенія прекращается, въ то время какъ при отдѣленіи нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста кровотеченіе часто начинается только въ періодѣ изгнанія, и разрывъ оболочекъ въ большинствѣ случаевъ не оказываетъ на него никакого вліянія (Hofmeier).

Такъ какъ послѣдъ при низкомъ его прикрѣпленіи при внутреннемъ изслѣдованіи обычно не прощупывается, то при кровотеченіи въ періодѣ раскрытія сперва слѣдуетъ подумать объ этомъ осложненіи и разорвать пузырь, если положеніе плода продольное. Если послѣ этого при хорошихъ боляхъ, кровотеченіе будетъ продолжаться, то его ничѣмъ другимъ уже нельзя будетъ объяснить, какъ только преждевременнымъ отдѣленіемъ нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста.

Не трудно исключить предлежаніе послѣда: при внутреннемъ изслѣдованіи мы нигдѣ не находимъ плацентарной ткани, которую при предлежаніи послѣда всегда легко найти въ зѣвѣ (если онъ открытъ) или черезъ сводъ по мягкости нижняго сегмента.

Интересно, что иногда при преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста внутреннее изслѣдованіе указываетъ на присутствіе въ зѣвѣ или надъ нимъ мягкой, губчатой ткани, весьма похожей на плацентарную. Въ дальнѣйшемъ же выясняется, что послѣдъ сидѣлъ въ днѣ матки или гдѣ-либо высоко, принятая же за дольки послѣда ткань оказывается кровяными сгустками, спускающимися сверху между оболочками и стѣнкой матки (Wintzer, M-me Henry).

Далѣе важно помнить, что при предлежаніи послѣда обычно

въ концѣ беременности бываютъ повторныя кровотеченія, которыя отсутствуютъ при интересующемъ насъ заболѣваніи.

Характеру наружнаго кровотеченія нѣкоторые авторы придаютъ большое распознавательное значеніе.

Такъ Tarnier, а съ нимъ и M-me Henry, считаютъ, что кровь изливается наружу безпрерывно, въ то время какъ при предлежаніи послѣда она при цѣломъ пузырѣ течетъ во время схватокъ, а послѣ разрыва оболочекъ во время паузъ. Warren указываетъ, что при преждевременномъ отдѣленіи послѣда кровь течетъ непрерывно и никакого отношенія къ схваткамъ не имѣетъ, въ то время какъ при placenta praevia кровотеченіе усиливается во время родовыхъ болей. Naegele-Grenser считаютъ характернымъ кровотеченіе въ промежуткахъ между схватками.

Наконецъ, на внутреннее кровотеченіе указываетъ несоотвѣтствіе между количествомъ теряемой крови и тяжелымъ общимъ малокровіемъ. При placenta praevia матка остается мягкой, эластичной и отсутствуютъ всѣ типичныя мѣстныя явленія, которыя характерны для отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста.

Распознать короткость пуповины при кровотеченіи во время родовъ очень трудно. По Maygrier et Cathala нѣкоторыя указанія можетъ дать длительное высокое стояніе головки, безъ наличности пространственныхъ несоотвѣтствій.

Можно еще смѣшать кровотеченіе при преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста съ разрывомъ варикозныхъ узловъ, но внимательное изслѣдованіе всегда дастъ возможность избѣгнуть этой ошибки.

Крайне трудно, иногда даже невозможно, исключить разрывъ краевого синуса (Mynlieff, Ahlfeld) Обыкновенно симптомы его менѣе грозны, крайне рѣдко замѣчается увеличеніе объема матки. Maygrier указываетъ на періодичность кровотеченія, усиливающагося во время схватокъ. Понятно, что этотъ признакъ большого значенія имѣть не можетъ, тѣмъ болѣе, что и при отдѣленіи послѣда кровотеченіе бываетъ иногда періодичнымъ.

Далѣе при разрывѣ синуса часто плодъ не погибаетъ, и сердцебіеніе его выслушивается хорошо, хотя бываетъ и глуховатымъ. По Ahlfeld'у, Sippel'ю, именно діагностическими трудностями объясняется тотъ фактъ, что разрывъ краевого синуса описывается такъ исключительно рѣдко. Онъ считаетъ, что лишь въ рѣдкихъ случаяхъ удается исключить преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. Въ случаѣ Ahlfeld'а діагнозъ былъ поставленъ лишь послѣ родовъ, послѣ детальнаго изслѣдованія послѣда.

Довольно сложно распознаваніе при поперечномъ положеніи и узкомъ тазѣ, потому что появляющееся кровотеченіе можетъ указывать на разрывъ матки, происшествіе, которое именно при этихъ осложненіяхъ родового акта встрѣчается нерѣдко. Діагностика трудна, а при неполномъ разрывѣ матки врядъ-ли всегда возможна, потому что остальные симптомы разрыва могутъ совершенно отсутствовать. Иногда діагнозъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста удается поставить лишь по рожденіи ребенка, когда дѣтское мѣсто слѣдуетъ немедленно за плодомъ; или же, наконецъ, истина выясняется только путемъ изслѣдованія послѣда.

Переходя къ дифференціальной діагностикѣ при внутреннемъ кровотеченіи скажемъ вообще, что распознаваніе нелегко. Goodell говоритъ: внутреннее кровотеченіе распознается только тогда, когда уже слишкомъ поздно. Maurau считаетъ, что мы въ діагностикѣ со временъ Goodell'я далеко не ушли, и добавляетъ, что въ болѣе легкихъ случаяхъ отдѣленіе послѣда часто вовсе не распознается. Lehmann говоритъ: если иногда діагнозъ ясенъ, потому что всѣ признаки на лицо у одной больной, то съ другой стороны бываютъ случаи, и при томъ это самые многочисленные, которые допускаютъ сомнѣнія.

Съ какими заболѣваніями можно смѣшать внутреннее кровотеченіе при преждевременномъ отдѣленіи нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста?

Рѣчь можетъ итти, главнымъ образомъ, о разрывѣ матки,

о разрывѣ плодовмѣстилища при внѣматочной беременности и объ остромъ многоводіи.

Разрыву матки большею частью предшествуетъ длительная родовая дѣятельность при наличности какого-либо механическаго препятствія. Полный разрывъ наступаетъ внезапно, роженица неистово кричитъ, жалуется, что въ животѣ что-то оборвалось, и впадаетъ въ состояніе коллапса. Схватки прекращаются немедленно; животъ неправильной формы, матка, обычно освободившаяся отъ плода, лежитъ въ брюшной полости отдѣльно, въ то время, какъ части плода чрезвычайно ясно опредѣляются черезъ брюшные покровы. Внутреннее изслѣдованіе указываетъ на отхожденіе предлежащей части кверху.

Тутъ мы не увидимъ того колоссальнаго напряженія живота, ни деревянной плотности матки, характерныхъ для преждевременнаго отдѣленія послѣда, гдѣ мы не сможемъ ни опредѣлить частей плода, ни дотронуться до живота. При послѣднемъ страданіи, заболѣванію предшествовали очень слабыя схватки или же ихъ совсѣмъ еще не было; анэмія рѣзкая и никоимъ образомъ не соотвѣтствуетъ ничтожному кровотеченію изъ половыхъ путей.

Что касается внѣматочной беременности, то вѣдь извѣстно, что она лишь въ исключительныхъ случаяхъ достигаетъ послѣднихъ мѣсяцевъ беременности. Далѣе въ анамнезѣ всегда будутъ указанія на рядъ разстройствъ въ теченіи беременности. Наконецъ, при разрывѣ плоднаго мѣшка, внимательное изслѣдованіе укажетъ на присутствіе въ животѣ свободной жидкости, а при бимануальномъ изслѣдованіи опредѣлится матка отдѣльно отъ плодовмѣстилища.

Graefe указываетъ на діагностическія трудности при кровотеченіи въ полость плоднаго мѣшка при внѣматочной беременности.

Клиническая картина остраго многоводія имѣетъ много общаго съ таковой при преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста. Важно, что при многоводіи отсутствуютъ всѣ признаки

анэмін. Далѣе, матка не бываетъ деревянной плотности, и рѣзко бросается въ глаза чрезмѣрно ясная флюктуація.

De Lee упоминаетъ еще разрывъ внутрибрюшного гнойника и перекручиваніе кисты, заболѣванія, которыя еще могутъ при случаѣ дать поводъ къ діагностической ошибкѣ; Zweifel указываетъ еще на Perityphlitis in graviditate и перекручиваніе трубъ съ гангреной ихъ.

Изъ сказаннаго ясно, что распознаваніе выраженныхъ случаевъ преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста не представляетъ трудностей, но что бываютъ случаи, въ которыхъ діагнозъ удается поставить лишь съ большимъ трудомъ. Случаи чисто внутренняго кровотеченія представляютъ наибольшія діагностическія трудности, въ то время какъ появленіе наружнаго кровотеченія облегчаетъ распознаваніе.

Съ этимъ послѣднимъ мнѣніемъ Schröder'a согласны всѣ авторы. По этому поводу Freudenberg замѣчаетъ, что при такихъ смѣшанныхъ кровотеченіяхъ менѣе внимательный врачъ можетъ общія явленія малокровія приписать видимому кровотеченію, онъ будетъ при мало открытомъ зѣвѣ тампонировать и этимъ совершитъ самую грубую ошибку, какая мыслима при данномъ положеніи вещей. Въ этомъ кроется опасность наружнаго кровотеченія.

Большое діагностическое значеніе Brunton придаетъ рѣзкому напряженію плоднаго пузыря, въ такое время, когда онъ въ нормальныхъ условіяхъ мягокъ и податливъ.

Крайне важно обслѣдовать форму матки. Я уже говорилъ, что она бываетъ шарообразна, или вытянута въ длину. Scanzoni обращаетъ вниманіе на растяженіе ея передней стѣнки, Hennig на увеличеніе ея въ передне-заднемъ размѣрѣ. Freudenberg считаетъ, что особеннаго вниманія заслуживаетъ высота матки; это тѣмъ болѣе важно, что чѣмъ выше лежитъ кровоизліяніе, тѣмъ скорѣе оно остается чисто внутреннимъ.

Я себѣ позволю упомянуть еще о гемоглобинометріи, предложенной Devraigne'омъ для діагностики ретроплацентарныхъ кровоизліяній.

Въ одномъ случаѣ, гдѣ діагнозъ колебался между многоводіемъ съ живымъ ребенкомъ и ретроплацентарной гематомой съ мертвымъ плодомъ, имъ была испытана гемоглобинометрія по Gowers'y. Оказалось, что содержаніе гемоглобина равнялось лишь 65%, изъ чего Devraigne заключилъ, что имѣетъ дѣло съ случаемъ чисто внутренняго кровотеченія, съ ретроплацентарной гематомой. Женщина разрѣшилась произвольно мертвымъ недоношеннымъ плодомъ. Съ послѣдомъ вышло 270 грм. жидкой крови и 630 грм. сгустковъ.

Devraigne не видитъ въ гемоглобинометріи универсальнаго средства, съ помощью котораго можно всегда распознать внутреннее кровотеченіе, все же онъ думаетъ, что въ случаяхъ, гдѣ отсутствуютъ тѣ или другіе важные діагностическіе признаки и діагнозъ колеблется, гемоглобинометрія можетъ дать цѣнныя указанія; это относится какъ къ ретроплацентарнымъ кровотеченіямъ, такъ и къ внутреннимъ кровотеченіямъ при внѣматочной беременности.

Того же мнѣнія придерживаются Landon и Frank.

Въ заключеніе упомяну, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста было распознано лишь по окончаніи родового акта или по механизму выхожденія его или же на основаніи изслѣдованія его. Изъ предыдущей главы мы знаемъ, что выхожденіе послѣда спустя нѣкоторое время послѣ рожденія ребенка вовсе не исключаетъ діагноза преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста. Гораздо важнѣе измѣненія, находимыя на послѣдѣ.

Патологической анатоміей дѣтскаго мѣста мы займемся ниже, здѣсь же скажемъ, что обычно на материнской поверхности его сидятъ сгустки, большей или меньшей давности, причемъ они или покрываютъ всю его поверхность, или же, что чаще, лишь ограниченный участокъ. Важно отмѣтить, что въ большинствѣ случаевъ сгустки сдавливаютъ этотъ участокъ послѣда, располо-

тался какъ бы въ тарелкообразномъ углубленіи. Müller обращаетъ вниманіе на то, что при преждевременномъ отдѣленіи нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста сгустки тѣсно связаны съ тканью послѣда и какъ бы переплетаются съ ней.

О расположеніи послѣда въ маткѣ можно получить представленіе, изслѣдуя послѣ родовъ мѣсто разрыва оболочекъ. Если разрывъ находится далеко отъ края послѣда (10 стм. и больше), то можно заключить, что послѣдъ сидѣлъ въ днѣ матки или по крайней мѣрѣ высоко въ поломъ мускулѣ. При разрывѣ, идущемъ по краю послѣда, можно предположить, что нижній край послѣда находился недалеко надъ внутреннимъ зѣвомъ.

Бывшее въ родахъ предлежаніе послѣда опредѣлить не трудно по поврежденію предлежавшихъ долекъ, находящихся поблизости разрыва оболочекъ, и по кровянымъ сгусткамъ, расположеннымъ на этихъ травматизированныхъ дольках (Müller).

При разрывѣ краевого синуса нетрудно найти по периферіи послѣда сгустки и прослѣдить ихъ до разрыва краевого сосуда и дальше въ просвѣтъ послѣдняго. Ahlfeld впрыснулъ молоко въ синусъ на противоположной разрыву периферіи послѣда и видѣлъ, какъ молоко вытекало исключительно изъ зіяющаго разрыва синуса. При послѣднемъ заболѣваніи сгустки располагаются лишь отчасти въ сторону послѣда, большею частью же въ сторону оболочекъ.

Патологическая анатомія.

Топографія.

Топографическія отношенія кровоизліянія къ послѣду и къ маткѣ мы можемъ изучить какъ по описаніямъ, имѣющимся въ литературѣ, такъ особенно по классическимъ изображеніямъ распиловъ труповъ женщинъ, умершихъ неразрѣшившимися.

Къ первымъ принадлежитъ, напримѣръ, описаніе A. C. Baudelocque'омъ кесарскаго сѣченія, произведеннаго Delafor-

terie: „онъ вскрылъ дно маткой, излилась изъ нея черную свернувшуюся кровь количествомъ по крайней мѣрѣ въ 3 „chopines“ (сосудъ въ полъ литра жидкости), благодаря чему образовалась большая полость между послѣдомъ и маткой; онъ ввелъ руку въ эту полость и опредѣлилъ, что края послѣда по всей периферіи его остались въ тѣсной связи съ маткой“.

Подобныхъ описаній въ литературѣ имѣется нѣсколько, напримѣръ Cazeaux (1815).

Гораздо важнѣе распилы замороженныхъ труповъ. Въ 1889 г. Winter имѣлъ возможность произвести таковой на трупѣ умершей въ началѣ родовъ, при явленіяхъ внутренняго кровотеченія, женщины.

Мы не будемъ воспроизводить классическаго изображенія, скажемъ лишь нѣсколько словъ.

Послѣдъ занимаетъ заднюю стѣнку матки и сильно выпячентъ въ полость ея, главнымъ образомъ въ области прикрѣпленія къ нему пуповины. Большая часть послѣда отдѣлена отъ стѣнки матки кровоизліяніемъ; по верхней периферіи онъ отслоенъ почти до оболочекъ, въ то время какъ внизу онъ на небольшомъ протяженіи прилегаетъ къ стѣнкѣ матки. Маточная поверхность послѣда, благодаря крови расположенной на ней, представляется неровной.

Съ цѣлью изученія ретроплацентарной гематомы Winter сдѣлалъ нѣсколько распиловъ, параллельныхъ первому и горизонтальныхъ. На этихъ распилахъ видно, что кровоизліяніе имѣется не только на маточной поверхности послѣда, но что изъ гематомы отходитъ широкая вѣтвь ея, проникающая въ самую ткань послѣда и почти доходящая до плодовой поверхности дѣтскаго мѣста.

Наконецъ, на одномъ мѣстѣ видно кровоизліяніе между оболочками и стѣнкой матки.

Другое классическое описаніе распила матки умершей въ родахъ женщины мы находимъ въ извѣстномъ трудѣ Pinard et Varnier „Etudes d'anatomie obstétricale normale et pathologique“.

Женщина, беременная на 8-омъ мѣсяцѣ, поступила совершенно обезкровленная въ Maternité de l'hôpital Beaujon. Не успѣли разорвать пузыря и затампонировать влагалища, какъ роженица скончалась.

Внѣшній видъ замороженной матки особенностей не представляетъ. Матка распилена по средней линіи.

На распилѣ мы видимъ, что плодъ, прижатый къ передней стѣнкѣ матки, занимаетъ лишь немногимъ больше половины полости матки, остальное пространство занято (конечно за исключеніемъ нижняго сегмента) отслоившимся послѣдомъ и огромнымъ ретроплацентарнымъ кровоизліяніемъ. Послѣдъ, расположенный на задней стѣнкѣ матки, отдѣленъ отъ нея на всемъ протяженіи. Какъ верхній такъ и нижній край послѣда продолжаются въ оболочки, которыя въ свою очередь отслоены отъ матки.

Огромный кровяной сгустокъ, на которомъ расположенъ послѣдъ, не кончается у краевъ послѣдняго, а продолжается дальше между оболочками и стѣнкой матки, особенно внизу, гдѣ онъ простирается до цервикальнаго канала, отслаивая оболочки, проходя мимо мѣста разрыва пузыря и располагаясь ниже между нижнимъ сегментомъ и головкой. Это есть путь, по которому слѣдовала кровь, изливаясь наружу до разрыва плоднаго пузыря. Въ полости плоднаго яйца крови нѣтъ. Между кровоизліяніемъ и задней стѣнкой матки, при помощи лупы можно различить оставшуюся на маткѣ часть слизистой ея оболочки. Кровотеченіе, значитъ, произошло на уровнѣ de la ligne de clivage interutéro-placentaire.

Seitz тоже описалъ вынутый изъ трупа цѣликомъ половой аппаратъ.

Послѣдъ сидѣлъ большею частью на задней стѣнкѣ, кверху достигая дна, вправо доходя до края матки. Въ толщѣ послѣда видны кровоизліянія. У лѣваго края послѣда расположено большое кровоизліяніе, которое подрыло и подняло край послѣда на значительномъ протяженіи и распространилось на передней поверхности матки въ предѣлахъ оболочекъ, отслаивая ихъ отъ матки.

На послѣднемъ (VI) Международномъ Съѣздѣ Акушеровъ Zweifel демонстрировалъ препараты матокъ, удаленныхъ имъ въ родахъ путемъ брюшной полной экстирпаціи.

На первой таблицѣ хорошо видно ретроплацентарное кровоизліяніе, отслоившее и выпятившее послѣдъ въ полость матки, и распространившееся между оболочками и стѣнкой матки до нижняго сегмента.

На второй таблицѣ мы видимъ заднюю поверхность матки, серозный покровъ которой на нѣсколькихъ мѣстахъ надорванъ.

Наконецъ, третья таблица изображаетъ разрѣзъ матки, въ которой плодъ оставленъ in situ. Полная отслойка послѣда выражена чрезвычайно рельефно.

Послѣдъ.

Послѣдъ при преждевременномъ отдѣленіи нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста представляетъ обыкновенно вполнѣ типичныя особенности. Поверхность его, прилегавшая къ стѣнкѣ матки, покрыта сгустками разной величины, темными, иногда черными. Смотря по давности своего происхожденія сгустки или только сидятъ на малоизмѣненной послѣдовой ткани, или же они расположены въ чрезвычайно характерныхъ тарелко-или гнѣздообразныхъ углубленіяхъ (en cupule). Углубленія эти соотвѣтствуютъ участкамъ плацентарной ткани, подвергшимся давленію съ двухъ сторонъ, со стороны гематомы и со стороны околоплодныхъ водъ; они повторяютъ собою форму кровоизліянія, которое въ нихъ располагалось. Ткань послѣда, соотвѣтственно давленію, гораздо тоньше, чѣмъ на остальномъ протяженіи послѣда. Такъ, въ то время, какъ нормально толщина послѣда около 3-хъ сантиметровъ, здѣсь, т. е. въ углубленіи она можетъ равняться лишь одному или даже $^1/_2$ сантиметра. Цвѣтъ этой сдавленной ткани обычно блѣдный, желтоватый, что легко объясняется относительной безкровностью ткани. Вокругъ этой измѣненной поверхности послѣда иногда имѣется полоса ткани нормальной толщины, но рѣзко полнокровной (Landon).

Въ окружающую ткань углубленіе или переходитъ постепенно или же отграничивается отъ нея высокимъ рѣзко выраженнымъ краемъ (les bords sont à pic). Сгустки вынимаются изъ вдавленія довольно легко, но болѣе старые изъ нихъ сидятъ настолько плотно на послѣдѣ, что приходится ихъ отдирать.

Въ такихъ углубленіяхъ можетъ находиться до 1200, даже 1500 грм. свернувшейся крови. Эти тарелкообразныя вдавленія могутъ занимать только одну—двѣ дольки послѣда, или же простираются на большую часть дѣтскаго мѣста, до краевъ его. Въ единичныхъ случаяхъ можно наблюдать, какъ кровь, вышедшая за край послѣда, располагается въ видѣ сгустковъ въ карманообразномъ углубленіи въ оболочкахъ. Поверхность оболочекъ, соприкасающаяся съ кровоизліяніемъ, не ровна, морщиниста (Landon).

Наконецъ, въ случаяхъ, въ которыхъ послѣдъ является совершенно отдѣленнымъ, онъ часто имѣетъ видъ тонкой пластинки, плотной, обезкровленной, несущей на себѣ огромный, плотно сидящій сгустокъ.

Иногда по удаленіи сгустковъ, обнаруживается другая картина, подробно описанная Hans Meyer'омъ въ его третьемъ случаѣ: на маточной поверхности мы видимъ рядъ глубокихъ ямъ разной величины, но на плодовой поверхности соотвѣтственно имъ выпячиваній не наблюдается. Края этихъ ямъ сильно подрыты, они образовались на счетъ послѣдовой ткани, подъ вліяніемъ давленія кровоизліяній, находившихся въ этихъ полостяхъ.

Въ самой толщѣ послѣда часто замѣчаются геморрагическія гнѣзда, большей или меньшей давности, особенно у женщинъ, страдающихъ альбуминуріей. Если кровоизліяніе очень давнее, то оно плотно, желтоватаго или бѣлесоватаго цвѣта, слоисто, при чемъ обезцвѣчиваніе идетъ отъ центра къ периферіи. Болѣе свѣжія кровоизліянія, конечно, отличаются меньшей плотностью; цвѣтъ ихъ темно-красный; границы менѣе рѣзко очерчены.

Иногда удается прослѣдить, что первоначально кровотеченіе началось въ самой толщѣ послѣда, между дольками его, и что

кровь лишь впослѣдствіи проложила себѣ путь къ поверхности послѣда, а кровоизліяніе превратилось въ ретроплацентарное, отслоившее дѣтское мѣсто. Такъ было въ случаѣ Kamann'a. Плацентарная ткань вся разрыта кровью, отпадающая оболочка отчасти отслоена, краевой синусъ надорванъ. Въ основѣ процесса лежатъ геморрагическіе инфаркты межворсистыхъ пространствъ, т. е. разстройства циркуляціи въ нихъ съ образованіемъ тромбовъ, а не воспалительныя явленія въ decidua basalis, не эндометритъ.

Интересенъ послѣдъ v. Wörz'a: въ центральной части его, онъ покрытъ большими сгустками, края же не измѣнены; на разрѣзѣ ясно видно, какъ кровь какъ-бы зарылась въ ткань послѣда (sich hineinwühlte).

Schickele, какъ и другіе авторы, видитъ въ углубленіяхъ на поверхности послѣда послѣдствіе давленія, подъ которымъ изливалась кровь (Kompressionserscheinungen). Но еще болѣе свидѣтельствуютъ о давленіи крови тѣ разможженія и разрушенія плацентарной ткани, о которыхъ говоритъ Veit (grossartige Zertrümmerung und Unterwühlung der materneu Placentarfläche). На основаніи подобныхъ измѣненій Schickele думаетъ, что кровотеченіе въ такихъ случаяхъ артеріальное и, можетъ быть, произошло вслѣдствіе нарушенія цѣлости артеріальныхъ капилляровъ.

Hartmann, на ряду съ большими сдавливающими послѣдъ гематомами, описываетъ множественныя мельчайшія кровоизліянія, которыя встрѣчаются, по его мнѣнію, очень часто (изъ 500 послѣдовъ въ 30-ти). По Seitz'y, такія маленькія кровоизліянія, которыя далеко еще не производятъ отслойки послѣда, но, будучи въ множествѣ, рѣзко вліяютъ на дыхательную и питательную функцію послѣда, часто встрѣчаются при нефритѣ. На частое ихъ появленіе у почечныхъ больныхъ впервые указалъ Blot еще въ 1849 году. Существуя продолжительное время, они организуются и превращаются въ узлы, похожіе на инфаркты. Происходятъ они, по всей вѣроятности, вслѣдствіе рѣзко повы-

шеннаго артеріальнаго давленія, характернаго для нефрита (Seitz).

Ahlfeld въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ которыхъ послѣдъ рождался одновременно съ плодомъ, наблюдалъ обильное отложеніе въ плацентарной ткани известковыхъ конкрементовъ.

Особеннаго вниманія заслуживаютъ такъ называемые бѣлые инфаркты, столь часто встрѣчаемые въ послѣдахъ женщинъ, страдающихъ нефритомъ. Въ настоящей работѣ мы не можемъ останавливаться на анатоміи инфарктовъ. На частоту ихъ въ послѣдахъ, преждевременно отдѣленныхъ, мы уже указали въ главѣ объ этіологіи. Тамъ же мы изложили значеніе ихъ для жизни плода, а также коснулись вкратцѣ ихъ анатомической сущности.

Разрывъ оболочекъ обычно находится на разстояніи не менѣе 8—10 сантиметровъ отъ края послѣда, что является доказательствомъ того, что послѣдъ былъ расположенъ правильно, т. е. не былъ ни предлежащимъ, ни низкоприкрѣпленнымъ. Но нужно оговориться, что разрывъ плодныхъ оболочекъ не обязательно долженъ произойти на нижнемъ полюсѣ плоднаго яйца, т. е. въ области зѣва, а можетъ случиться и выше. Интересно, что описаны случаи, въ которыхъ оболочки разрывались подъ вліяніемъ давленія на нихъ излившейся крови, послѣ чего кровь проникала въ полость плоднаго яйца (Schuhl, Anderson, Gottschalk).

Обратимся теперь къ микроскопическимъ измѣненіямъ, находимымъ въ послѣдѣ и, въ особенности, въ отпадающей оболочкѣ (placenta materna).

Veit (1889) впервые въ двухъ случаяхъ нашелъ воспалительныя измѣненія въ слизистой оболочкѣ.

Hans Meyer (1891) описалъ измѣненія въ „Trennungsschicht“ отпадающей, которыя могутъ вполнѣ объяснить преждевременное отдѣленіе. Клѣтки находящейся на послѣдѣ отпадающей красятся плохо, мутны; контуры ихъ отличаются нелсностью, между ними въ щелевидныхъ пространствахъ лежатъ бѣлыя кро-

вяныя тѣльца, частью одиночныя, частью кучками. Meyer видитъ въ этихъ измѣненіяхъ то, что называется Endometritis decidualis. Baker кратко сообщаетъ о перерожденіи плацентарной ткани и микроскопически установленныхъ старыхъ кровоизліяніяхъ.

Крайне важное значеніе имѣютъ изслѣдованія v. Weiss'a. Онъ изслѣдовалъ послѣды и матки отъ 8-ми случаевъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста и раздѣлилъ свой матеріалъ на двѣ группы, соотвѣтственно патолого-анатомическимъ особенностямъ ихъ.

Въ случаяхъ первой группы онъ нашелъ тяжелыя измѣненія эндометрія съ мелкоклѣточной инфильтраціей, при чемъ степень инфильтраціи была параллельна тяжести случая. Клѣтки deciduae измѣнены, вздуты, или некротизированы; ихъ взаимная связь нарушена, клѣтки часто сморщены, очень слабо или совсѣмъ не окрашены и разъединены большими кровоизліяніями. Измѣненія касались всегда слизистой оболочки и лишь отчасти затрагивали поверхностные пласты мышечнаго слоя матки.

О случаяхъ второй группы я буду говорить при обсужденіи патологической анатоміи матки.

Для полноты изложенія считаю нужнымъ вкратцѣ дать обзоръ случаевъ v. Weiss'a:

1) Decidua serotina сильно развита; клѣточный слой ея состоитъ изъ красивыхъ большихъ децидуальныхъ клѣтокъ съ хорошо окрашенными ядрами; на границѣ съ межворсистыми пространствами (часто тромбозированными) ясный эндотеліальный покровъ.

Губчатый слой (stratum spongiosum) представляетъ широкопетлистую, наполненную кровью сѣть сдавленныхъ желтовато-бурыхъ или же сохранившихъ свою форму, но потерявшихъ связь между собою децидуальныхъ клѣтокъ. Въ обоихъ слояхъ, особенно же въ губчатомъ, замѣчаются гнѣздныя скопленія лейкоцитовъ.

Decidua reflexa мало измѣнена; въ покрывающей же ее

decidua vera отмѣчается инфильтрація и кровоизліянія. Вся масса ворсинокъ даетъ нормальную картину.

2) Decidua (serotina, vera et reflexa) густо пропитана многоядерными лейкоцитами. Въ истинной и завороченной оболочкѣ уплощенныя большія клѣтки отличаются неясностью своихъ очертаній; мелкоклѣточная инфильтрація въ reflexa небольшая, въ покрывающей ее vera крайне густа. Тонкая serotina сплошь инфильтрирована; на наиболѣе пораженныхъ участкахъ она разрыхлена; контуры клѣтокъ расплывчаты, изрѣдка замѣтны ядра и тѣневидныя клѣточныя тѣла, лежащія въ зернистой или гіалиновой основѣ. Мѣстами же клѣтки особенно велики и красивы съ хорошо окрашенными ядрами, мѣстами имѣются кровоизліянія. Placenta foetalis большею частью имѣетъ нормальное строеніе, сосуды ворсинокъ не утолщены, проходимы или наполнены кровью.

3) Отпадающая, находящаяся въ связи съ маткой, на многихъ мѣстахъ обнаруживаетъ мелко-клѣточную инфильтрацію, также какъ и поверхностные пласты мышечнаго слоя матки. Placenta foetalis нормальна. Поразительно много эпителіальныхъ ростковъ на ворсинкахъ (Epithelknospen). Сосуды нѣкоторыхъ ворсинокъ утолщены на счетъ adventitia. Децидуальный покровъ послѣда большею частью тонокъ, часто обнаруживаетъ неясную окрашиваемость, особенно децидуальныхъ клѣтокъ. Послѣднія сливаются съ промежуточнымъ веществомъ и окрашены вмѣстѣ съ нимъ въ диффузный сѣробурый цвѣтъ (гематоксилинъ).

4) Decidua, выстилающая матку, густо и равномѣрно пронизана клѣтками, мѣстами содержитъ кровоизліянія. Мѣстами эта мелко-клѣточная инфильтрація проникаетъ и въ поверхностные слои мускулатуры. Периферическіе участки децидуальнаго покрова послѣда, также какъ и decidua subchorialis равномѣрно и густо пронизаны клѣточными элементами (высокая степень эксудативнаго эндометрита).

5) Въ послѣдѣ множество бѣлыхъ инфарктовъ, апоплексій, сгустковъ различной давности. Отпадающая сильно утолщена, значительно измѣнена. Клѣтки большею частью сплющены или сморщены, ядро неясно отдѣляется отъ остального клѣточнаго тѣла. Клѣтки разъединены частью кровью, частью же ярко окрашенными лейкоцитами, лежащими разсѣянно, или группами, или полосами. Въ окружности железъ обильная кругло-клѣточная инфильтрація; также какъ и въ мышечномъ слоѣ, въ соединительной ткани ея.

„Randreflexa“ утолщена, неокрашена (Placenta marginata). Decidua serotina содержитъ большія, вздутыя, продолговатыя клѣтки, напоминающія картофельныя зерна; мѣстами видны старые сгустки, кровоизліянія, распавшіяся клѣтки, детритъ.

Въ этихъ пяти наблюденіяхъ, на ряду съ дегенеративными измѣненіями почечной паренхимы, мы видимъ эксудативное воспаленіе deciduae и дегенеративные процессы въ ней, т. е. децидуальный эндометритъ, въ которомъ принимаютъ участіе и верхніе слои маточной мускулатуры.

Въ раннихъ стадіяхъ беременности инфильтрація отпадающей оболочки лейкоцитами должна считаться явленіемъ нормальнымъ, часто наблюдаемымъ на абортивныхъ яйцахъ, но въ концѣ беременности обильная инфильтрація ея многоядерными лейкоцитами всегда указываетъ на воспалительный процессъ. Эти патологическія измѣненія deciduae вполнѣ могутъ объяснить наступающія самопроизвольно или же подъ вліяніемъ какой-либо случайной причины обширныя отслойки дѣтскаго мѣста.

По v. Weiss'y, заболѣванія почекъ ведутъ во время беременности или даже до нея къ нарушенію питанія эндометрія которое въ концѣ концовъ, благодаря разрыхленію и дегенеративнымъ измѣненіямъ отпадающей, ведетъ къ отслойкѣ послѣда.

Evertz въ своей диссертаціи (Leiden 1897) описалъ найденный имъ на двухъ послѣдахъ децидуальный эндометритъ, въ которомъ онъ и видитъ причину отдѣленія дѣтскаго мѣста. По его мнѣнію такой эндометритъ можетъ развиться и вслѣдствіе инфекціи sub coitu.

Уже давно проф. К. Ф. Славянскій нашелъ у больныхъ холерой острое воспаленіе слизистой оболочки матки въ видѣ геморрагическаго эндометрита, ведущаго къ полному разрушенію и отслойкѣ ея.

У беременныхъ онъ нашелъ въ отпадающей безчисленное множество круглыхъ клѣтокъ и разрушеніе deciduae экстравазатами—картина остраго кровоточиваго эндометрита. Кровоизліянія, раздражая подобно инороднымъ тѣламъ внутреннюю поверхность матки, ведутъ къ сокращеніямъ ея, вслѣдствіе чего беременность прекращается.

Смерть плодовъ проф. К. Ф. Славянскій объясняетъ тяжелымъ пораженіемъ placentae foetalis: эпителій ворсинокъ рѣзко измѣненъ, такъ что мѣстами вмѣсто него имѣется лишь мелкозернистая масса. Понятно, что такія измѣненія могутъ вести къ разстройству дыханія и къ гибели плода.

Геморрагическое воспаленіе слизистой оболочки матки нашелъ и В. Н. Массенъ при разнаго рода остро-заразныхъ болѣзняхъ.

Большое значеніе имѣетъ работа И. Ф. Масловскаго, подвергшаго послѣдъ подробному изслѣдованію. На дѣтскомъ мѣстѣ сидитъ темный сгустокъ, располагаясь въ углубленіи, дно котораго выстлано слоемъ запоздалой отпадающей оболочки. Послѣдняя оказалась инфильтрированной одноядерными круглыми клѣтками и многоядерными лейкоцитами. Децидуальныя клѣтки лишены рѣзкихъ границъ; какъ ядра такъ и протоплазма ихъ окрашены слабо. Въ этой инфильтрированной оболочкѣ наблюдаются единичные болѣе или менѣе старые экстравазаты. Сосуды не измѣнены и содержатъ хорошо сохранившіеся красные кровяные шарики. Ворсинки тѣсно прилегаютъ другъ къ другу и лишены эпителія, сосуды ихъ переполнены кровью; клѣтки стромы безъ измѣненій; въ самой стромѣ инфильтрація нѣтъ.

На препаратѣ, взятомъ изъ края послѣда, видно, что decidua basalis, образующая стѣнку плацентарнаго синуса, сильно инфильтрирована кругло-клѣточными элементами; кое-гдѣ видны набухшія эндотеліальныя клѣтки. Децидуальныя клѣтки окрашены слабо и

лишены рѣзкихъ границъ. Въ decidua capsularis инфильтрація выражена слабѣе; клѣтки ея окрашены хорошо. Chorion и amnion измѣненій не представляютъ.

На всѣхъ препаратахъ отпадающей, въ протоплазмѣ какъ круглыхъ, такъ и децидуальныхъ клѣтокъ замѣтны довольно большія образованія круглой, угловатой и 8-ми-угольной формы, хорошо красящіяся гематоксилиномъ и анилиномъ. Природу этихъ тѣлецъ трудно опредѣлить; Масловскій склоненъ ихъ считать хроматиномъ изъ распавшихся ядеръ.

Нѣсколько препаратовъ И. Ф. Масловскій изслѣдовалъ на микроорганизмы. Стрептококковъ не найдено. Окраска по Wertheim'y и Bumm'y результатовъ не дала, зато хорошо удался методъ Touton. Въ decidua basalis гонококковъ не найдено; въ decidua vera же въ протоплазмѣ круглыхъ клѣтокъ обнаружены микрококки, которые слѣдуетъ признать за гонококки.

Итакъ, И. Ф. Масловскій съ несомнѣнностью установилъ въ своемъ случаѣ endometritis decidualis interstitialis gonorrhoica. По его мнѣнію, отдѣленіе послѣда можетъ быть легко объяснено эндометритомъ. Инфильтрація нарушила связь между децидуальными клѣтками: прилеганіе послѣда къ маткѣ стало болѣе рыхлымъ, что дало предрасположеніе къ отслойкѣ. Послѣдняя могла произойти вслѣдствіе кровотеченія, столь обычнаго явленія при интерстиціальномъ эндометритѣ. Внѣшней причиной же могло послужить случайное сотрясеніе или короткость пуповины.

Изслѣдованіе И. Ф. Масловскаго доказало, что гонорройный эндометритъ у беременныхъ и безъ заболѣванія почекъ и т. д. можетъ повести къ преждевременному отдѣленію нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста.

Seitz имѣлъ возможность изслѣдовать препараты матки, полученной изъ трупа умершей неразрѣшившись женщины. Измѣненія, найденныя имъ въ маточной стѣнкѣ, мы разсмотримъ ниже, здѣсь же остановимся на измѣненіяхъ отпадающей оболочки. Послѣднимъ Seitz придаетъ первенствующее значеніе.

Decidua vera и reflexa наряду съ регрессивными измѣненіями обнаруживаютъ и легкія воспалительныя явленія.

Въ serotina бросается въ глаза сильная мелко-клѣточная инфильтрація (лимфоциты, многоядерные лейкоциты). Мѣстами послѣдняя настолько обильна, что трудно даже найти децидуальныя клѣтки.

Такого рода инфильтрація въ поздніе мѣсяцы беременности не можетъ быть явленіемъ нормальнымъ, особенно же присутствіе многоядерныхъ лейкоцитовъ говоритъ въ пользу патологическаго состоянія. Фибринозная полоса Nitabuch теряетъ свои рѣзкія границы и дѣлается ненормально широкой (глубокое нарушеніе питанія). Ворсинки во многихъ мѣстахъ какъ бы ущемлены въ гомогенной массѣ и стали тоньше; межворсистыя пространства отличаются узостью, часто даже совершенно отсутствуютъ, и выполнены фибриномъ; эпителій ворсинокъ разрушенъ, сосудовъ не видно; строма содержитъ одно—и многоядерные лейкоциты и клѣточный распадъ. Seitz подчеркиваетъ нахожденіе имъ мелко-клѣточной инфильтраціи стромы ворсинокъ (которая отнюдь не специфична для сифилиса, какъ то увѣряетъ Fränkel). Въ здоровыхъ участкахъ послѣда, граничащихъ съ измѣненными, Seitz нашелъ чрезвычайно сильное наполненіе капилляровъ (коллатеральная гиперэмія) и особенное обиліе молодыхъ отпрысковъ ворсинокъ (Zottenknospen).

Serotina особенно рѣзко измѣнена на мѣстахъ, соотвѣтствующихъ инфарктамъ послѣда. Измѣненія въ отпадающей оболочкѣ Seitz ставитъ въ зависимость отъ нефрита (повышенное кровяное давленіе, измѣненіе сосудистыхъ стѣнокъ, нарушеніе тканевого питанія, тромбозы).

Въ сосудахъ ворсинокъ Seitz видѣлъ утолщеніе intimae и mediae (фиброзная гипертрофія Franqué) съ концентрическимъ съуженіемъ и даже совершеннымъ закрытіемъ просвѣта сосудовъ. Микроорганизмы нигдѣ не найдены.

Въ своемъ второмъ случаѣ Seitz нашелъ измѣненія децидуальныхъ клѣтокъ (регрессивные процессы), гіалиновое перерожденіе, кое-гдѣ мелкія свѣжія кровоизліянія, полное отсутствіе обширныхъ тромбозовъ, также какъ и мелкоклѣточной инфильтраціи.

Въ противоположность Meyer'y, v. Weiss'y, Масловскому и отчасти Seitz'y, Gottschalk (1897) нашелъ въ placenta materna не воспалительныя, а регрессивныя измѣненія. Децидуальныя клѣтки едва узнаваемы, большею частью въ нихъ не удается различить ни ядеръ, ни контуровъ ихъ, онѣ едва воспринимаютъ краску и находятся въ состояніи, которое Gottschalk называетъ „fibrilläre Umwandlung“. Вездѣ замѣтенъ быстро прогрессирующій некробіозъ; встрѣчаются участки совершенно некротической placenta materna. Нигдѣ нѣтъ и намековъ на воспалительную инфильтрацію. Далѣе характерны закупорки артерій, впадающихъ въ межворсистыя пространства, болѣе или менѣе старыми сгустками. Такіе же свертки встрѣчаются, хотя и въ меньшемъ количествѣ, въ отводящихъ венахъ. Образованіе сгустковъ есть послѣдствіе умиранія сосудистой стѣнки, которая въ свою очередь зависитъ отъ недостаточности питанія deciduae basalis.

При такихъ условіяхъ любая случайная причина, въ особенности натяженіе пуповины, можетъ отслоить послѣдъ въ области демаркаціоннаго слоя; появляющееся немедленно кровотеченіе завершаетъ отдѣленіе.

Biancardi тоже представилъ свои изслѣдованія. Наиболѣе важныя и постоянныя измѣненія онъ находитъ въ отпадающей оболочкѣ: геморрагическіе очаги въ различныхъ степеняхъ регрессивнаго развитія, отложеніе фибрина, эктазія и закупорка сосудовъ, болѣе или менѣе выраженная инфильтрація лейкоцитами, утолщеніе отпадающей и перерожденіе ея элементовъ, начиная съ простого набуханія и вакуолизаціи протоплазмы и кончая перерожденіемъ ядра и полнаго его распада.

Очень цѣнныя наблюденія мы находимъ въ работѣ Schickele. Въ четырехъ послѣдахъ онъ нашелъ рѣзко выраженное пораженіе deciduae: общій некрозъ клѣтокъ ея на большомъ протяженіи одновременно съ отложеніемъ фибрина, который обхваты-

ваетъ всю ткань и превращаетъ ее вмѣстѣ съ сосѣдними ворсинками и свернувшейся въ межворсистыхъ пространствахъ кровью въ плотную лишенную функціи пластинку (Schwarte). Сосуды отпадающей оболочки погибли; отъ нихъ не осталось ничего или почти ничего. Никакихъ слѣдовъ воспалительныхъ явленій нѣтъ.

Въ этихъ четырехъ случаяхъ (I, II, V, VI) на первый планъ выступаютъ разстройства питанія отпадающей, въ то время какъ въ остальныхъ четырехъ (III, IV, VII, VIII) доминирующую роль играютъ кровоизліянія. Общимъ для обѣихъ категорій случаевъ является то, что въ ближайшихъ къ decidua бухтахъ межворсистыхъ пространствъ имѣется обширный застой крови, который вѣроятно и есть первичное явленіе всего болѣзненнаго процесса.

Рѣшеніе вопроса, что является первичнымъ, нелегко.

v. Weiss первичныя явленія видитъ въ эндометритѣ и міометритѣ, въ связи съ существующимъ нефритомъ. Seitz также указываетъ на эндометритъ, зависящій отъ остраго нефрита. Въ случаяхъ Schickele, напротивъ, мы не видимъ никакихъ воспалительныхъ процессовъ. Онъ обращаетъ вниманіе на то, что матка и въ особенности плацентарное мѣсто бѣдны сосудами, и думаетъ, что именно это обстоятельство объясняетъ недостаточность питанія отпадающей оболочки и медленный некрозъ ея. Въ этомъ смыслѣ можно, значитъ, говорить о первичномъ заболѣваніи сосудовъ. У больныхъ нефритомъ измѣненія сосудовъ и наступленіе кровотеченій въ отпадающей вполнѣ понятны.

Этимъ разстройствомъ кровообращенія въ межворсистыхъ пространствахъ, прилегающихъ къ decidua, Schickele придаетъ большое значеніе. Здѣсь образуются, и даже въ нормальныхъ случаяхъ, тромбы, которые ограничиваютъ притокъ и оттокъ крови, благодаря чему можетъ появиться некрозъ отпадающей. На основаніи изученія своихъ препаратовъ Schickele склоненъ думать, что гибель отпадающей именно объясняется подобнымъ тромбозомъ и послѣдующимъ отложеніемъ фибрина въ межворсистыхъ пространствахъ и въ отпадающей оболочкѣ.

Schaeffer, изслѣдуя преждевременно отдѣленные послѣды,

находилъ явленія застоя въ межворсистыхъ пространствахъ и въ decidua, а также ворсинки хоріона въ венахъ, на одномъ препаратѣ даже въ круговомъ синусѣ. Эта находка, по его мнѣнію, подтверждаетъ теорію Veit-Scholten'a, подробно нами изложенную въ главѣ объ этіологіи.

Измѣненія въ отпадающей оболочкѣ видѣлъ и Gaston: децидуальныя клѣтки разъединены фибринозной межуточной массой, ядра плохо окрашены, въ сосудахъ тромбы.

Въ случаѣ Калмыкова отмѣчены небольшіе инфаркты, сильная гиперэмія ворсинъ хоріона, распаденіе ткани въ области инфарктовъ, въ центральной ихъ части, и слабая окрашиваемость ядеръ въ окружности.

Наконецъ, въ диссертаціи Meinardus'a (Berlin, 1912) мы находимъ описаніе гистологическихъ измѣненій двухъ послѣдовъ, преждевременно отдѣлившихся. Въ первомъ послѣдѣ (больная страдала почкой беременныхъ) многочисленныя ворсинки были совершенно некротичны. Въ другихъ мѣстахъ наблюдалось сильное разрощеніе синцитіальныхъ клѣтокъ. Сосуды этихъ ворсинокъ отчасти облитерированы. Мѣстами ворсинки лежатъ среди гіалиновыхъ массъ; въ остаткахъ отпадающей преобладаютъ явленія некроза и распада ядеръ. Въ большихъ ворсинкахъ замѣтно разрощеніе соединительной ткани. Въ послѣдѣ второго случая (больная страдала хроническимъ нефритомъ) измѣненія носили такой же характеръ, но были менѣе рѣзко выражены.

Матка и ея придатки.

Анатомическихъ изслѣдованій матки при преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста въ литературѣ имѣется еще меньше, чѣмъ изслѣдованій послѣда.

Въ 1857 году Desmond на вскрытіи женщины умершей отъ ретроплацентарнаго кровоизліянія, доказалъ присутствіе экхимозовъ въ маткѣ.

Такіе же субсерозные экхимозы видѣлъ Ribemont-Dessaigne во время кесарскаго сѣченія. Pulvirenti также при

производствѣ кесарскаго сѣченія видѣлъ точечные инфаркты и многочисленныя субсерозныя кровоизліянія.

Густо сидящіе экхимозы на серозномъ покровѣ задней стѣнки матки видѣлъ и v. Weiss. Въ случаѣ Fieux подобныя кровоизліянія распространялись на широкія связки.

Въ хорошо описанномъ наблюденіи Bar et de Kervilly имѣется инфильтрація маточной стѣнки кровью.

Въ новѣйшее время Couvelaire, удаливший матку съ придатками по Porro по случаю тяжелаго внутренняго кровотеченія нашелъ ее инфильтрированной кровью. На поверхности матки замѣчаются черныя пятна, соотвѣтствующія подбрюшиннымъ кровоизліяніямъ. Широкія связки пропитаны кровью, на трубахъ экхимозы. Поверхность яичниковъ покрыта точечными кровоизліяніями. На разрѣзѣ маточной стѣнки видно, что въ мышечномъ ея слоѣ расположены кровоизліянія, особенно въ центрѣ міометрія. Строеніе сосудовъ нормально. Разрѣзъ маточной стѣнки на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда обнаруживаетъ слѣдующее: міометрій пропитанъ кровоизліяніями; отдѣльные мышечные пучки какъ-бы разсѣяны среди кровяныхъ участковъ; отпадающая оболочка почти неузнаваема, и занята большими скопленіями крови, особенно выполняющими расширенные просвѣты железъ. Couvelaire называетъ описанныя имъ измѣненія apoplexie utéro-placentaire.

Наконецъ, Berggren (изъ клиники Essen—Möller'a) даетъ краткое описаніе измѣненій маточной стѣнки: мышечные пучки разъединены отекомъ и большими кровоизліяніями. Въ нѣкоторыхъ кровеносныхъ сосудахъ наблюдается въ изобиліи многоядерные лейкоциты, строеніе сосудистыхъ стѣнокъ вполнѣ нормально. Нигдѣ нѣтъ и слѣдовъ воспалительныхъ измѣненій. Ткань послѣда нормальна.

Интересно, что въ крайне рѣдкихъ случаяхъ, при чрезмѣрномъ растяженіи матки внутреннимъ кровоизліяніемъ, серозный покровъ и даже мускулатура ея не выдерживаютъ и даютъ разрывы.

Подобные разрывы представляютъ самую рѣдкую форму разрывовъ матки. Brennecke, Spiegelberg дали имъ названіе Ruptura uteri incompleta externa, Sänger же Fissura uteri peritonealis. Этіологія и механизмъ ихъ происхожденія отчасти и по сіе время не вполнѣ выяснены. По Sänger'у ихъ легче всего можно было бы объяснить перерастяженіемъ матки, въ доказательство чего онъ приводитъ случай Simpson'a (вспрыскиваніе воды въ матку съ цѣлью плодоизгнанія), случай Lever'a (многоводіе) и R. v. Braun'a (tympania uteri).

Knauer описалъ три крайне интересныхъ наблюденія, которыя я считаю нужнымъ привести вкратцѣ:

1) Преждевременное отдѣленіе послѣда у 37-лѣтней многородящей на восьмомъ мѣсяцѣ беременности. Крайнее напряженіе матки. Accouchement forcé. Смерть черезъ часъ послѣ родовъ. Вскрытіе обнаружило присутствіе свободной крови въ брюшной полости. На заднелѣвой стѣнкѣ матки многочисленные разрывы, длиною отъ нѣсколькихъ миллиметровъ до нѣсколькихъ стм. Изъ нихъ самый большой имѣя длину въ $5^1/_2$ стм. и зіяя на 12 млм., проникалъ въ мускулатуру матки; всѣ остальные разрывы касались лишь брюшины.

2) Преждевременное отдѣленіе послѣда на 7-мъ мѣсяцѣ беременности у 35-ти лѣтней многородящей, страдающей нефритомъ. Крайнее напряженіе матки. Поворотъ и извлеченіе. Смерть. Вскрытіе обнаружило слѣдующее:

На маткѣ подъ ея серознымъ покровомъ, въ особенности близъ мѣста отхожденія придатковъ, обширные черные кровоподтеки. На задней поверхности матки брюшина на многихъ мѣстахъ разорвана (длина разрывовъ отъ 1—2 млм. до 2-хъ стм.). Въ глубинѣ зіяющихъ разрывовъ видна кровоподтечная мускулатура матки. Діагнозъ: Morbus Brightii chronicus cum atrophia renum subsequente. Hepatitis haemorrhagica. Infarctus haemorrhagicus uteri.

3) Преждевременное отдѣленіе послѣда на 9-омъ мѣ-

сяцѣ беременности у 39-ти лѣтней многородящей, страдающей подъострымъ нефритомъ. Матка туго напряжена. Метрейризъ, поворотъ на ножку и извлеченіе. Смерть черезъ часъ послѣ родовъ. На задней поверхности матки отмѣчаются два параллельно идущихъ, зіяющихъ на $^1/_2$ стм. разрыва, длиною въ 5 и $4^1/_2$ стм. Подлежащая мускулатура не кровоточитъ. На передней поверхности матки, внизу, серозный покровъ и мускулатура съ кровоподтеками.

Только въ первомъ случаѣ смертельный исходъ стоялъ въ прямой зависимости отъ разрывовъ, давшихъ сильное кровотеченіе въ брюшную полость. Уже то обстоятельство, что подобные разрывы были наблюдаемы при преждевременномъ отдѣленіи послѣда повторно, заставляетъ подозрѣвать причинную связь; и вѣрнѣе всего предположить, что въ происхожденіи этихъ fissurae uteri peritoneales виновато внезапное сильное растяженіе матки. Такое предположеніе Knauer'a вполнѣ соотвѣтствуетъ взгляду Sänger'a.

Во всѣхъ трехъ приведенныхъ случаяхъ разрывы располагались на тѣлѣ матки, т.-е. тамъ, гдѣ серозный покровъ плотно прилегаетъ къ маткѣ. Разрывы только брюшины не діагностицируются, клиническаго значенія не имѣютъ и являются случайной находкой на вскрытіи. Если же кромѣ брюшины разрывается и мускулатура, неминуемо слѣдуетъ внутреннее кровотеченіе. Knauer совѣтуетъ имѣть въ виду возможность подобныхъ кровотеченій въ тѣхъ случаяхъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, въ которыхъ степень малокровія не соотвѣтствуетъ общей кровопотерѣ.

Еще раньше, въ 1898-омъ году, Kouwer видѣлъ такіе же разрывы при производствѣ кесарскаго сѣченія у 44-хъ лѣтней многородящей: на маткѣ нѣсколько продольныхъ трещинъ длиною въ 4—8 стм., проникающихъ черезъ всю толщу брюшинного покрова. Kouwer ихъ зашилъ. Больная умерла спустя $11^1/_2$ часовъ послѣ операціи. Kouwer также ставитъ разрывы въ зависимость отъ чрезмѣрнаго растяженія матки.

Devraigne (1906) въ своей диссертаціи описалъ случай отдѣленія послѣда у 38-ми лѣтней многородящей, страдавшей альбуминуріей. Матка была крайне напряжена. Роженица сама замѣтила, какъ матка увеличивалась въ объемѣ. Послѣ ручного расширенія зѣва роды были закончены наложеніемъ щипцовъ. Родильница погибла отъ атоническаго кровотеченія. На вскрытіи найденъ на задней стѣнкѣ матки у дна ея неполный разрывъ. Devraigne объясняютъ его перерастяженіемъ.

Случай Le Lorier (1906) касается тоже многородящей съ крайне ригиднымъ зѣвомъ. Кровотеченіе было чисто внутреннимъ. Изъ жизненныхъ показаній произведено классическое кесарское сѣченіе, причемъ на наружной поверхности матки обнаружены экхимозы и небольшой разрывъ серознаго покрова. Родильница выздоровѣла.

Davies Colley на вскрытіи больной, умершей отъ внутренняго кровотеченія, тоже нашелъ неполный разрывъ стѣнки матки въ области дна и 400 грм. крови въ брюшной полости.

Надрывы маточной брюшины отмѣчаетъ и Кипарскій въ двухъ своихъ случаяхъ:

1) Внутреннее кровотеченіе у 30-ти лѣтней многородящей. Сильное напряженіе стѣнокъ матки. Поворотъ; извлеченіе съ перфораціей послѣдующей головки. Смерть во время операціи. Вскрытіе обнаружило на верхне-задней поверхности матки 2 поверхностныхъ разрыва серозной оболочки.

2) Преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста у 35-ти лѣтней многородящей, страдавшей хроническимъ нефритомъ. Accouchement forcé; смерть. Вскрытіе обнаружило въ брюшной полости кровь; на маткѣ оказалось нѣсколько разрывовъ серозной оболочки, при чемъ два изъ нихъ проникали въ мускулатуру.

Zweifel на маткѣ, удаленной въ родахъ по Doyen'у, нашелъ нѣсколько трещинъ серознаго покрова (см. превосходное изображеніе въ Monatsschrift für Geb. Bd. XXXVI. Festnummer).

Наконецъ, Л. Л. Окинчицъ даетъ очень интересную исторію родовъ:

Многородящая, страдающая хроническимъ нефритомъ, внезапно впадаетъ въ безсознательное состояніе. Матка напряжена, упруга. Родовой дѣятельности нѣтъ. Наружнаго кровотеченія нѣтъ. На ногахъ и половыхъ частяхъ четковидныя расширенія венъ. Установлено присутствіе свободной жидкости (крови) въ брюшной полости. При чревосѣченіи въ брюшной полости найдена свободная кровь, но въ такомъ количествѣ, которое не могло дать картины тяжелаго остраго малокровія. Матка туго-упругой плотности. Въ области широкихъ связокъ и вдоль боковыхъ реберъ матки найдены рѣзко выраженные четковидные узлы; въ области лѣваго угла матки надъ однимъ изъ такихъ узловъ цѣлость брюшины была нарушена, и изъ узла сочилась кровь. На передней поверхности матки въ области дна было нѣсколько трещинъ брюшиннаго ея покрова, одна изъ нихъ длиною около 2-хъ стм. Эти трещины тоже умѣренно кровоточили.

Окинчицъ произвелъ кесарское сѣченіе по Polano и ампутировалъ матку надвлагалищно. Больная выздоровѣла.

Этимъ исчерпывается рядъ сообщеній о fissura uteri peritonealis при преждевременномъ отдѣленіи послѣда. Интересно отмѣтить, что всѣ случаи касались многородящихъ.

Н. С. Каннегисеръ въ случаѣ выпаденія послѣда удалилъ матку по поводу атоніи ея; изслѣдованіе обнаружило слѣдующее: матка рѣзко утолщена; въ толщѣ ея нѣсколько фиброидовъ; рѣзкое фиброзное перерожденіе стѣнокъ матки, главнымъ образомъ въ части, ближайшей къ брюшинѣ; эндоартеріитъ.

Большое значеніе имѣютъ изслѣдованія матокъ, произведенныя v. Weiss'омъ.

Въ то время какъ въ первой группѣ своихъ случаевъ v. Weiss находилъ тяжелыя измѣненія въ отпадающей оболочкѣ (см. выше), случаи второй группы отличаются сравнительно незначительнымъ пораженіемъ deciduae, но зато колоссальной инфильтраціей мускулатуры матки круглоклѣточными элементами.

Приведу вкратцѣ данныя микроскопическаго изслѣдованія.

Случай 7-й:

Сильно развитая интерстиціальная соединительная ткань сильно инфильтрирована многочисленными круглыми клѣтками, главнымъ образомъ многоядерными лейкоцитами. Послѣдніе или лежатъ кучками, располагаются вокругъ мелкихъ сосудовъ или между мышечными пучками, или же встрѣчаются отдѣльно. Эта инфильтрація замѣчается во всѣхъ слояхъ мускулатуры, наиболѣе же сильно она выражена въ среднемъ и внутреннемъ. Въ отдѣльныхъ венахъ замѣчаются свѣжіе тромбы, между децидуальными клѣтками многочисленные многоядерные лейкоциты, одиночные или собранные въ группы.

Въ запоздалой оболочкѣ, стоящей въ связи съ послѣдомъ, инфильтрація лейкоцитами выражена очень слабо.

Случай 8-ой:

И тутъ найдена сильнѣйшая инфильтрація всѣхъ слоевъ мускулатуры матки круглоклѣточными элементами. Послѣдніе располагались особенно въ соединительно-тканныхъ прослойкахъ между мышечными пучками и въ окружности сосудовъ. Соединительно-тканные пласты значительно развиты и богаты веретенообразными клѣтками. Стѣнки сосудовъ отклоненій отъ нормы не представляютъ. Клѣточная инфильтрація особенно сильно развита въ слояхъ, прилегающихъ къ отпадающей. На мѣстахъ самой густой инфильтраціи въ самыхъ мышечныхъ клѣткахъ замѣчается зернистое помутнѣніе. Кромѣ того встрѣчаются свѣжія полосовидныя кровоизліянія. По мѣрѣ приближенія къ наружной поверхности матки, къ серозному покрову ея, сила инфильтраціи уменьшается. Placenta foetalis безъ измѣненій; въ decidua serotina единичные лейкоциты.

Эти два наблюденія v. Weiss'а интересны тѣмъ, что въ

нихъ измѣненія отпадающей оболочки отступаютъ на задній планъ передъ тяжелымъ пораженіемъ міометрія. Наряду съ признаками давнихъ воспалительныхъ процессовъ мы видимъ свѣжій слабо выраженный эндометритъ и тяжелый міометритъ. Поиски микроорганизмовъ остались безрезультатными.

Вліянію настоящаго міометрита на беременность до v. Weiss'a не придавали значенія и воспалительныя измѣненія маточной стѣнки въ учебникахъ акушерства упоминались вскользь.

Эти пораженія мускулатуры матки вполнѣ объясняютъ тяжелую атонію, наблюдавшуюся въ обоихъ случаяхъ. Атонія матки въ одномъ случаѣ повела къ смерти родильницы, въ другомъ лишь операція Porro могла спасти жизнь больной.

Seitz, въ первомъ изъ своихъ случаевъ, подробно изслѣдовалъ матку и послѣдъ. Тяжелыя измѣненія deciduae, найденныя имъ, изложены нами выше. Здѣсь коснемся изслѣдованія міометрія:

Измѣненія мышечнаго слоя матки мѣстами очень незначительны (гиперэмія, слабая мелкоклѣточная инфильтрація безъ измѣненій самыхъ мышечныхъ клѣтокъ). Въ другихъ мѣстахъ наблюдается болѣе сильное пропитываніе клѣточными элементами экстравазаты крови, закупорка сосудовъ. На мѣстахъ, соотвѣтствующихъ гематомѣ и тяжелымъ пораженіямъ послѣда, мы видимъ глубокія измѣненія, которыя повели къ запустѣванію сосудовъ и къ дегенеративнымъ процессамъ въ мышцѣ и въ соединительной ткани.

Почки.

Съ тѣхъ поръ какъ Winter указалъ на связь между преждевременнымъ отдѣленіемъ нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста и заболѣваніями почекъ, вниманіе изслѣдователей было обращено на эти органы. Но въ то время, какъ клинически нефритъ или почка беременныхъ установлены въ большомъ числѣ случаевъ, анатомическихъ изслѣдованій почекъ при отслойкѣ послѣда имѣется очень мало.

v. Weiss нашелъ въ почкахъ тяжелыя явленія перерожде-

нія. Въ его третьемъ случаѣ микроскопическое изслѣдованіе дало слѣдующую картину:

Эпителій канальцевъ лабиринта набухшій, часто зернисто-мутный, иногда лишенъ ядеръ; встрѣчаются участки сильной гиперэміи, въ нѣкоторыхъ изъ нихъ кровоизліянія въ полость канальцевъ или по близости ихъ. Въ нѣкоторыхъ канальцахъ имѣются желтыя глыбки пигмента; эпителіальныя клѣтки съ отложеніемъ кровянаго пигмента. Другими словами найдены явные признаки остраго воспаленія.

Въ случаѣ 4-мъ изслѣдованіе обнаружило ясно выраженную паренхиматозную дегенерацію: набуханіе эпителія извитыхъ канальцевъ, мѣстами распадъ его, отдѣленіе зернистыхъ массъ въ просвѣтъ расширенныхъ мочевыхъ канальцевъ. Клубочки и интерстиціальная ткань были найдены безъ измѣненій.

Въ случаѣ 5-омъ найдена картина остраго воспаленія съ перерожденіемъ эпителія: сильное набуханіе и зернистое помутнѣніе эпителія извитыхъ канальцевъ, исчезаніе ядеръ и распадъ клѣтокъ; въ межуточной ткани единичные лейкоциты, рѣдко скопленія ихъ. Въ клубочкахъ замѣтны мелкозернистыя массы, въ Бауановыхъ капсулахъ слущенный эпителій.

Bar тоже подвергъ подробному изслѣдованію почки своей больной и доказалъ существованіе хроническаго паренхиматознаго нефрита.

Почки увеличены, бѣловаты; нѣтъ ни инфарктовъ, ни кистъ, ни кровоизліяній. Капсула снимается легко. Мальпигіевы пирамиды и капсулы нормальны. Жирового перерожденія нѣтъ. Просвѣтъ многихъ извитыхъ канальцевъ расширенъ; объемистыя клѣтки безъ рѣзкихъ контуровъ; протоплазма зерниста, съ вакуолями или же равномѣрна мутна. Наряду съ клѣтками, имѣющими хорошо окрашенныя ядра, видны клѣтки, ядра которыхъ окрашены очень слабо или совсѣмъ не окрашены. Въ просвѣтѣ канальцевъ видны фибринозныя массы; кое-гдѣ замѣтны гіалиновые цилиндры, особенно въ петляхъ Henle.

Печень.

Печень женщинъ, погибшихъ отъ преждевременнаго отдѣленія послѣда, была изслѣдована лишь въ нѣсколькихъ случаяхъ.

v. Weiss нашелъ ткань печени рыхлой; протоплазма отдѣльныхъ печеночныхъ клѣтокъ набухшая, слегка мутна; центральныя клѣтки пигментированы. Между клѣтками, а также въ междольковой ткани, разсѣянно и кучками лежатъ многоядерныя клѣтки.

Изслѣдованіе печени въ случаѣ 5-мъ v. Weiss'a обнаружило слѣдующее:

Клѣтки большія, набухшія; связь ихъ разрыхлена, „балки" нарушены, вся ткань пронизана лейкоцитами, но безъ образованія скопленій въ междольковой соединительной ткани.

Пораженіе печени заключалось, какъ мы видимъ, въ измѣненіяхъ печеночныхъ клѣтокъ и въ инфильтраціи какъ паренхимы такъ и межуточной ткани лейкоцитами.

Наиболѣе обстоятельное изслѣдованіе представилъ Bar:

Объемъ печени больше нормы; вѣсъ 1470 грм. Цвѣтъ желтоватый, съ обиліемъ сѣроватыхъ пятенъ величиною въ милиметръ. Глиссонова капсула нормальна. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило тяжелое пораженіе печеночныхъ клѣтокъ въ центрѣ долекъ. Балки нарушены; клѣтки атрофичны; протоплазма разжижена; ядра, не сдерживаемыя протоплазмой, готовы выйти изъ клѣтокъ; больныя клѣтки окрашены слабо и рѣзко отличаются отъ хорошо окрашенныхъ клѣтокъ периферическихъ участковъ дольки.

Кровь, протекающая по вѣтвямъ воротной вены и въ капиллярахъ долекъ отличается большимъ содержаніемъ лейкоцитовъ (полинуклеары, лимфоциты); рѣдко встрѣчаются эозинофилы; міэлоциты отсутствуютъ.

Bar придаетъ большое значеніе найденнымъ имъ измѣненіямъ печени, и говоритъ: „въ виду частоты внутриплацентарныхъ кровоизліяній и отслоекъ послѣда у женщинъ, страдающихъ эклампсіей, было бы интересно прослѣдить, часто ли подобныя

измѣненія печени встрѣчаются у женщинъ, погибающихъ отъ ретроплацентарныхъ кровотеченій безъ эклампсіи. Если изслѣдованія дадутъ положительный результатъ, кровотеченія эти (hémorrhagies placentaires où sousplacentaires) не будутъ больше являться связанными съ существованіемъ нефрита, а будутъ представлять симптомъ, присущій состоянію, которое мы называемъ эклампсизмомъ.

Hartmann подобныхъ измѣненій въ печени не наблюдалъ; въ нѣсколькихъ случаяхъ онъ находилъ жировое перерожденіе и одинъ разъ мелкія кровоизліянія, безъ некроза клѣтокъ и безъ тромбоза сосудовъ. На основаніи такихъ измѣненій онъ склоненъ видѣть въ основѣ страданія отравленіе.

Селезенка.

Селезенку изслѣдовалъ одинъ только Bar.

Въ его случаѣ микроскопическій видъ органа былъ нормаленъ. На срѣзахъ видно, что Мальпигіевы тѣльца гораздо менѣе ясно очерчены, чѣмъ въ нормѣ. Круглыя клѣтки инфильтрируютъ паренхиму органа.

Патолого-анатомическій матеріалъ, коимъ мы располагаемъ заключается въ протоколахъ вскрытій мертвыхъ тѣлъ и рядѣ собственныхъ гистологическихъ изслѣдованій органовъ.

Въ нижеслѣдующемъ я приведу изъ протоколовъ все, что заслуживаетъ вниманія.

Р. З. LII.

Общее малокровіе органовъ. На маткѣ субсерозные экстравазаты. Почки безъ измѣненій. Разрывъ шейки, проникающій въ толщу широкой связки. Плацентарное мѣсто въ днѣ матки и на передней ея стѣнкѣ.

Р. З. LXVIII..

Общее малокровіе органовъ. Общее ожиреніе. Жировое перерожденіе сердца и печени. Гиперплазія селезенки. Хронической паренхиматозный нефритъ. Матка неправильной формы: правый уголъ ея выше лѣваго. Плацентарное мѣсто на задней стѣнкѣ матки у дна.

Об. Б. 3.

Значительное малокровіе органовъ. Жировое перерожденіе сердца. Паренхиматозное перерожденіе почекъ и печени. Матка безъ особенностей.

Об. Б. 7.

Общее малокровіе органовъ. Жировое перерожденіе сердца. Кровоизліянія подъ эндокардіемъ лѣваго желудочка. Жировое перерожденіе почекъ. Разрывъ шейки матки. Матка безъ особенностей.

Об. Б. 9.

Общее малокровіе органовъ. Гипертрофія сердца. Кровоизліянія подъ эндокардіемъ лѣваго желудочка. Склерозъ брюшной аорты. Жировая инфильтрація печени. Интерстиціальный нефритъ правой почки. Викарная гипертрофія лѣвой почки. Подсывороточное кровоизліяніе на маткѣ. Разрывъ шейки матки.

Об. Б. 13.

Незначительная гипертрофія сердца. Кровоизліянія подъ эндокардіемъ лѣваго желудочка. Острая гиперплазія и гипертрофія селезенки. Жировое перерожденіе печени. Рубцы послѣ піэлонефрита. Множественныя кровоизліянія въ обѣихъ почечныхъ лоханкахъ. Разрывъ шейки матки.

Об. Б. 16.

Гипертрофія и жировое перерожденіе сердца. Кровоизліянія подъ эндокардіемъ лѣваго желудочка. Анэмія селезенки. Паренхиматозное и жировое перерожденіе печени. Разлитой хроническій интерстиціальный нефритъ. Кровоизліяніе въ клѣтчатку вокругъ мочевого пузыря и въ забрюшинную клѣтчатку области восходящей ободочной кишки.

Об. Б. 18.

Гипертрофія лѣваго желудочка. Начинающійся склерозъ аорты. Множественныя кровоизліянія подъ капсулой печени и въ паренхимѣ ея. Большія кровоизліянія въ обоихъ надпочечникахъ. Кровоизліяніе величиною въ горошину въ

бѣломъ веществѣ большого мозга. Подбрюшинныя и подплевральныя кровоизліянія. Острая гиперплазія и гиперемія селезенки. Плацентарное мѣсто въ днѣ матки. Септическій эндометритъ. Септикэмія.

Микроскопически мною изслѣдованы три послѣда, матка, печень и почки случая 18-го матеріала Об. Б.

Методика изготовленія препаратовъ была слѣдующая: препараты фиксированы въ формалинѣ, проведены черезъ спирты (70%—95%—100%), просвѣтлены въ ксилолѣ, задѣланы въ парафинъ; срѣзы сдѣланы на микротомѣ фирмы Рейхерта (толщиной въ 4 микрона).

Окраска гематоксилинъ-эозиномъ и по Van-Gieson'у.

1) Р. З. LXIV.

Дѣтское мѣсто почти круглой формы, очень блѣдное. Вѣсъ его 200 грм., размѣры 15×16.

На плодовой поверхности его, въ области прикрѣпленія пуповины отмѣчается небольшое скопленіе крови подъ водной оболочкой. Материнская поверхность рѣзко дольчата, мѣстами блѣдная, перерожденная, покрыта нѣжными остатками deciduae. По краю дѣтскаго мѣста видно кровоизліяніе, захватывающее $^2/_3$ окружности его. Прилегающія къ этой периферіи дольки покрыты экстравазатами. На отстальныхъ дольках помѣщаются лишь кое-гдѣ мелкіе сгустки.

Описаніе препарата:

Со стороны маточной поверхности препарата видны пространства, наполненныя красными кровяными шариками. Децидуальныя клѣтки въ формѣ сплошныхъ скопленій окружаютъ скопленія красныхъ кровяныхъ шариковъ, мѣстами раздвинуты послѣдними.

Мѣстами видны кровоизліянія между отпадающей оболочкой и placenta foetalis. Около скопленій децидуальныхъ клѣтокъ замѣчаются гомогенныя гіалинизированныя массы (фибринъ).

Ядра нѣкоторыхъ децидуальныхъ клѣтокъ не красятся, протоплазма вакуолизована. Ворсинки безъ измѣненій.

2) Послѣдъ П. А. (клиника проф. Д. Д. Попова).

Дѣтское мѣсто круглой формы; вѣсъ—360 гр.; размѣры: 20×17. Маточная поверхность неровная, дольчатая; центръ послѣда выступаетъ надъ остальнымъ уровнемъ, образуя какъ-бы отдѣльное дѣтское мѣсто. Нѣсколько отступя отъ центра, на маточной поверхности сидитъ плотный, черный, продолговатой формы сгустокъ крови, величиною съ полкулака, доходящій до края послѣда и здѣсь значительно сдавившій послѣдъ. Въ предѣлахъ оболочекъ, отступая стм. на 2 отъ края дѣтскаго мѣста сидитъ круглой формы добавочный послѣдъ, величиною въ серебряный рубль. На плодовой поверхности послѣда видны нѣсколько бѣлыхъ инфарктовъ.

Описаніе препарата:

На маточной поверхности препарата, въ поверхностныхъ слояхъ остатковъ отпадающей оболочки видны сплошныя скопленія красныхъ кровяныхъ шариковъ, распространяющіяся мѣстами между близлежащими децидуальными клѣтками; послѣднія раздвинуты, протоплазма ихъ сморщена, вакуолизована, также какъ и ядра. Послѣднія мѣстами не красятся. Въ частяхъ децидуальной ткани, вдающейся между ворсинками,—фокусы отложенія извести. Какъ около остатковъ децидуальной ткани, такъ и среди ворсинокъ видны гомогенныя, въ розовый (эозиномъ) цвѣтъ окрашенныя массы.

Ворсинки мѣстами раздвинуты, между ними скопленія красныхъ кровяныхъ шариковъ, мѣстами же лежатъ тѣсно, безъ промежутковъ. Сосуды ихъ переполнены кровью.

3) Об. Б. 18.

Дѣтское мѣсто круглой формы, плоское, губчатаго строенія, типа marginata. Размѣры: 18×19. Цвѣтъ ткани его блѣдно-грязный. На маточной поверхности опредѣляются нѣсколько несвѣжихъ, слабосидящихъ сгустковъ. Вдавленій

нѣтъ. Одинъ участокъ (діаметръ 4 поперечныхъ пальца) желто-грязно-бураго цвѣта, въ состояніи разложенія. Decidua повсемѣстно утолщена. Оболочки дряблыя, въ рукахъ расползается, грязнаго цвѣта. Пуповина толстая, длинная (60 стм.), съ рѣзко выраженными признаками разложенія.

Описаніе препарата:

Въ толщѣ децидуальной ткани видны большія пространства, выполненныя зернисто-распавшимися красными кровяными шариками съ рѣдкими между ними тонкими волокнами фибрина. Въ нѣкоторыхъ сосудахъ видны хорошо сохранившіеся красные кровяные шарики, въ другихъ гомогенныя диффузно-красящіяся массы (тромбы). Ядра, какъ децидуальныхъ клѣтокъ такъ и ворсинокъ, не красятся (вѣроятно вслѣдствіе мацераціи).

Мы имѣли возможность изслѣдовать микроскопически нѣкоторые органы, относящіеся къ этому же случаю (Об. Б. 18.), а именно матку, печень и почки.

Матка:

Во внутреннихъ слояхъ маточной стѣнки видны рѣзко расширенные, переполненные кровью сосуды (мелкія вены). Ткань разрѣжена, съ многочисленными разсѣянными, мелкими диффузно красящимися ядрами (вѣроятно мелкоклѣточная инфильтрація). Сосуды и мышечныя клѣтки не измѣнены.

Печень:

Въ нѣкоторыхъ изъ сосудовъ, преимущественно мелкихъ, видны тромбы. Клѣтки набухли, мѣстами границы ихъ неясны, мѣстами встрѣчаются въ довольно большомъ количествѣ фокусы полнаго отсутствія клѣтокъ, на мѣстѣ которыхъ видны пространства, заполненныя красными кровяными шариками. Ядра нѣкоторыхъ изъ клѣтокъ не окрашены.

Почка:

Эпителій витыхъ канальцевъ мѣстами нѣсколько набухшій, мѣстами распадается. Ядра большею частью окра-

шены. Эпителій прямыхъ канальцевъ съ подобными же измѣненіями. Клубочки нѣсколько увеличены, сосуды безъ видимыхъ измѣненій. Мѣстами видны гіалиновые цилиндры. Развитія межуточной ткани не замѣчается.

Въ виду малочисленности нашихъ патолого-анатомическихъ изслѣдованій, не можетъ быть рѣчи о какихъ-либо выводахъ. Все же представляется интереснымъ, что вопреки нашимъ ожиданіямъ, изслѣдованіе послѣдовъ не дало никакихъ болѣе или менѣе яркихъ измѣненій. Тутъ нѣтъ ни воспалительныхъ явленій, ни явленій некробіоза. Во всѣхъ случаяхъ мы находимъ кровоизліянія въ отпадающей оболочкѣ, нѣкоторыя измѣненія децидуальныхъ клѣтокъ, отложеніе фибрина. Въ послѣднемъ случаѣ на первый планъ выступаютъ явленія мацераціи. Чего-либо выясняющаго этіологію заболѣванія, мы не находимъ.

Въ маткѣ наблюденія Об. Б. 18 есть намекъ на воспалительный процессъ, въ почкахъ найдены чисто паренхиматозныя измѣненія.

Большой интересъ представило изслѣдованіе печени: въ ней найдены, какъ макроскопически такъ и микроскопически, измѣненія, похожія на таковыя при эклампсіи.

Можетъ быть въ этихъ измѣненіяхъ можно усмотрѣть ту связь преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста съ эклампсіей, о которой повѣствуетъ Baг, который видитъ въ этой болѣзни одно изъ выраженій „эклампсизма“.

На основаніи изученія литературы и собственнаго матеріала, мы можемъ прійти къ заключенію, что анатомическія измѣненія въ послѣдѣ и въ маткѣ встрѣчаются далеко не во всѣхъ случаяхъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ они имѣются, измѣненія крайне разнообразны.

Часто макроскопическій видъ дѣтскаго мѣста является вполнѣ характернымъ (тарелкообразныя углубленія, плотносидящіе сгустки). Во многихъ случаяхъ отмѣчается обиліе бѣлыхъ инфарктовъ и кровоизліяній въ толщѣ плацентарной ткани.

Наиболѣе рѣзко выраженныя измѣненія найдены въ отпадающей оболочкѣ: а именно или явленія чисто воспалительныя, или некрозъ (некробіозъ) ея или же обширныя геморрагіи.

Въ самой маткѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ тоже обнаружены воспалительныя явленія, въ другихъ обширныя кровоизліянія.

Особенное значеніе имѣютъ разрывы маточной брюшины, происхожденіе которыхъ чисто механическое.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ анатомически доказаны острыя или хроническія измѣненія почечной паренхимы.

Въ печени женщинъ, погибшихъ отъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, могутъ быть найдены измѣненія, свойственныя эклампсіи.

Предсказаніе.

Предсказаніе при преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста серьезно какъ для матери, такъ въ особенности для плода.

Въ большинствѣ случаевъ плодъ погибаетъ; и причиной его смерти является асфиксія.

Что плодъ не истекаетъ кровью, и погибаетъ не отъ кровотеченія, доказалъ Schultze на слѣдующемъ опытѣ. Онъ бралъ свѣжій нормальный послѣдъ и подъ давленіемъ впрыскивалъ въ пупочную вену молоко: послѣдъ набухалъ, но нигдѣ на маточной поверхности его молоко не вытекало. Дѣтскіе капилляры совершенно обособлены отъ сосудистыхъ пространствъ, въ которыхъ циркулируетъ материнская кровь. Отслойка послѣда никогда не сопровождается нарушеніемъ цѣлости сосудовъ ребенка.

При преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста ребенокъ не теряетъ ни капли крови и смерть его, также какъ и мнимая смерть новорожденныхъ, отнюдь не зависитъ отъ потери крови.

Изъ сказаннаго явствуетъ, что плодъ гибнетъ отъ прекращенія подвоза питательныхъ веществъ, вѣрнѣе кислорода.

Судьба плода отчасти зависитъ отъ того, будетъ ли кровотеченіе чисто внутреннимъ, или наружнымъ, или смѣшаннымъ. Luig обращаетъ вниманіе на то, что наружное кровотеченіе менѣе угрожаетъ жизни плода, чѣмъ чисто внутреннее. Это вполнѣ понятно, потому-что тѣмъ, что кровь изливается наружу, предотвращается большая отслойка послѣда. Изъ 16 дѣтей у Luig'a лишь 4 родились живыми; изъ нихъ три относились къ случаямъ съ преимущественно наружнымъ кровотеченіемъ.

Гораздо важнѣе то обстоятельство, на какомъ протяженіи отслаивается послѣдъ. Если отдѣляется лишь небольшой участокъ послѣда, то неотдѣлившаяся часть его можетъ еще нѣкоторое время нести на себѣ дыхательную функцію. При полномъ отдѣленіи плодъ погибаетъ неминуемо. Вопросъ о томъ, долго ли плодъ еще можетъ жить послѣ полнаго прекращенія плацентарнаго кровообращенія, рѣшается различно. Такъ Spiegelberg считаетъ возможнымъ рожденіе живого ребенка еще 10 минутъ послѣ полнаго отдѣленія послѣда; другіе авторы считаютъ этотъ срокъ слишкомъ большимъ.

Относительно смерти плода при частичной отслойкѣ, приведу слѣдующія наблюденія. Въ случаѣ Suter'a при отслойкѣ только $^1/_6$ послѣда ребенокъ умеръ немедленно. Напротивъ, въ случаѣ Odebrecht'a, несмотря на то, что $^2/_5$ послѣда были отдѣлены, ребенокъ жилъ еще цѣлыхъ пять недѣль. Warren отмѣчаетъ, что плодъ жилъ, несмотря на то, что $^1/_4$ послѣда была отслоена.

Luig, изучая послѣды четырехъ живыхъ плодовъ, нашелъ что они были отслоены на сравнительно небольшомъ протяженіи (съ ладонь, съ кулакъ, 6 стм. въ діаметрѣ); и лишь одинъ послѣдъ былъ отдѣленъ наполовину, но интересно, что именно онъ отличался большой величиной (вѣсъ 780 грм.), такъ что и половины его было достаточно для поддержанія дыханія плода.

Я думаю, что большое значеніе имѣетъ быстрота отдѣленія послѣда. Вполнѣ понятно, что при медленномъ и постепенномъ отдѣленіи, плодъ можетъ приспособиться къ недостаточной дыхательной функціи послѣда и удовольствоваться викаріирующей дѣятельностью неотдѣленныхъ отдѣловъ его. При быстрой же отслойкѣ онъ долженъ погибнуть немедленно.

Судьба ребенка зависитъ также и отъ момента, въ который совершается катастрофа. Если отдѣленіе послѣда происходитъ во время беременности, то плодъ почти всегда погибаетъ, при отдѣленіи же послѣда въ періодѣ изгнанія шансы на спасеніе гораздо больше, потому-что родовыя пути уже подготовлены, и есть надежда, что роды въ скоромъ времени кончатся или произвольно, или помощью какого-либо акушерскаго пособія.

Перейдемъ къ цифрамъ.

Изъ 106 случаевъ, собранныхъ Goodell'емъ, лишь въ 6 родились живыя дѣти (смертность 94,4%). На 28 случаевъ M-me Henry приходится 26 мертвыхъ плодовъ. Въ 13-ти случаяхъ, собранныхъ Rousseau-Dumarcet, всѣ 13 дѣтей погибли. У Gaston'a также погибли всѣ 10 плодовъ. У Lehmann'a мы видимъ 30 мертвыхъ плодовъ на 32 родовъ. Luig отмѣчаетъ 12 мертвыхъ плодовъ на 16 родовъ (смертность 75%); Germann 5 мертвыхъ плодовъ на 9 родовъ (55,5%).

Большая статистика Steffens'a даетъ 81,4% смертности для дѣтей. По статистикѣ Brauns'a въ 51 случаѣ родились живыми 6 дѣтей, но изъ нихъ 4 умерло непосредственно послѣ родовъ, такъ что считать слѣдуетъ только 2 дѣтей, не погибшихъ вслѣдствіе катастрофы.

У Aschkanasy на 109 случаевъ приходится 4 живыхъ дѣтей. Döderlein'y изъ 7 случаевъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія лишь въ одномъ удалось извлечь живой плодъ.

Въ 22 случаяхъ Кипарскаго изъ 23-хъ дѣтей погибло 17, т. е. 74%.

По Apelskog-Fahlborg 73,3% дѣтей погибаетъ въ родахъ; если же считать и дѣтей, погибшихъ вскорѣ послѣ родовъ, то смертность достигаетъ 83,3%.

Lobenstine и Harrar опредѣляютъ % дѣтской смерт-

ности въ 77,5. У Drejer'a на 5 случаевъ мы видимъ 100% дѣтской смертности, ту же страшную цифру мы видимъ въ 5-ти случаяхъ Couvelaire'a. По сборной статистикѣ Herzfeld'a (246 плодовъ) дѣтская смертность составляетъ 82,9% (204 плода).

Въ 51-мъ случаѣ изъ Clinique Beaudelocque, собранныхъ Lévy, всѣ дѣти умерли (100%).

Zweifel отмѣчаетъ для своихъ случаевъ дѣтскую смертность въ 81%; считая же только жизнеспособныхъ младенцевъ—90%.

Другими словами „почти всегда дѣти падаютъ жертвой заболѣванія".

На 493 случая нашей сборной статистики приходится 510 дѣтей. Исходъ для ребенка въ 25 случаяхъ не указанъ.

Изъ остальныхъ 485 дѣтей:

Родились мертвыми или умерли вскорѣ послѣ родовъ . . . . . 396—81,6%.

Родились живыми . . . . . 89—18,4%.

На 87 случаевъ нашего матеріала приходится 90 дѣтей.

Изъ нихъ:

Родились мертвыми или умерли вскорѣ послѣ родовъ . . . . . 74—82,2%.

Родилось живыми . . . . . 16—17,7%.

Интересно, что въ случаяхъ, въ которыхъ заболѣваніе началось до начала родовой дѣятельности, всѣ 27 плодовъ погибли (100% смертности).

Въ случаяхъ, гдѣ отдѣленіе послѣда произошло въ періодѣ раскрытія, предсказаніе для плодовъ уже нѣсколько лучше: 42 мертвыхъ и 7 живыхъ дѣтей (85,7% смертности).

Наиболѣе благопріятенъ исходъ для плодовъ въ случаяхъ, въ которыхъ отдѣленіе послѣда случилось въ періодѣ изгнанія: 5 мертвыхъ и 9 живыхъ плодовъ (35,7% смертности).

Что касается предсказанія для матерей, то оно гораздо благопріятнѣе прогноза для дѣтей. Причины смерти при прежде-

временномъ отдѣленіи нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста довольно разнообразны.

Не подлежитъ сомнѣнію, что большую часть смертей слѣдуетъ отнести на счетъ остраго малокровія, вслѣдствіе чрезмѣрно большой кровопотери.

Далѣе извѣстную роль играетъ шокъ отъ перерастяженія матки, могущаго дать даже неполный разрывъ маточной стѣнки. Извѣстное число смертей стоитъ въ связи съ тяжелыми акушерскими вмѣшательствами.

Къ сожалѣнію, съ благополучнымъ окончаніемъ родовъ далеко еще не устранена всякая опасность для родильницы: именно при преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста чрезвычайно часто мы видимъ тяжелую атонію матки послѣ родовъ, борьба съ которой родильницѣ, уже ослабленной предшествовавшими кровопотерями, часто не подъ силу. Иногда такая обезкровленная родильница умираетъ спустя много часовъ послѣ родовъ, не будучи въ состояніи перенести даже небольшого атоническаго кровотеченія.

Просматривая статистики авторовъ, мы видимъ, что смертность матерей прежде была больше, чѣмъ въ послѣднее время. Причина такого пониженія % смертности можетъ быть отчасти отнесена на раціональную терапію, въ основѣ которой лежитъ немедленное родоразрѣшеніе, отчасти же оно только кажущееся и зависитъ отъ болѣе точной діагностики, причемъ болѣе легкіе случаи, раньше ускользавшіе отъ наблюденія, нынѣ входятъ въ статистику.

По статистикѣ Goodell'я изъ 106 матерей погибло 54, изъ нихъ 41 умерла неразрѣшившись (!). Изъ 43 женщинъ, предоставленныхъ самимъ себѣ, погибло 32.

У Brunton'a смерть постигла всѣхъ пятерыхъ матерей; у Braxton—Hicks'a—изъ 23-хъ женщинъ умерло 15. Статистика Coe даетъ на 152 случая 71 смерть.

Болѣе благопріятны исходы случаевъ, собранныхъ Braun's'омъ: изъ 43-хъ женщинъ, участь которыхъ извѣстна, умерло

10 (25%) смертности). Aschkanasy опредѣляетъ смертность матерей въ 16,5%; Steffens въ 27,6%.

M-me Henry отмѣчаетъ на 28 случаевъ 2 смерти, Rousseau-Dumarcet на 13 случаевъ 5 смертей. У Davies'a на 9 случаевъ приходится 3 смертныхъ исхода, у Drejer'a на 5 случаевъ одна смерть, у Мусатова на 3 случая также одна смерть.

Сборная статистика Herzfeld'a (248 матерей) даетъ 29% смертности матерей, матеріалъ Lobenstine и Harrar 17,2%, Limbacher'a (27 случаевъ) только 15%.

Къ сожалѣнію большинствомъ авторовъ причина смерти не указывается, чѣмъ значительно умаляется цѣнность ихъ статистикъ.

За послѣднее время результаты гораздо болѣе отрадные.

Döderlein примѣнилъ въ 7 случаяхъ влагалищное кесарское сѣченіе, не потерявъ ни одной больной. Germann изъ 9-ти матерей, Luig изъ 16-ти не потеряли ни одной; Couvelaire на 5 случаевъ не видѣлъ печальнаго исхода.

Изъ 22 случаевъ матеріала Кипарскаго погибли 2 при явленіяхъ остраго малокровія. Изъ 51 случая, собранныхъ Lévy въ Clinique Beaudelocque, погибли 2 больныхъ, изъ нихъ одна отъ эклампсіи спустя три дня послѣ родовъ. Изъ 31 случая, собранныхъ Apelskog-Fahlborg (Швеція) погибли 3. Zweifel на послѣднемъ Международномъ Съѣздѣ Гинекологовъ опредѣляетъ % смертности матерей все-таки еще въ 22 resp. 32%.

По его мнѣнію все зависитъ отъ того, началось-ли кровотеченіе внезапно или лишь постепенно, было-ли оно съ самаго начала наружнымъ, т. е. легко діагностицируемымъ и была-ли больной своевременно, т. е. до полнаго ея обезкровленія оказана соотвѣтствующая помощь.

Большинство авторовъ отмѣчаетъ, что смертность наибольшая при чисто внутреннихъ кровотеченіяхъ. Такъ по статистикѣ Herzfeld'a 52 случая внутренняго кровотеченія дали 21 смерть

или 40,4%; а изъ 172 случаевъ наружнаго кровотеченія умерли 47, т. е. 27,3%.

Изъ 493 случаевъ нашей сборной статистики исходъ для матери указанъ въ 471-мъ случаѣ. Изъ нихъ умерли въ родахъ или вскорѣ послѣ нихъ 109 больныхъ, что составляетъ 23,1% смертности.

Изъ 86-ти матерей нашего матеріала, исходъ для которыхъ указанъ, умерли 19, что составляетъ % смертности въ 22,1.

Интересно, что смертность матерей наибольшая въ случаяхъ, въ которыхъ отдѣленіе послѣда произошло до начала родовой дѣятельности; нѣсколько меньше она въ случаяхъ, гдѣ заболѣваніе наступило въ первомъ періодѣ родовъ; наименьшая она въ случаяхъ, гдѣ кровотеченіе началось лишь въ періодѣ изгнанія.

Изъ 27-ми случаевъ первой категоріи погибло 7 матерей — 25,9%.

Изъ 47-ми случаевъ второй категоріи погибло 10 матерей — 21,2%.

Изъ 11-ти случаевъ третьей категоріи погибла 1 больная — 9%.

Что касается причины смерти въ нашихъ случаяхъ, то слѣдуетъ указать, что 17 больныхъ погибли отъ остраго малокровія, 1 отъ эклампсіи и 1 отъ сепсиса и остраго малокровія.

Леченіе.

Насколько разнообразна клиническая картина преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста, настолько разнообразны и способы леченія этого заболѣванія.

Вполнѣ понятно, что въ старину леченіе было болѣе консервативнымъ, выжидательнымъ, чѣмъ въ позднѣйшее время. Акушеры наблюдали сильнѣйшія наружныя, еще болѣе грозныя внутреннія кровотеченія и не знали способовъ борьбы съ ними. Съ другой стороны необходимость активнаго вмѣшательства сознава-

лась уже давно. Guillemeau, ученикъ Ambroise Paré, высказывается за accouchement forcé. Впослѣдствіи же методъ этотъ былъ оставленъ, благодаря высокой смертности матерей отъ инфекціи и разрывовъ. Въ 1609-омъ году, Louise Bourgeois, не имѣя, конечно, представленія о происхожденіи кровотеченій, наблюдаемыхъ ею во время беременности и родовъ, пишетъ: „Какъ во время пожара надо открыть двери, чтобы спасти домъ (ainsi que l'on ferait une porte pour sauver une maison du feu), такъ и здѣсь слѣдуетъ разорвать оболочки, окружающія ребенка, и извлечь его за ножки".

Mauriceau въ 1668-омъ году тоже высказывается довольно рѣшительно: „Какой-бы ни былъ срокъ беременности, если женщина теряетъ такъ много крови, что обмороки слѣдуютъ другъ за другомъ, родоразрѣшеніе есть наиболѣе спасительное пособіе, какое можно оказать матери и ребенку, если онъ еще живъ (l'accouchement est le plus salutaire remède, qu'on lui puisse donner)".

При кровотеченіи во время родовъ, Mauriceau совѣтуетъ всегда спѣшить съ разрывомъ плодныхъ оболочекъ, съ цѣлью дать возможность плоду совершать поступательное движеніе.

„Il faut toujours rompre les membranes des eaux de l'enfant le plus tôt qu'on le peut faire, afin de lui donner lieu de s'avancer au passage sans pousser ces membranes qui étant agitées par l'impulsion des douleurs augmenteraient encore la perte de sang en augmentant le détachement de l'arrière-faix où elles tiennent".

Изъ приведенныхъ выдержекъ мы можемъ заключить, что необходимость опорожненія матки съ цѣлью остановки кровотеченія сознавалась уже видными акушерами 17-го столѣтія.

Авторы середины 19-го вѣка во всѣхъ серьезныхъ случаяхъ тоже совѣтуютъ спѣшить съ родоразрѣшеніемъ и лишь въ легкихъ случаяхъ или въ началѣ родовъ допускаютъ леченіе выжидательное.

Такъ, Hohl (1862) въ первомъ періодѣ родовъ предписываетъ покой, горизонтальное положеніе роженицы, укрѣпляющую, но не возбуждающую діэту, совѣтуетъ успокоить ее психически,

дать кислоты и прохладительные напитки и нѣжно растирать матку черезъ брюшные покровы. Онъ думаетъ, что для большинства случаевъ указанныхъ мѣръ будетъ достаточно. Въ дальнѣйшемъ же теченіи родовъ Hohl, какъ и большинство авторовъ, настаиваетъ на возможно скоромъ родоразрѣшеніи.

Hennig (1875) предписываетъ покой, пріемы іресасuanhae и опія, назначаетъ при рвотѣ морфій и клизмы съ хлоралъ-гидратомъ. При вялой маткѣ онъ считаетъ умѣстными холодныя примочки и орошенія дна матки эфиромъ. При быстромъ нарастаніи внутренняго кровотеченія показано немедленное родоразрѣшеніе. Тампонаціи же, по его мнѣнію, вовсе не мѣсто въ такихъ критическихъ случаяхъ.

Оригиналенъ взглядъ Beck'a. Онъ ставитъ способъ леченія въ зависимость отъ того, находится ли женщина въ концѣ беременности, вѣрнѣе жизнеспособенъ-ли ея плодъ или нѣтъ. Въ первомъ случаѣ онъ требуетъ быстраго родоразрѣшенія; во второмъ же случаѣ вопросъ рѣшаетъ состояніе плода. При живомъ плодѣ Beck совѣтуетъ дѣйствовать выжидательно, при мертвомъ же опорожнить матку.

Этотъ взглядъ Beck'a рѣзко расходится съ мнѣніемъ большинства авторовъ, которые съ большимъ единодушіемъ совѣтуютъ, не обращая никакого вниманія на состояніе ребенка который большею частью погибаетъ въ началѣ заболѣванія, спѣшить съ родоразрѣшеніемъ въ интересахъ матери.

Hofmeier строго различаетъ случаи, въ которыхъ отдѣленіе послѣда происходитъ при наличности родовыхъ болей, и случаи, гдѣ дѣло идетъ о беременныхъ безъ малѣйшихъ намековъ на родовую дѣятельность. Лишь при небольшомъ кровотеченіи и нормальной родовой дѣятельности матки Hofmeier разрѣшаетъ дѣйствовать выжидательно, строго наблюдая за состояніемъ матери и сердцебіеніемъ плода. При усиленіи кровотеченія можетъ возникнуть вопросъ о тампонаціи. Если послѣдняя и не можетъ при данномъ заболѣваніи быть столь дѣйствительной, какъ при предлежаніи послѣда, она все же, прекращая

истеченіе крови наружу, способствуетъ уменьшенію его, и, кромѣ того, усиливая схватки, ускоряетъ роды.

Hofmeier въ дѣлѣ леченія преждевременнаго отдѣленія послѣда видитъ основной принципъ въ родоразрѣшеніи, возможно скоромъ, но и возможно бережномъ. Тампонацію влагалища можно продолжать до тѣхъ поръ, пока не остановится кровотеченіе или же пока не будетъ возможно приступить къ наложенію щипцовъ или къ повороту.

Goodell въ основу леченія ставитъ правило: „praestantissimum remedium est foetus extractio“. Holmes присоединяется къ этому мнѣнію и совѣтуетъ лучше вспомнить правило это слишкомъ рано, чѣмъ слишкомъ поздно. Pinard, конечно, тоже настаиваетъ на возможно скоромъ опорожненіи матки:

„Il faut vider l'utérus le plus rapidement possible, terminer l'accouchement le plus tôt possible, rompre prématurément les membranes et accélérer le travail à l'aide de ballons. Dans les cas bénins, la simple déchirure large des membranes a pu arrêter l'hémorrhagie“.

Вопросъ о разрывѣ плоднаго пузыря при преждевременномъ отдѣленіи нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста уже давно возбуждалъ много споровъ и, надо сознаться, и по сіе время окончательно не рѣшенъ.

Мы уже видѣли, что Louise Bourgeois и Mauriceau настаиваютъ на раннемъ разрывѣ плодныхъ оболочекъ. Съ другой стороны Baudelocque старшій пишетъ:

„La rupture des membranes est pernicieuse dans les hémorrhagies internes“.

Baudelocque — племянникъ вполнѣ раздѣляетъ это мнѣніе, совѣтуетъ дѣйствовать выжидательно и не разрѣшаетъ приступать къ родоразрѣшенію до полнаго открытія зѣва.

Braxton-Hicks тоже является противникомъ разрыва пузыря, совѣтуетъ дѣлать его лишь въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ и немедленно завершать роды комбинированнымъ поворотомъ.

Winter рѣшительно высказывается противъ ранняго разрыва пузыря (кровотеченіе ex vacuo) и совѣтуетъ разрывать оболочки какъ можно позже. Лишь въ самыхъ отчаянныхъ случаяхъ, когда при стоячихъ водахъ и несмотря на тампонацію кровотеченіе и коллапсъ усиливаются, можно рѣшиться разорвать пузырь, послѣ чего слѣдуетъ сокращать матку растираніями, пріемомъ спорныи, или же забинтовать ее какъ то совѣтуетъ Goodell.

M-me Henry все свое вниманіе обращаетъ на скорѣйшее расширеніе шейки и дѣлаетъ разрывъ пузыря только при полномъ открытіи зѣва. M-lle Forin, въ своей диссертаціи изъ клиники Budin'a, тоже отвергаетъ ранній разрывъ пузыря.

Sänger видитъ въ разрывѣ пузыря обоюдоострый мечъ и допускаетъ его лишь спустя нѣкоторое время послѣ начальнаго кровотеченія.

Graefe совѣтуетъ рвать пузырь только при наличности хорошихъ схватокъ, такъ какъ лишь при такихъ условіяхъ можно разсчитывать на ихъ усиленіе, или же когда зѣвъ настолько раскрытъ, что допуститъ въ случаѣ необходимости немедленное родоразрѣшеніе.

Противниками ранняго разрыва пузыря являются еще Hans Meyer, Brunton, Holmes, Coe, Duncan-Stewart, Patridge, De Lee, Jardine, Bernheim, v. Guérard, Guérin-Valmale, Macam.

Hans Meyer придерживается наблюдательной тактики, отвергаетъ тампонацію влагалища и щадитъ плодный пузырь.

Brunton приписываетъ свой успѣхъ въ 4-хъ случаяхъ тому обстоятельству, что онъ щадилъ пузырь до полнаго открытія зѣва.

Holmes вызываетъ схватки баллономъ Barnes'a и заканчиваетъ расширеніе шейки рукой. Онъ также высказывается какъ противъ разрыва пузыря, такъ и противъ тампонаціи.

По мнѣнію Coe, плодный пузырь препятствуетъ усиленію

внутренняго кровотеченія, а потому онъ, при ручномъ расширеніи шейки, щадитъ его.

Duncan—Stewart приходятъ къ выводу, что ранній разрывъ пузыря не раціоналенъ и никогда не имѣетъ успѣха.

Patridge тоже протестуетъ противъ ранняго разрыва пузыря и совѣтуетъ, сохраняя его, этимъ „тампонировать“ полость матки околоплодными водами.

Jardine тоже энергично возстаетъ противъ разрыва пузыря, особенно въ случаяхъ чисто внутренняго кровотеченія.

Guérin-Valmal при внутреннемъ кровотеченіи никогда не рветъ пузыря, считая, что этимъ больная лишается „autotamponement“ со стороны плодныхъ оболочекъ; къ внутреннему кровотеченію присоединяется еще наружное. При смѣшанномъ же кровотеченіи и головномъ предлежаніи Guérin-Valmal совѣтуетъ дѣлать разрывъ пузыря съ цѣлью тампонаціи головкой.

Macam указываетъ, что прямымъ послѣдствіемъ разрыва оболочекъ должно быть пониженіе внутриматочнаго давленія, а, слѣдовательно, и усиленіе кровотеченія. Съ другой стороны разрывъ пузыря является самымъ дѣйствительнымъ средствомъ остановки кровотеченія въ случаяхъ, когда отдѣленіе послѣда происходитъ вслѣдствіе запоздалаго отхожденія водъ во второмъ періодѣ родовъ.

Hofmeier считаетъ, что успѣхъ разрыва пузыря по меньшей мѣрѣ сомнителенъ, потому что пониженіе внутриматочнаго давленія и уменьшеніе сопротивленія со стороны яйца можетъ или вызвать новое кровотеченіе или усилить уже существующее. Поэтому Hofmeier разрѣшаетъ дѣлать разрывъ плоднаго пузыря въ качествѣ метода, ускоряющаго роды, если схватки удовлетворительны и роды уже въ полномъ ходу, такъ что предвидится скорое ихъ окончаніе. Если же по разрывѣ пузыря кровотеченіе усиливается и роды не подвигаются съ желательной быстротой, то онъ настаиваетъ на немедленномъ родоразрѣшеніи.

Въ данномъ случаѣ надо имѣть въ виду, что именно при

кровотеченіяхъ въ началѣ родовъ разрывъ плоднаго пузыря дѣлается чрезвычайно часто, потому что подающій помощь всегда сперва думаетъ о низкомъ прикрѣпленіи послѣда; а при этомъ осложненіи разрывъ пузыря, какъ извѣстно, представляетъ превосходное средство. При преждевременномъ отдѣленіи нормально расположеннаго послѣда, наоборотъ, разрывъ оболочекъ не окажетъ никакого благопріятнаго дѣйствія на кровотеченіе, и тогда врачъ будетъ поступать сообразно особенностямъ случая.

Съ другой стороны необходимо указать на цѣлый рядъ авторовъ, горячо отстаивающихъ ранній разрывъ пузыря, предложенный, какъ мы уже видѣли, въ 17-омъ столѣтіи.

Во главѣ ихъ Goodell является защитникомъ ранняго вскрытія оболочекъ, „дабы матка могла лучше сократиться и этимъ закрыть зіяющіе сосуды“. Кромѣ того, онъ считаетъ, что послѣ разрыва пузыря скорѣе могутъ появиться родовыя схватки, отсутствующія при перерастяженіи матки.

Въ пользу разрыва пузыря высказывается и Schröder. Barnes послѣ него вводитъ въ матку свои скрипкообразные баллоны восходящей величины.

Spiegelberg при мало-мальски открытомъ зѣвѣ совѣтуетъ дѣлать разрывъ пузыря, но вмѣстѣ съ тѣмъ заботиться о медленномъ отхожденіи водъ. Но и онъ предостерегаетъ отъ слишкомъ поспѣшнаго образа дѣйствій, мотивируя это слѣдующими соображеніями:

„So lange das ergossene Blut in der Uterushöhle sich befindet und ihre Wandung dehnt, verhindert diese Dehnung selbst, der gesteigerte Intrauterindruck, den Nachschub neuen Blutes, während umgekehrt mit Entleerung des Uterus sofort die Möglichkeit weiterer Blutung gegeben ist“.

Проф. А. Я. Крассовскій видитъ въ разрывѣ оболочекъ одно изъ самыхъ надежныхъ кровоостанавливающихъ средствъ и прибѣгаетъ къ нему при маточныхъ кровотеченіяхъ, зависящихъ отъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, какъ при нормальномъ прикрѣпленіи, такъ и при предлежаніи его. Бла-

готворное вліяніе разрыва пузыря объясняется отчасти тѣмъ, что родовыя боли, усиливаясь вслѣдствіе излитія водъ сжимаютъ и закупориваютъ кровоточащіе сосуды.

Защитникомъ разрыва плоднаго пузыря является и проф. Н. Н. Феноменовъ.

Ahlfeld также рекомендуетъ проколъ пузыря, если малое открытіе зѣва не допускаетъ немедленнаго родоразрѣшенія. Къ защитникамъ ранняго разрыва пузыря принадлежатъ и Pinard, Couvelaire. Brujin видитъ въ проколѣ пузыря лучшій методъ леченія: достаточно небольшого прокола зондомъ или троакаромъ. Того же мнѣнія придерживается Hartmann. Въ пользу разрыва пузыря высказываются еще Witherstine, Hermann, Munro Kerr и Galabin. По мнѣнію послѣдняго ранній разрывъ пузыря способствуетъ наступленію родовъ и „стимулируетъ“ матку тѣмъ, что она приходитъ въ соприкосновеніе съ плодомъ.

Lévy въ своей диссертаціи изъ клиники Beaudelocque (1911) даетъ обзоръ случаевъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста за 20 лѣтъ. Всѣхъ случаевъ было 51. Изъ нихъ въ 28 не было показаній къ вмѣшательству и лишь въ 23-хъ случаяхъ кровотеченіе было настолько сильнымъ, что пришлось оказать то или другое акушерское пособіе. Изъ этихъ 23-хъ случаевъ въ 15-ти былъ произведенъ только разрывъ плоднаго пузыря. Одна родильница умерла отъ эклампсіи, 14 выздоровѣли. На основаніи этихъ цифръ Lévy приходитъ къ выводу, что въ широкомъ вскрытіи пузыря мы имѣемъ очень дѣйствительное средство, къ которому слѣдуетъ прибѣгать во всѣхъ случаяхъ, требующихъ вмѣшательства. Болѣе чѣмъ въ $^2/_3$ случаевъ для остановки кровотеченія достаточно разрыва плодныхъ оболочекъ. Несмотря на это, въ нѣкоторыхъ случаяхъ способъ этотъ остается недѣйствительнымъ. 7 разъ пришлось прибѣгнуть къ другимъ способамъ леченія: 6 разъ матка опорожнена тѣмъ или другимъ способомъ per vias naturales; 1 разъ жизнь больной была спасена операціей Porro. Изъ всего этого Lévy заключаетъ, что хирургическое леченіе преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста показано лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Тампонація влагалища, предложенная еще Leroux, M-me Lachapelle и Tarnier, безусловно не достигаетъ цѣли и въ настоящее время большинствомъ авторовъ оставлена. Она, по словамъ Maurau'a, можетъ лишь замѣнить наружное кровотеченіе болѣе опаснымъ, скрытымъ, внутреннимъ. Тампонація, какъ указалъ Hofmeier, имѣетъ значеніе лишь постольку, поскольку она усиливаетъ схватки и тѣмъ ускоряетъ теченіе родовъ. Rousseau-Dumarcet отвергаетъ тампонацію по тѣмъ же соображеніямъ и указываетъ на опасность инфекціи. Противъ тампонаціи высказываются еще Holmes, Fieux, Landon (c'est vouloir arrêter un fleuve à son embouchure, alors que c'est la source même qu'il faudrait tarir).

Graefe, если ужъ рѣшается на тампонацію, то тампонируетъ не только влагалище, но и шейку. Тутъ слѣдуетъ упомянуть, что въ то время какъ отношеніе врачей Европейскаго Материка къ тампонаціи скорѣе отрицательное, англійскіе врачи являются горячими сторонниками этого метода леченія. Такъ, Macan особенно настаиваетъ на тампонаціи, потому что она 1) прекращаетъ наружное кровотеченіе, 2) усиливаетъ боли, 3) ускоряетъ раскрытіе зѣва и 4) повышаетъ внутриматочное давленіе. Онъ примѣняетъ или тампонацію влагалища съ бинтованіемъ живота (методъ Smyly) или же тампонацію влагалища съ бинтованіемъ живота и „firm perineal bandage“ (методъ Purefoy). Лишь въ тяжелыхъ случаяхъ, особенно при длинной шейкѣ и ригидномъ зѣвѣ, Macan совѣтуетъ дѣлать кесарское сѣченіе (брюшное или влагалищное) и даетъ ему предпочтеніе передъ accouchement forcé. Для всѣхъ же менѣе тяжелыхъ случаевъ наилучшимъ леченіемъ, по его мнѣнію, является методъ Purefoy. Въ новѣйшее время Herman рѣшительно высказывается противъ тампонаціи влагалища.

Многіе авторы выработали цѣлую программу дѣйствій въ случаяхъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста.

ХАРЬКОВСК. ГОСУД. МЕДИЦ. ИНСТИТУТ
Библіотека-Читальня
и ИСПОЛКОМПРОФБЮРО

Drejer при незначительныхъ кровотеченіяхъ предписываетъ покой и наркотическія; въ противномъ случаѣ возможно скорое родоразрѣшеніе (щипцы, поворотъ или перфорація). При закрытомъ еще зѣвѣ, послѣдній расширяется инструментально или же пальцами.

Lobenstine и Harrar, при отдѣленіи послѣда въ родахъ, видятъ единственно раціональную терапію въ немедленномъ родоразрѣшеніи (расширеніе по Bossi, насѣчки Dührssen'a, влагалищное или классическое кесарское сѣченіе). Во время беременности они совѣтуютъ дѣлать разрывъ плоднаго пузыря, но лишь въ томъ случаѣ, если спинка плода обращена къ послѣду. Тампонацію они отвергаютъ совершенно. При угрожающихъ явленіяхъ показано немедленное родоразрѣшеніе (кесарское сѣченіе классическое или влагалищное) съ послѣдующей тампонаціей матки. И лишь въ легкихъ случаяхъ, они допускаютъ выжидательный образъ дѣйствій, при условіи строгаго наблюденія за больной.

Hans Meyer видитъ конечную цѣль всякой терапіи въ окончаніи родовъ. Могла бы возникнуть мысль о кесарскомъ сѣченіи, но Meyer ее отвергаетъ, такъ какъ плодъ обыкновенно уже погибъ, а ослабленная кровопотерей женщина врядъ ли сможетъ перенести операцію. Тампонацію влагалища онъ исключаетъ, совѣтуетъ щадить пузырь до двухъ пальцевъ открытія, послѣ чего немедленно приступать къ родоразрѣшенію.

Adler настаиваетъ на безкровномъ расширеніи шейки и особенно рекомендуетъ метрейризъ.

Graefe при наружномъ кровотеченіи совѣтуетъ разорвать пузырь, дать эрготинъ, забинтовать животъ; при внутреннемъ же кровотеченіи онъ щадитъ пузырь и заканчиваетъ роды при первой возможности. Въ такомъ же смыслѣ высказывается и Rosenberg.

По Bué во время беременности умѣстенъ выжидательный

образъ дѣйствій или же возбужденіе родовъ съ помощью кольпейринтера. Въ родахъ Bué настаиваетъ на скорѣйшемъ опорожненіи матки, но рѣшительно отвергаетъ какъ насѣчки по Dührssen'у, такъ и кесарское сѣченіе.

Meyer сравниваетъ леченіе при преждевременномъ отдѣленіи нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста съ таковымъ при предлежаніи послѣда. Какъ въ томъ, такъ и другомъ случаѣ показанъ разрывъ плоднаго пузыря; но поворотъ при отслойкѣ послѣда, по его мнѣнію, можно дѣлать лишь въ томъ случаѣ, если дана возможность вслѣдъ за нимъ извлечь ребенка, потому что при внутриматочныхъ манипуляціяхъ возможно дальнѣйшее отдѣленіе дѣтскаго мѣста.

Cumston особенно заботится о возбужденіи родовыхъ болей, для каковой цѣли онъ впрыскиваетъ подъ кожу стрихнинъ; далѣе онъ тампонируетъ влагалище, бинтуетъ матку; если кровотеченіе продолжается, онъ расширяетъ шейку и дѣлаетъ поворотъ. По выхожденіи плода, онъ немедленно выжимаетъ послѣдъ и тампонируетъ матку и влагалище.

На насильственномъ родоразрѣшеніи настаиваетъ Holmes. Онъ тоже по рожденіи ребенка немедленно выжимаетъ послѣдъ и рано производитъ тампонацію матки. Впрочемъ, Holmes считаетъ, что легкіе случаи подлежатъ консервативному леченію (потакой, ледъ, морфій, Hydrastinin) и думаетъ, что $^2/_3$ этихъ случаевъ достигаютъ нормальнаго конца беременности, съ чѣмъ, конечно, врядъ ли можно согласиться. Тяжелые случаи во время беременности показуютъ возбужденіе родовой дѣятельности (растиранія, хининъ, эрготинъ, сахаръ, электричество), введеніе балона Barnes'a, насѣчки Dührssen'a. Если роды уже въ ходу, то слѣдуетъ елико возможно ихъ ускорить.

V. Guérard, высказываясь въ пользу скораго родоразрѣшенія, при невозможности наложенія щипцовъ предпочитаетъ поворотъ краніотоміи, эмбріотоміи и кольпейризу. Кесарское сѣченіе онъ рѣшительно отвергаетъ, также какъ и ранній разрывъ пузыря, въ качествѣ самостоятельнаго метода леченія.

De Lee при подготовленныхъ родовыхъ путяхъ разрѣшаетъ немедленно; при сглаженной же шейкѣ и маломъ открытіи зѣва примѣняетъ расширеніе его рукой, но Bossi и насѣчками; при сохраненной шейкѣ высказывается въ пользу влагалищнаго или классическаго кесарскаго сѣченія. И лишь при небольшомъ кровотеченіи или же при несогласіи больной на операцію онъ тампонируетъ влагалище сухой ватой, бинтуетъ животъ, даетъ эрготинъ.

Jolly говоритъ: „Es gibt kaum ein anderes geburtshilfliches Ereignis, welches eine sofortige Entbindung so dringend erfordern kann, wie die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta". Онъ описалъ 4 случая съ благопріятнымъ исходомъ для матерей, въ которыхъ онъ примѣнилъ расширеніе матки по Bossi.

Относительно этого послѣдняго способа скажу, что самъ изобрѣтатель его, конечно, считаетъ предложенный имъ методъ показаннымъ при преждевременномъ отдѣленіи послѣда; но цѣнность его статистики умаляется тѣмъ, что Bossi приводитъ въ одной рубрикѣ какъ случаи предлежанія, такъ и случаи преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста (82 наблюденія съ 76 благопріятными исходами для матери).

За расширеніе по Bossi высказывается и Hammerschlag, считая его при соблюденіи извѣстныхъ предосторожностей показаннымъ въ тяжелыхъ случаяхъ преждевременнаго отдѣленія послѣда и абсолютно противопоказаннымъ при предлежаніи его.

Pollak видитъ въ обсуждаемомъ заболѣваніи одно изъ важнѣйшихъ показаній къ расширенію по Bossi и особенно подчеркиваетъ преимущество его передъ влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ, требующемъ больше времени, ассистенціи и т. п.

Противъ расширенія по Bossi выступилъ Dührssen, считающій предложенное изъ влагалищное кесарское сѣченіе операціей выбора.

Griffith высказывается въ пользу поворота по Braxton-Hicks; въ крайнихъ случаяхъ онъ стоитъ за кесарское сѣченіе. Съ другой стороны, Spiegelberg совершенно не допускаетъ

accouchement forcé, Temple рѣшительно противъ насильственныхъ мѣръ, и думаетъ, что достаточно разрыва пузыря и тампонаціи матки снизу и снаружи (?).

Hartmann, отвергая тампонацію, видитъ лучшій методъ леченія въ разрывѣ пузыря; при неуспѣхѣ его остается accouchement forcé (баллоны, Bossi, насѣчки). Въ пользу accouchement forcé высказывается и Warren, Wasenius; Leopold отстаиваетъ для этой цѣли инструментъ Bossi.

Kezmarsky высказываетъ взглядъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ на основаніи мѣстнаго выпячиванія ставится діагнозъ ретроплацентарнаго кровоизліянія, вполнѣ умѣстно консервативное леченіе, потому-что скопившаяся въ маткѣ кровь служитъ одновременно кровоостанавливающимъ тампономъ.

M-me Henry, передъ тѣмъ какъ приступить къ расширенію шейки и опорожненію матки, совѣтуетъ дѣлать горячія спринцеванія (48—50°) каждые полчаса.

Мусатовъ такъ классифицируетъ случаи преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста во время родовъ съ точки зрѣнія терапіи:

1) Случаи, при которыхъ матка достаточно открыта, — то или другое акушерское вмѣшательство, смотря по обстоятельствамъ, per vias naturales; 2) Случаи, при которыхъ матка закрыта и шейка сохранена, можно подраздѣлить на двѣ категоріи: а) рѣзко выраженная клиническая картина внутренняго кровотеченія — кесарское сѣченіе per vaginam или per laparotomiam; б) не рѣзко выраженная картина внутренняго кровотеченія — расширеніе шейки тѣмъ или другимъ способомъ съ послѣдовательной акушерской операціей, смотря по обстоятельствамъ, per vias naturales.

Bumm въ основу всякаго леченія преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста кладетъ принципъ: опорожненіе матки. Если возможно, производятъ поворотъ и извлеченіе, при закрытомъ зѣвѣ возбуждаютъ схватки пріемомъ эрготина, разрывомъ пузыря. Въ спѣшныхъ случаяхъ влагалищное кесарское сѣченіе всегда дастъ возможность въ короткое время опорожнить матку.

John Byers при чисто внутреннихъ кровотеченіяхъ стоитъ за кесарское сѣченіе. При наружныхъ кровотеченіяхъ надо различать, въ родахъ-ли женщина или нѣтъ. Въ первомъ случаѣ Byers настаиваетъ на разрывѣ оболочекъ, во второмъ онъ примѣняетъ Rotunda method (Purefoy), т. е. тампонацію влагалища съ бинтованіемъ живота и perineal bandage (на 57 случаевъ тампонаціи 1 смерть).

Maurau совѣтуетъ начинать съ горячихъ спринцеваній въ 48°, не теряя на нихъ много времени. При продолжающемся кровотеченіи показанъ разрывъ плодныхъ оболочекъ; если онъ неуспѣшенъ, введеніе баллона Champetier de Ribes. Остаются тяжелые случаи, въ которыхъ общее состояніе больной настолько грозно, что требуетъ немедленной помощи, которая можетъ состоять лишь въ чревосѣченіи.

Rousseau-Dumarcet при чисто внутреннихъ и неугрожающихъ жизни кровотеченіяхъ придерживается выжидательнаго метода. Смѣшанное кровотеченіе (hémorrhagie mixte) требуетъ горячихъ спринцеваній, разрыва пузыря и введенія баллона Champetier или Tarnier.

Krüger требуетъ скораго, но бережнаго опорожненія матки (метрейризъ, Bossi, кесарское сѣченіе). Разрывъ плоднаго пузыря онъ допускаетъ только при достаточномъ открытіи зѣва. Въ качествѣ родоразрѣшающей операціи можно примѣнить перфорацію съ краніоклазіей, при живомъ плодѣ щипцы. Поворотъ допустимъ лишь при отсутствіи перерастяженія матки.

Charles въ легкихъ случаяхъ предписываетъ положеніе на спинѣ, возбуждающія, бинтованіе матки, массажъ ея, впрыскиваніе желатины и препаратовъ спорыньи. Въ угрожающихъ случаяхъ показаны разрывъ пузыря, насильственное родоразрѣшеніе, расширеніе шейки инструментальное, кровавое или при помощи баллоновъ, поворотъ и извлеченіе.

При жизненныхъ показаніяхъ можетъ зайти рѣчь о кесарскомъ сѣченіи съ удаленіемъ матки или безъ него.

Luig при частичномъ отдѣленіи послѣда высказывается за

выжидательный образъ дѣйствій, особенно если ребенокъ уже погибъ. При значительномъ кровотеченіи онъ дѣлаетъ тампонацію или вводитъ во влагалище кольпейринтеръ. При достаточномъ открытіи зѣва Luig производитъ разрывъ пузыря и, если кровотеченіе все же продолжается, приступаетъ къ родоразрѣшенію. При угрожающемъ внутреннемъ кровотеченіи показано быстрое расширеніе шейки насѣчками, или баллонами, или же инструментомъ Bossi; при зѣвѣ, открытомъ на 2 пальца, комбинированный поворотъ; при достаточномъ открытіи зѣва роды завершаются извлеченіемъ или наложеніемъ щипцовъ.

Grulich заботится только о матери, не придавая жизни плода никакого значенія. При цѣлой шейкѣ слѣдуетъ возбудить хорошія схватки, что достигается пріемомъ эрготина и разрывомъ пузыря. Расширивъ шейку Hegar'ами, какъ совѣтуетъ Olshausen-Veit, или ручнымъ способомъ, производитъ поворотъ на ножку по Braxton-Hicks'y и извлекаютъ плодъ при постоянномъ потягиваніи за ножку. При грозныхъ же явленіяхъ вступаетъ въ права влагалищное кесарское сѣченіе.

При открытомъ зѣвѣ показаны поворотъ и извлеченіе или щипцы.

Landon говоритъ, что для леченія преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста нельзя дать общихъ правилъ, но что въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ показано кесарское сѣченіе, въ менѣе угрожающихъ, но все же серьезныхъ насильственное родоразрѣшеніе (расширеніе шейки по Bonnaire'y, базіотрибсія или поворотъ по Braxton-Hicks'y). Въ еще болѣе легкихъ случаяхъ можно ограничиться медленнымъ расширеніемъ шейки баллонами. Приблизительно также совѣтуетъ поступать и Lelong.

По Germann'y въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ не слѣдуетъ отказываться отъ кесарскаго сѣченія, но въ большинствѣ случаевъ достаточно метрейриза или же насильственнаго родоразрѣшенія. Для практическаго врача особенно подходящимъ является влагалищное кесарское сѣченіе по Dührssen'y, съ которымъ можетъ конкуррировать расширеніе по Bossi.

Aschkanasy, какъ и большинство авторовъ, лишь при частичномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста, при умѣренномъ кровотеченіи допускаетъ выжидательный способъ веденія родовъ; при сильныхъ же кровотеченіяхъ лишь немедленное родоразрѣшеніе можетъ спасти больную отъ смерти.

Въ такомъ же смыслѣ высказывается и Moosauer.

Brauns стоитъ за быстрое окончаніе родовъ, въ интересахъ матери. При наружномъ кровотеченіи тампонація даетъ хорошій результатъ, который Brauns объясняетъ слѣдующимъ образомъ:

Выше тампона кровь задерживается, свертывается вплоть до кровоточащаго мѣста, что ведетъ къ тромбозу сосудовъ. Кромѣ того тампонація усиливаетъ схватки. Съ другой стороны благодаря тампону кровотеченіе можетъ превратиться въ чисто внутреннее, обстоятельство, требующее строгаго наблюденія за маткой.

При нѣкоторомъ открытіи зѣва Brauns совѣтуетъ разорвать пузырь и извлечь плодъ (щипцы, при мертвомъ плодѣ прободеніе).

При чисто внутреннемъ кровотеченіи особенно настоятельно требуется быстрое опорожненіе матки: тутъ умѣстенъ метрейризъ, ручное расширеніе шейки и извлеченіе плода. При этомъ Brauns обращаетъ вниманіе, что извлеченіе плода должно совершаться крайне медленно, чтобы не понизить внезапно внутриматочнаго давленія. Съ этой цѣлью плодъ выжимается по Spiegelberg'у, или дѣлается массажъ дна матки или же производится бинтованіе живота.

Наконецъ, при закрытой маткѣ и крайней опасности для матери можно подумать о кесарскомъ сѣченіи, но къ сожалѣнію именно въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ придется отъ него отказаться, такъ какъ возможно, что ослабленный организмъ не перенесетъ кровопотери, которую неминуемо влечетъ за собою операція.

Здѣсь умѣстно будетъ упомянуть, что въ настоящее время въ нашемъ распоряженіи имѣется средство, могущее значительно

ускорить родовой актъ, усиливая схватки, гдѣ онѣ слабы, и даже вызывая ихъ въ случаяхъ, гдѣ ихъ нѣтъ. Я говорю о Pituitrin'ѣ. И дѣйствительно вытяжка мозгового придатка была примѣнена въ 2-хъ случаяхъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста Гусевымъ въ Москвѣ съ благопріятнымъ исходомъ, какъ для матерей, такъ и для плодовъ.

По Steffens'у, образъ дѣйствія врача опредѣляетъ сила кровотеченія, при чемъ все вниманіе сосредоточивается на интересахъ матери. По вопросу о тампонаціи Steffens высказываетъ тѣ же соображенія, что Brauns, и допускаетъ ее развѣ лишь при совершенно неподготовленныхъ родовыхъ путяхъ. Принципіальный ранній разрывъ пузыря онъ отвергаетъ и совѣтуетъ индивидуализировать каждый отдѣльный случай. Большею частью удается кончить роды наложеніемъ щипцовъ или кольпейризомъ, поворотомъ или перфораціей головки.

При производствѣ поворота надо имѣть въ виду, что рука вводится въ матку, ужъ безъ того перерастянутую, что можетъ вести къ разрыву ея или способствовать дальнѣйшей отслойкѣ послѣда.

Съ другой стороны, по v. Guérard'у, внутриматочныя манипуляціи при поворотѣ дѣйствуютъ благотворно въ томъ смыслѣ, что усиливаютъ родовыя боли и этимъ дѣйствуютъ кровостанавливающимъ и ускоряющимъ роды образомъ.

Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ и Steffens вполнѣ допускаетъ производство кесарскаго сѣченія resp. операціи Porro.

Наконецъ, Hofmeier (въ Winckel's Handbuch) подробно излагаетъ свой взглядъ на терапію разбираемаго страданія. Спасти больную можетъ только опорожненіе матки и сильное ея сокращеніе.

Первое можетъ быть достигнуто во многихъ случаяхъ тѣмъ или другимъ видомъ accouchement forcé.

Восхваляемый Leopold'омъ методъ Bossi таитъ въ себѣ большія опасности, гораздо раціональнѣе операція Dührssen'а, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ которыхъ возможно наступленіе

послѣдовательнаго кровотеченія, легко объяснимаго описанными v. Weiss'омъ тяжелыми пораженіями матки, вполнѣ допустима операція Porro.

На скорѣйшемъ родоразрѣшеніи настаиваетъ Warren, Fieux (особенно рекомендуетъ ручное расширеніе шейки, (Graefe, Marsh, v. Guérard, Colceag, Guérin-Valmale, Schickele, Jolly, Limbacher, Wright, Griffith, Калмыковъ, Scheffen, Olshausen-Veit, Witherstine, Queirel, Winter, Wasenius, M-me Henry, Suter, Мусатовъ, Frank (настаиваетъ на расширеніи шейки ручнымъ или посредствомъ баллона Champetier), Bumm, Hastings, Macam, Munro Kerr (лишь въ тяжелыхъ случаяхъ), Oliphant Nicholson, Veit (настаиваетъ на accouchement forcé при внутреннихъ кровотеченіяхъ), Runge, Meinardus.

Въ приведенной выше диссертаціи изъ клиники Beaudelocque, Lévy высказываетъ взглядъ, что расширять шейку металлическими дилятаторами опасно, а потому этотъ методъ долженъ быть оставленъ. Въ подтвержденіе этому онъ приводитъ изъ литературы случаи, въ которыхъ расширеніе по Bossi давало разрывы и смертельныя кровотеченія (случаи Ballantyne, Hauch, Lavonius, Pulvirenti). Насѣчки по Dührssen'y Lévy отвергаетъ совершенно. Ручное расширеніе шейки можетъ имѣть мѣсто только при неугрожающемъ кровотеченіи и при податливой шейкѣ. Въ противномъ случаѣ оно недѣйствительно или же опасно.

Введеніе въ матку баллоновъ не можетъ дать никакого кровоостанавливающаго эффекта, но въ случаяхъ податливой шейки расширяетъ ее хорошо. При сильномъ кровотеченіи этотъ методъ неумѣстенъ. Въ каждомъ случаѣ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, по мнѣнію школы clinique Beaudelocque, показанъ разрывъ пузыря. Въ большей части случаевъ этого одного бываетъ достаточно. При неуспѣхѣ необходимо немедленно приступить къ родоразрѣшенію, и если малое открытіе

неподатливой шейки не позволитъ кончить роды быстро per vias naturales, показанъ путь „хирургическій".

На послѣднемъ VI-мъ Международномъ Съѣздѣ Гинекологовъ Zweifel изложилъ свой взглядъ на леченіе преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста.

По его мнѣнію, вопросъ о терапіи еще не рѣшенъ. Все еще идетъ споръ о пользѣ разрыва пузыря и тампонаціи. Понятно, что опорожненіе матки должно быть достигнуто возможно быстро (посредствомъ ли баллоновъ, Bossi или влагалищнаго кесарскаго сѣченія). При мертвомъ плодѣ умѣстнѣе всего перфорація.

Но главная опасность наступаетъ лишь по выхожденіи послѣда—возможно атоническое кровотеченіе, которое погубило уже многихъ больныхъ, перенесшихъ преждевременное отдѣленіе послѣда. Тутъ показана тугая тампонація матки, и если кровотеченіе все же продолжается, то не слѣдуетъ терять драгоцѣнное время: необходимо немедленно приступить къ полной экстирпаціи кровоточащаго органа.

Мысль, кончить роды при преждевременномъ отдѣленіи послѣда путемъ кесарскаго сѣченія, возникла давно.

Есть указанія, что въ началѣ 19-го вѣка Delaforterie, позванный къ женщинѣ, одержимой колоссальнымъ кровотеченіемъ, произвелъ на ней кесарское сѣченіе. Въ 1844-омъ году Eklington произвелъ кесарское сѣченіе въ агоніи, желая получить живого ребенка. Къ сожалѣнію плодъ былъ уже мертвъ.

Въ 1863-емъ году вышла Берлинская диссертація Boldt'a, трактующая о переливаніи крови: De transfusione. Въ ней имѣется описаніе тяжелаго случая преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, въ которомъ было произведено классическое кесарское сѣченіе, со смертельнымъ исходомъ, какъ для матери, такъ, конечно, и для плода.

Въ 1891-омъ году Bagot сдѣлалъ операцію Porro при слѣдующихъ обстоятельствахъ: у больной было и наружное и внутреннее кровотеченіе; матка значительно растянута, деревянно-твердой консистенціи, въ состояніи тетануса, шейка сохранена;

пульсъ 150 въ минуту. Не смотря на неподходящія для производства чревосѣченія внѣшнія условія (дѣло происходило въ деревушкѣ въ окрестностяхъ Dublin'a), Bagot рѣшился на операцію Porro; больная перенесла ее хорошо, и послѣродовой періодъ прошелъ блестяще.

Въ 1892-омъ году впервые кесарское сѣченіе было предложено Graefe, какъ методъ леченія при преждевременномъ отдѣленіи послѣда: „если шейка еще не проходима, или очень длинная, и ткань ея ригидна, условія, которыя встрѣчаются у перво-, но иногда и у повторнородящихъ до начала болей, тогда при угрожающихъ явленіяхъ показано кесарское сѣченіе, также какъ оно показано при подобныхъ условіяхъ и при эклампсіи".

Beck (New-Iork 1892) въ своемъ случаѣ рѣшился на кесарское сѣченіе, и лишь случайное обстоятельство помѣшало ему выполнить его. Послѣ производства accouchement forcé больная умерла. Онъ предлагаетъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ роды не могутъ быть кончены щипцами (узкій тазъ, elongatio шейки, ригидность мягкихъ частей) приступать къ кесарскому сѣченію.

Въ томъ же 1892-омъ году въ засѣданіи Акушерскаго Общества въ Гамбургѣ May высказалъ мысль, не будетъ ли въ тяжелыхъ случаяхъ умѣстнымъ кесарское сѣченіе? На это Lomer отвѣтилъ, что онъ уже раньше вполнѣ допускалъ эту мысль. Вся трудность вопроса заключается въ опредѣленіи момента, когда слѣдуетъ приступить къ кесарскому сѣченію или къ операціи Porro.

Hans Meyer (1893) теоретически тоже высказался за кесарское сѣченіе. Rosenberg (1893), настаивая на скорѣйшемъ родоразрѣшеніи въ случаяхъ внутренняго кровотеченія, на ряду съ accouchement forcé допускаетъ и производство кесарскаго сѣченія; того же мнѣнія придерживается и Guérin-Valmale.

Nijhoff (1894), въ случаѣ невозможности быстро закончить роды per vias naturales, высказывается въ пользу операціи Porro, De Lee въ пользу влагалищнаго или классическаго кесарскаго сѣченія. Landon и Duquet видятъ показанія къ кесарскому сѣченію лишь въ отчаянныхъ случаяхъ.

v. Weiss (1894) считаетъ кесарское сѣченіе самой раціональной терапіей въ случаяхъ тяжелаго кровотеченія при неподготовленныхъ родовыхъ путяхъ. При наличности описанныхъ имъ измѣненій въ маточной стѣнкѣ всегда возможно наступленіе атоніи матки, если кончить роды посредствомъ accouchement forcé.

Kouwer (1898) произвелъ кесарское сѣченіе при внутреннемъ кровотеченіи у 44-хъ лѣтней многородящей. Больная погибла черезъ $11^1/_2$ часовъ послѣ операціи отъ возобновившагося кровотеченія.

Въ преніяхъ по этому поводу Veit и Mendes de Leon признали преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста однимъ изъ показаній къ кесарскому сѣченію. Вообще же Veit даетъ предпочтеніе accouchement forcé.

Holmes (1901) считаетъ, что въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ быть показано кесарское сѣченіе; тотъ же взглядъ высказываетъ Fieux для случаевъ, въ которыхъ быстрое родоразрѣшеніе невозможно вслѣдствіе ригидности мягкихъ родовыхъ путей или значительнаго съуженія таза.

Изъ англійскихъ врачей, настаивающихъ на производствѣ въ тяжелыхъ случаяхъ кесарскаго сѣченія, брюшного или влагалищнаго, назову Macam, Munro Kerr, John Byers, John Campbell (1904).

Pinard, въ одной изъ своихъ лекцій (1904) говоритъ, что при невозможности ждать онъ не боялся бы подойти къ источнику кровотеченія путемъ чревосѣченія: „Je viderais rapidement l' utérus de son contenu et ensuite, je le traiterais suivant l'état de l' opérée, soit par l'amputation supravaginale, soit par l' hystérectomie abdominale totale".

Frank (Nancy 1907) видитъ въ отчаянныхъ случаяхъ единственное спасеніе для матери въ кесарскомъ сѣченіи, классическомъ или по Porro.

Targett (1905) въ тяжеломъ случаѣ внутренняго крово-

теченія сдѣлалъ чревосѣченіе и, обнаруживъ на маткѣ субсерозныя кровоизліянія, ампутировалъ ее. Больная выздоровѣла.

Во Франціи кесарское сѣченіе изъ тѣхъ же показаній было произведено Bar'омъ (1905), Ribemont-Dessaigne (Le Lorier)—(1906 г. и 1909 г.).

Jardine (Glasgow 1905) произвелъ консервативное кесарское сѣченіе при сильномъ кровотеченіи у больной съ узкимъ тазомъ.

Pulvirenti (1908) прибѣгъ въ тяжеломъ случаѣ къ операціи Porro. Больная погибла.

Казуистическія сообщенія о случаяхъ кесарскаго сѣченія при преждевременномъ отдѣленіи послѣда имѣются и у Lobenstine and Harrar, Платонова.

Queirel, а также Germann (Giessen 1907) видятъ единственно раціональное леченіе при невозможности родоразрѣшенія per vias naturales, въ кесарскомъ сѣченіи.

Lequeux, въ своемъ случаѣ, сдѣлалъ кесарское сѣченіе, потому-что больная была первородящей съ длинной закрытой шейкой, далѣе потому-что случай былъ безусловно чистый и плодъ казался живымъ. У подобныхъ больныхъ, которыя въ концѣ концовъ представляютъ вѣдь организмы отравленные (qui sont des intoxiquées bien proches de l'éclampsie), крупныя хирургическія вмѣшательства всегда опасны. Хотя путь черезъ брюшные покровы и является наиболѣе быстрымъ, все же, по мнѣнію Lequeux, кесарское сѣченіе должно имѣть мѣсто лишь въ случаяхъ завѣдомо чистыхъ и при живомъ плодѣ. Въ большей части случаевъ можно будетъ прибѣгнуть къ „voie basse": расширеніе шейки или влагалищное кесарское сѣченіе съ послѣдующимъ извлеченіемъ плода.

Duquet (1909) въ своей диссертаціи приводитъ случай операціи Porro съ смертельнымъ исходомъ для матери и для плода, оперированный Ribemont-Dessaigne.

На основаніи изученія литературы онъ приходитъ къ выводу, что ретроплацентарное кровотеченіе можетъ быть настолько же-

стокимъ, что нехирургическіе способы родоразрѣшенія могутъ и не дать желаемыхъ результатовъ. Въ такихъ случаяхъ показано кесарское сѣченіе, производимое исключительно съ цѣлью спасти жизнь матери. Оно есть единственный скорый и простой методъ, дающій возможность немедленно остановить кровотеченіе. Брюшное кесарское сѣченіе имѣетъ передъ влагалищнымъ то преимущество, что оно проще и производится быстрѣе, что крайне важно у ослабленныхъ больныхъ. Операція Porro показала во всѣхъ случаяхъ, когда матка плохо сокращается и когда подозрѣвается или же уже доказана инфекція.

Herman, высказывается за усѣченіе тѣла матки послѣ предварительной перевязки маточныхъ сосудовъ. Кесарское сѣченіе съ удаленіемъ матки или безъ него допускаютъ въ тяжелыхъ случаяхъ еще Charles, Krüger, Getzow.

Couvelaire (1911) спасъ жизнь погибшей отъ внутренняго кровотеченія больной, сдѣлавъ ей полное удаленіе матки по Porro. При прогрессирующемъ ухудшеніи общаго состоянія больной, когда шейка не можетъ быть немедленно раскрыта безъ риска разрыва ея, показана, по его мнѣнію, Hysterotomia. Но бываютъ случаи, въ которыхъ во время операціи обнаруживаются обширныя геморрагическія измѣненія матки (какъ было въ случаяхъ Desmond, Ribemont-Dessaigne, Targett, Pulvirenti, Couvelaire), которыя дѣлаютъ необходимымъ полное удаленіе ея. Желаніе сохранить матку не можетъ говорить въ пользу сохраняющихъ методовъ. Всѣ эти женщины больныя и, какъ Couvelaire показываетъ на клиническихъ примѣрахъ, часто при послѣдующихъ родахъ имѣютъ вновь преждевременную отслойку послѣда, или же рожаютъ мертвыхъ дѣтей. Хирургическое вмѣшательство должно быть быстрымъ и должно абсолютно остановить кровотеченіе. Это можетъ сдѣлать только операція Porro. Какъ классическое такъ и влагалищное кесарское сѣченіе длятся дольше, сопровождаются большей потерей крови и менѣе предохраняютъ отъ послѣдующаго кровотеченія (случай Kouwer'a).

Couvelaire резюмируетъ свои наблюденія слѣдующимъ

образомъ: тяжелые случаи ретроплацентарнаго кровотеченія требуютъ хирургическаго леченія; наиболѣе раціонально оперировать путемъ чревосѣченія, при чемъ слѣдуетъ предпочесть методъ Porro, операцію, которая абсолютно показана, когда стѣнки матки пропитаны кровью.

Въ этомъ же смыслѣ высказался Couvelaire и на послѣднемъ VI Международномъ Съѣздѣ Гинекологовъ въ Берлинѣ.

Въ текущемъ году Phillips описалъ случай тяжелаго внутренняго кровотеченія, въ которомъ немедленная надвлагалищная ампутація матки спасла матери жизнь. Матка была поразительно дряблая; стѣнки ея были тоньше нормы. Замѣчательно, что ни разрѣзъ маточной стѣнки, ни рана брюшныхъ покрововъ не кровоточили.

Къ моему удивленію, Zweifel на послѣднемъ Международномъ Съѣздѣ высказался въ томъ смыслѣ, что классическое кесарское сѣченіе, хотя въ теоріи и предложено Graefe и Beck'омъ, ни разу не было произведено при преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста. Изъ вышеизложеннаго явствуетъ, что этотъ взглядъ ошибоченъ, такъ же какъ и слѣдующія слова Zweifel'я: „Ich glaube nicht, dass bisher wegen der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Plazenta je eine Totalextirpation ausgeführt wurde".

Онъ въ двухъ случаяхъ спасъ жизнь больнымъ, удаливъ матку съ ея содержимымъ путемъ чревосѣченія (по Doyen-Zweifel). Брюшной путь онъ предпочелъ потому, что никакой другой методъ не даетъ возможности такъ быстро и съ такой ничтожной кровопотерей перевязать art. ovaricae et uterinae. Послѣднее особенно относится къ влагалищному кесарскому сѣченію и къ вагинальной экстирпаціи.

Наконецъ, Berggren (изъ клиники Essen-Möller'а) описалъ случай классическаго кесарскаго сѣченія; брюшной путь былъ избранъ съ одной стороны, потому—что надежда на спасеніе жизни плода не была еще потеряна, съ другой же стороны потому — что онъ даетъ возможность опредѣлить степень измѣненія матки. Хотя матка и была инфильтрирована кровью,

она по извлеченіи плода такъ хорошо сократилась, что могла быть оставлена; трубы же были удалены съ профилактической цѣлью.

Berggren заключаетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ ретроплацентарныхъ кровотеченій кесарское сѣченіе наиболѣе вѣрно можетъ спасти больныхъ отъ угрожающей имъ опасности. Операція Porro необходима лишь въ случаяхъ, когда кровотеченіе продолжается и послѣ извлеченія ребенка.

Съ тѣхъ поръ, какъ вниманіе врачей было обращено на остроумную операцію, предложенную Dührssen'омъ, влагалищное кесарское сѣченіе вошло въ число пособій, примѣняемыхъ при преждевременномъ отдѣленіи послѣда.

Въ 1901 году Rühl первый произвелъ влагалищное кесарское сѣченіе при обсуждаемомъ заболѣваніи. Онъ считаетъ, что при угрожающихъ явленіяхъ показана именно Dührssen'овская операція, которая проще и скорѣе ведетъ къ цѣли, чѣмъ классическое кесарское сѣченіе. Того же мнѣнія придерживается Jeff Miller.

Riddle Gosti (1905), Fabre (1906) и Brandt (1909) описали по одному случаю влагалищнаго кесарскаго сѣченія, всѣ съ благопріятнымъ исходомъ для матери.

Winter, на международномъ съѣздѣ въ Budapest'ѣ, высказался въ пользу влагалищнаго кесарскаго сѣченія при преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста. Практическому же врачу придется, по его мнѣнію, въ тяжелыхъ случаяхъ расширять шейку пальцами, Гегарами и баллонами и прибѣгать къ комбинированному повороту.

Jeannin въ числѣ показаній къ влагалищному кесарскому сѣченію называетъ и преждевременное отдѣленіе нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста. Holmes считаетъ операцію Dührssen'а при разбираемомъ заболѣваніи нераціональной.

Gaston (1906), послѣ насѣченъ зѣва и прободенія головки, вслѣдствіе невозможности извлечь плодъ произвелъ влагалищное кесарское сѣченіе по Dührssen'у.

Въ диссертаціи Germann'a (1907 Іена) описанъ случай влагалищнаго кесарскаго сѣченія съ благопріятнымъ исходомъ для матери.

Отмѣчу еще случаи Döderlein'a, Everke, Pestalozza, Fabre et Bourret, Herz, Скробанскаго, Кипарскаго, Какушкина (2 случая), Холмогорова.

По проф. К. К. Скробанскому, въ случаяхъ, требующихъ немедленнаго родоразрѣшенія у женщинъ съ недалеко зашедшей, только что начинающейся или даже еще не начавшейся родовой дѣятельностью, влагалищное кесарское сѣченіе является наиболѣе подходящимъ методомъ, могущимъ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ создать хорошія условія для дальнѣйшаго родоразрѣшенія.

Въ своей диссертаціи Lévy даетъ обзоръ собранныхъ имъ случаевъ кесарскаго сѣченія. Консервативное кесарское сѣченіе произведено семь разъ, кесарское сѣченіе съ удаленіемъ матки тоже 7 разъ, влагалищное кесарское сѣченіе 9 разъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ слѣдуетъ, не теряя времени, прибѣгать къ хирургическому вмѣшательству. Далѣе, имѣя въ виду частоту тяжелыхъ пораженій маточной стѣнки, частоту послѣдовательныхъ атоническихъ кровотеченій и плохую сопротивляемость ослабленныхъ кровотеченіемъ женщинъ противъ инфекціи, надо, по мнѣнію Lévy, дать предпочтеніе полному удаленію матки послѣ производства кесарскаго сѣченія.

Оперируя сверху, мы можемъ, судя по виду матки, себѣ дать отчетъ, необходимо ли полное изсѣченіе матки или нѣтъ. Наконецъ, не подлежитъ сомнѣнію, что при классическомъ кесарскомъ сѣченіи роженица теряетъ меньше крови, чѣмъ при влагалищномъ.

Вотъ почему клиника Beaudelocque высказывается противъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія, операціи, по мнѣнію французскихъ авторовъ, новой и мало изученной.

Въ противоположность французской школѣ, нѣмецкіе авторы высказываются въ пользу влагалищнаго метода, въ подтвержденіе

чего приведу слова Jung'a, высказанныя на послѣднемъ Международномъ Съѣздѣ Гинекологовъ въ Берлинѣ:

„Bei vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta ist zu entbinden, und zwar, wenn mangels schon erfolgter Eröffnung der Cervix weder Zange noch Wendung möglich, ist, am besten durch Colpohysterotomia anterior, normales Becken vorausgesetzt. Bei engem Becken ist Kaiserschnitt in irgend einer Form indiziert".

Самъ Dührssen, конечно, считаетъ предложенный имъ методъ операціей выбора, особенно въ видѣ „Metreurynterschnitt".

Meinardus высказывается также въ пользу влагалищнаго кесарскаго сѣченія, при закрытой шейкѣ и живомъ плодѣ.

По мнѣнію Ф. Н. Тавилдарова, операція, обезпечивающая наискорѣйшее окончаніе родовъ, должна быть признана наиболѣе подходящей при ретроплацентарномъ кровотеченіи. Случай, имъ описанный, оставилъ впечатлѣніе, что, если бы при немъ было произведено влагалищное кесарское сѣченіе, то роженица осталась бы жива.

Ф. Н. Тавилдаровъ считаетъ классическое кесарское сѣченіе цѣлесообразнымъ лишь въ случаяхъ преждевременнаго отдѣленія послѣда при узкомъ тазѣ, да и то тутъ слѣдовало бы скорѣе предпочесть надлонное разсѣченіе матки по Sellheim'y или Latzko или же операцію Solms.

Въ случаяхъ же нормальныхъ пространственныхъ отношеній онъ настоятельно совѣтуетъ производить влагалищное кесарское сѣченіе, ввиду его безопасности и быстроты производства.

Въ послѣднее время Либовъ описалъ случай влагалищнаго кесарскаго сѣченія при преждевременномъ отдѣленіи послѣда, оперированный имъ въ земской практикѣ съ благопріятнымъ исходомъ для матери.

Всего я могъ собрать 9 классическихъ кесарскихъ сѣченій съ 3-мя смертными исходами для матери, 11 кесарскихъ сѣченій съ изсѣченіемъ матки съ 4-мя смертными исходами и 17 влагалищныхъ кесарскихъ сѣченій (въ томъ числѣ и нашъ случай) тоже съ 4-мя смертными исходами.

Конечно, указанныя цифры слишкомъ малы, чтобы на основаніи ихъ возможно было говорить о преимуществахъ того или другого способа. Все же наилучшій результатъ дастъ повидимому влагалищный методъ.

Въ главѣ о симптоматологіи мы видѣли, что по окончаніи родовъ матка очень часто обнаруживаетъ ту же неспособность сокращаться, какою она отличалась въ теченіе родового акта.

Понятно, что подающій помощь долженъ всемѣрно стремиться вызвать возможно сильное сокращеніе матки, дабы предотвратить всякое послѣдовательное кровотеченіе. Это тѣмъ болѣе важно, что часто родильницы до такой степени ослаблены перенесеннымъ кровотеченіемъ, что имъ дорогъ каждый куб. стм. крови. Описаны случаи, въ которыхъ женщины, благополучно перенесшія родоразрѣшеніе погибали отъ послѣдовательнаго кровотеченія. Такъ въ случаѣ Kouwer'a родильница, которой было сдѣлано кесарское сѣченіе, все же погибла отъ кровотеченія $11^1/_2$ часовъ послѣ родовъ. Изъ сказаннаго явствуетъ, что по окончаніи родовъ не только нужно бороться съ состояніемъ коллапса, съ острымъ малокровіемъ, но и заботиться о хорошей сократительной дѣятельности матки.

На необходимость борьбы съ атоніей матки обращаютъ вниманіе Hans Meyer, v. Weiss, Lobenstine and Harrar, Rosenberg.

Интересно, что недавно Labhard предложилъ въ случаяхъ послѣродовой атоніи не ждать угрожающихъ явленій, а подойти къ источнику кровотеченія и удалить его путемъ надвлагалищной ампутаціи матки. Въ его случаѣ родильница скончалась во время операціи, но не подлежитъ сомнѣнію, что было слишкомъ много упущено дорогого времени.

Еще раньше изъ за атоническаго кровотеченія матка была экстирпирована въ случаѣ Шевалдышева. Въ своей работѣ о послѣродовыхъ кровотеченіяхъ Foges (1910. Клиника v. Rosthorn) приводитъ 3 случая атоніи послѣ преждевременнаго отдѣленія послѣда, въ которыхъ матка была экстирпирована. Двѣ

родильницы погибли, одна выздоровѣла. Въ диссертаціи Getzow'a приведена исторія родовъ случая, въ которомъ атонія нижняго сегмента вынудила сдѣлать ампутацію матки (по Hegar'y). Больная погибла отъ анэміи.

Во многихъ случаяхъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста мы вправѣ ожидать и опасаться наступленія послѣродовой атоніи. Это станетъ понятнымъ, если мы вспомнимъ тѣ тяжелыя пораженія мускулатуры матки, которыя впервые описалъ при интересующемъ насъ заболѣваніи v. Weiss.

Въ текущемъ году Zweifel совѣтуетъ при послѣродовой атоніи въ случаяхъ преждевременнаго отдѣленія послѣда и неуспѣха первой тампонаціи, немедля приступать къ экстирпаціи матки.

Какъ мы уже указали, Zweifel видитъ именно въ атоніи матки самую существенную опасность, которую нужно встрѣтить во всеоружіи:

„Die atonische Blutung ist die Klippe, an welcher der Untergang droht und hier muss auch der Hebel angesetzt werden, um der grossen Gefahr zu begegnen".

Въ менѣе тяжелыхъ случаяхъ достаточно бинтованія по Momburg'y, тампонаціи или комбинированнаго массажа матки. Въ Freiburg'ской клиникѣ примѣнялось и прижатіе аорты инструментомъ Gauss'a.

Большинство авторовъ останавливается еще на мѣрахъ противъ остраго малокровія и коллапса.

Мы не будемъ ихъ перечислять, скажемъ лишь, что въ большинствѣ случаевъ общеупотребительныхъ мѣропріятій бываетъ достаточно. Обычно примѣняютъ: впрыскиваніе камфоры, мускуса, коффеина, эфира, подкожныя и внутривенныя вливанія физіологическаго раствора, солевыя клизмы, обильное питье, кофе, вино, возбуждающія, аутотрансфузія, грѣлки и т. п.

Въ заключеніе я хочу сказать нѣсколько словъ о профилактикѣ преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста.

Въ огромномъ большинствѣ случаевъ ни о какой профилактикѣ рѣчи быть не можетъ, и заболѣваніе носитъ характеръ катастрофы.

Но все же могутъ быть случаи, гдѣ мы можемъ до извѣстной степени дѣйствовать профилактически. Такъ, извѣстно, что нѣкоторыя женщины склонны къ преждевременной отслойкѣ послѣда, какъ то доказали v. Weiss и Couvelaire. Далѣе въ предохранительномъ смыслѣ мы можемъ дѣйствовать у беременныхъ, страдающихъ нефритомъ или почкой беременныхъ. Такъ, Beck совѣтуетъ при нефритѣ, общемъ ожиреніи и т. д. извѣстную гигіену и отстраненіе всякихъ механическихъ инсультовъ, могущихъ дать толчокъ къ кровотеченію. По Mauran'у, профилактическая терапія есть наилучшее леченіе. Онъ приводитъ слова Pinard'a: „Toute femme soumise au régime lacté, c'est à dire dont on traite l'albuminurie, n'a pas à craindre d'hémorrhagie rétroplacentaire".

Особенно настаиваетъ на леченіи нефрита Landon. Онъ требуетъ абсолютную молочную діэту, какъ только опредѣленъ бѣлокъ въ мочѣ; совѣтуетъ не принимать никакихъ лекарствъ, кромѣ легкихъ слабительныхъ, предписываетъ покой и строжайшую гигіэну.

Болѣе широкій взглядъ на профилактику высказываетъ Macam: онъ обращаетъ вниманіе на возможное устраненіе отклоненій въ механизмѣ родовъ, далѣе на леченіе эндометрита, повышеннаго артеріальнаго давленія и венознаго застоя, на леченіе нефрита, назначаетъ средства, повышающія свертываемость крови и т. д.

Изъ 87-ти случаевъ нашего матеріала только въ 6-ти роды кончились произвольно. Случаи эти были наиболѣе легкіе.

Во всѣхъ остальныхъ пришлось оказать то или иное акушерское пособіе, начиная съ простого разрыва плоднаго пузыря и кончая насильственнымъ родоразрѣшеніемъ и влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ.

Большая часть мѣропріятій была направлена къ ускоренію родового акта; при чемъ въ извѣстномъ рядѣ случаевъ возможно было ограничиться мѣропріятіями подготовительными:

8 разъ достаточно было разрыва плоднаго пузыря,

2 раза послѣ разрыва пузыря въ матку введенъ кольпейринтеръ,

1 разъ послѣ разрыва пузыря шейка расширена ручнымъ способомъ,

2 раза расширеніе шейки было достигнуто метрейринтеромъ,

1 разъ произведена тампонація влагалища, послѣ чего уже шейка расширена баллономъ и разорванъ пузырь,

2 раза послѣ разрыва оболочекъ низведена ножка.

Въ слѣдующей категоріи, обнимающей гораздо большее число случаевъ, и несомнѣнно случаевъ болѣе тяжелыхъ, мѣропріятія были родоразрѣшающія:

Поворотъ на ножку и извлеченіе произведены	11	разъ,
разрывъ пузыря, поворотъ и извлеченіе	9	„
извлеченіе плода	2	„
извлеченіе послѣ разрыва оболочекъ	1	„
разрывъ пузыря, метрейризъ, поворотъ и извлеченіе	4	„
разрывъ пузыря, метрейризъ, низведеніе ножки и извлеченіе	1	„
метрейризъ и извлеченіе рукой	1	„
низведеніе ножки и извлеченіе	1	„
ручное расширеніе шейки, поворотъ и извлеченіе	1	„
щипцы были наложены	5	„
щипцы послѣ разрыва пузыря	4	„
щипцы послѣ метрейриза и разрыва пузыря	3	„
щипцы послѣ тампонаціи и разрыва пузыря	1	„
прободеніе головки и краніоклазія послѣ разрыва пузыря произведены	4	„

разрывъ пузыря, метрейризъ, прободеніе и краніоклазія . . . . . 3 раза.

ручное расширеніе шейки, прободеніе и краніоклазія . . . . . 2 „

и, наконецъ по одному разу нижеслѣдующія мѣропріятія:

прободеніе головки и краніоклазія,

метрейризъ, расширеніе по Bossi, прободеніе и каніоклазія,

разрывъ плоднаго пузыря, тампонація влагалища, расширеніе по Hegar'y и Bossi, прободеніе и краніоклазія,

разрывъ пузыря, расширеніе по Walcher'y, прободеніе и краніоклазія,

разрывъ пузыря, расширеніе по Bossi, прободеніе и краніоклазія,

метрейризъ, расширеніе по Bossi, поворотъ на ножку и извлеченіе,

расширеніе по Bossi и извлеченіе,

расширеніе по Hegar'y, метрейризъ, поворотъ на ножку и извлеченіе,

расширеніе по Walcher'y, низведеніе ножки и извлеченіе,

метрейризъ, разрывъ пузыря, поворотъ на ножку, прободеніе послѣдующей головки,

разрывъ пузыря, ручное расширеніе шейки и выжиманіе плода по Kristeller'y,

влагалищное кесарское сѣченіе.

Вслѣдствіе атоніи матки тампонація ея произведена была 9 разъ, жгутъ Momburg'a наложенъ 3 раза (всѣ три случая были крайне тяжелые и кончились смертью).

Въ одномъ тягчайшемъ случаѣ потребовалось надвлагалищное усѣченіе матки.

Конечно, нельзя дѣлать выводовъ на основаніи нашего небольшого цифрового матеріала, все же изученіе богатой литературы и клиническаго матеріала дастъ возможность установить нѣкоторыя общія правила, которыхъ слѣдуетъ придерживаться у постели больной.

Выжидательное леченіе допустимо лишь при ничтожномъ кровотеченіи. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ терапія должна быть активной.

Тампонація, какъ мѣропріятіе безцѣльное, должна быть совершенно оставлена.

Ранній разрывъ плоднаго пузыря, какъ самостоятельный методъ леченія, долженъ быть оставленъ, какъ безцѣльный, а иногда, особенно при отсутствіи родовыхъ болей или слабости ихъ, могущій вызвать усиленіе внутренняго кровотеченія въ силу пониженія внутриматочнаго давленія.

Леченіе требуетъ строгой индивидуализаціи. Разрывъ пузыря можетъ быть разрѣшенъ при хорошихъ боляхъ, когда предвидится скорое окончаніе родовъ. Далѣе, при чрезмѣрномъ растяженіи матки, могущемъ повести къ непоправимымъ послѣдствіямъ разрывъ пузыря можетъ принести пользу. Наконецъ въ исключительныхъ случаяхъ, въ которыхъ отдѣленіе послѣда происходитъ вслѣдствіе запоздалаго отхожденія водъ, разрывъ плоднаго пузыря явится самымъ дѣйствительнымъ средствомъ остановки кровотеченія.

Разрывъ пузыря необходимъ и вполнѣ понятенъ, какъ предварительная мѣра при родоразрѣшающей операціи.

При кровотеченіи въ родахъ, послѣдніе должны быть завершены смотря по обстоятельствамъ случая (метрейризъ, расширеніе по Bossi, поворотъ и извлеченіе, щипцы, прободеніе и краніоклазія).

При угрожающихъ явленіяхъ, особенно же при внутреннемъ кровотеченіи во время беременности, показано немедленное родоразрѣшеніе, которое можетъ быть только чисто хирургическимъ.

Наилучшимъ способомъ слѣдуетъ признать влагалищное кесарское сѣченіе по Dührssen'y или Bumm'y, дающее возможность опорожнить матку въ кратчайшее время.

Въ тяжелыхъ случаяхъ, въ которыхъ матка перерастянута или же гдѣ можно ожидать глубокихъ измѣненій самой матки, показано классическое кесарское сѣченіе. Если же при производ-

ствѣ послѣдняго обнаружатся болѣе или менѣе значительныя нарушенія ея цѣлости отъ перерастяженія, а также въ случаяхъ инфицированныхъ, самой раціональной операціей является Hysterectomia по Porro.

При тяжелой послѣродовой атоніи матки не слѣдуетъ настаивать на консервативныхъ методахъ леченія, а своевременно приступать къ экстирпаціи матки.

Выпаденіе послѣда.

Уже въ 17-омъ столѣтіи были извѣстны случаи выхожденія послѣда до рожденія ребенка. Авторы подобное явленіе считали крайне рѣдкимъ, опаснымъ для матери, гибельнымъ для плода.

Самое старое сообщеніе случая рожденія послѣда раньше плода имѣется у Lossius'a (1672). Случай особенно интересенъ тѣмъ, что плодъ родился живымъ (quae in Sustokia seu partu difficili tandem secundinam ante partum excluserat non tantum foetu sed et matre salva, nisiquod ab enixu hystericis aliquot paroxysmis tentata fuit).

Почти сто лѣтъ спустя въ „Сборникѣ интересныхъ случаевъ" Smellie (1754) даетъ описаніе подобнаго случая „found the Placenta pushing through the os externum and the delivery of this was immediately followed by that of the child, which was alive although the Placenta came first".

Приблизительно въ это же время появилась работа de la Motte (1765), въ которой мы находимъ описаніе случая выпаденія послѣда: у роженицы къ концу вторыхъ сутокъ родовой дѣятельности появилось сильное кровотеченіе; при введеніи руки во влагалище былъ обнаруженъ послѣдъ; при влеченіи за него отошли воды въ большомъ количествѣ; крайне ослабленную роженицу удалось спасти поворотомъ и извлеченіемъ плода.

Въ 1832 году Osiander предложилъ терминъ prolapsus placentae, названіе пріобрѣвшее съ тѣхъ поръ право гражданства въ нашей наукѣ.

Всѣ указанные авторы видѣли въ выпаденіи послѣда осложненіе предлежанія его. И никто изъ нихъ не представлялъ себѣ что выпасть можетъ и послѣдъ, первоначально расположенный на нормальномъ мѣстѣ.

Лишь въ серединѣ прошлаго столѣтія мы находимъ указанія, что родиться раньше плода можетъ не только предлежащій, но и нормально прикрѣпленный послѣдъ.

Эта новая мысль была высказана не Scanzoni (какъ ошибочно думаетъ Kayser), а Hochstätter'омъ въ 1843-мъ году. Онъ имѣлъ возможность наблюдать, какъ въ теченіи родовъ послѣдъ понемногу надвигался на маточный зѣвъ и, наконецъ, вполнѣ его закрылъ. Имъ же предложенъ остроумный терминъ Placenta praevia accidentalis.

Въ возникшихъ по этому поводу преніяхъ Outrepont сообщилъ, что онъ нѣсколько разъ видѣлъ выпаденіе послѣда въ случаяхъ, гдѣ предшествовавшими изслѣдованіями ненормальное прикрѣпленіе послѣда было исключено. Въ 1853-емъ году Scanzoni первый доказалъ анатомически возможность выпаденія послѣда при нормальномъ его расположеніи. Родильница погибла отъ сепсиса; и на вскрытіи плацентарное мѣсто было найдено высоко въ днѣ матки.

Изученіе случаевъ, описанныхъ Simpson'омъ (1855) подъ видомъ placenta praevia, показываетъ, что въ двухъ изъ нихъ было несомнѣнно выпаденіе нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста.

Hohl (1862) хорошо знаетъ разбираемое осложненіе, все же относится къ возможности его скептически: „Eine Lösung mit Vorfall der an gewöhnlicher stelle Sitzenden Placenta während der am Ende der Schwangerschaft erfolgenden Geburt nehmen wir, trotz der angeblichen Beobachtungen, dennoch nicht an".

Къ этому же періоду относится безспорный случай Hüter'a (1852): и здѣсь вскрытіе умершей отъ сепсиса родильницы доказало присутствіе плацентарнаго мѣста въ днѣ матки, строеніе же шейки было нормальное.

Не менѣе безспорнымъ является наблюденіе Hecker'a (1871).

Kayser на 42800 родовъ клиники Charité (1876—1903) не нашелъ ни одного случая „prolapsus placentae". Впрочемъ, одно наблюденіе подъ заглавіемъ „Поворотъ при черепномъ предлежаніи. Истеченіе кровью", представляетъ собою классическій случай выпаденія послѣда. И тутъ (Gröningen 1885) нахожденіе плацентарнаго мѣста въ днѣ матки было доказано вскрытіемъ.

Считаю умѣстнымъ указать на слѣдующіе, имѣющіеся въ литературѣ случаи выпаденія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста:

Lange (1868): при двойняхъ.

Münchmeyer (1888): въ первомъ случаѣ интересно полное отсутствіе наружнаго и внутренняго кровотеченія. Второй случай при двойняхъ.

Ingerslev (1892) Хотя Kayser это наблюденіе не считаетъ доказаннымъ, тѣмъ не менѣе я его считаю безспорнымъ, потому что изслѣдованіе въ началѣ родовъ нигдѣ въ зѣвѣ послѣда не обнаружило. Тампонація влагалища вызвала сильныя схватки, изгнавшія тампонъ и вслѣдъ за нимъ послѣдъ, плодовой поверхностью впередъ. Изслѣдованіе мѣста разрыва оболочекъ доказало нормальное расположеніе дѣтскаго мѣста.

Feinberg (1893)—случай безспорный.

Felsenreich (1893)—Роды на 7-омъ мѣсяцѣ; при вскрытіи обнаружено плацентарное мѣсто въ днѣ.

Koffer-v. Weiss (1894)—при поперечномъ положеніи.

Chevillot (1896)—случай сомнительный; вѣроятно предлежаніе послѣда.

Cumston (1899)—въ первомъ случаѣ можно предположить низкое прикрѣпленіе послѣда, или даже предлежаніе его; второе же наблюденіе можно считать достовѣрнымъ.

Haake (1899)—плодъ былъ доношенный; кричалъ, будучи извлеченъ краніокластомъ. Этіологическое значеніе могли имѣть гонорройный эндометритъ, чрезмѣрно сильныя боли и натяженіе со стороны плоднаго пузыря.

Kannengieser (1901) — беременность 6-мѣсячная; послѣдъ оказался въ зѣвѣ лишь при открытіи на 4 пальца; вскрытіе обнаружило плацентарное мѣсто въ днѣ и на задней стѣнкѣ матки.

Vogel (1903)—первый и четвертый случай достовѣрны, оба при многоводіи; второй же и третій случай крайне сомнительны (двойни).

Kayser (1903)—типичный случай.

Steffens (1904)—случай сомнительный, потому-что до начала болей были кровотеченія. Въ пользу prolapsus placentae говоритъ подвижность послѣда.

Schickele (1906)—типичный случай при многоводіи на 7-мъ мѣсяцѣ. Плацентарное мѣсто опредѣлено высоко на задней стѣнкѣ матки.

Osterloh (1908)—достовѣрный случай: поперечное положеніе; внезапное отхожденіе водъ при отсутствіи крупной части надъ зѣвомъ.

Stern (1908)—типичный случай: многоводіе, поперечное положеніе.

Gans (1909)—типичный случай: многоводіе, внезапное отхожденіе водъ.

Getzow (1909)—выпаденіе послѣда второго плода послѣ рожденія перваго плода.

Hoffmann (1910)—безспорный случай на 8-мъ мѣсяцѣ. Причина — некрозъ большого участка послѣда. Интересно, что плодъ извлеченъ живымъ 10—12 минутъ послѣ отдѣленія послѣда.

Basset (1911)—достовѣрный случай: неполное выпаденіе при поперечномъ положеніи.

Küster (1911)—при многоводіи; беременность шести мѣсяцевъ.

Heimann (1911)—послѣдъ вышелъ по рожденіи перваго плода при сильномъ кровотеченіи. Двойни двуяйцевыя, послѣдъ одинъ.

Macfarlane (1911)—3 случая; описаніе далеко не ясно; въ виду сомнительности ихъ, случаи въ таблицу не включены.

Hartmann (1912)—первый случай на 6-мъ мѣсяцѣ при нефритѣ; доказанъ вскрытіемъ.

Безспорность второго случая Hartmann видитъ въ томъ обстоятельствѣ, что по отхожденіи водъ изъ влагалища свисали оболочки.

Stadfeldt, цитируемый Hartmann'омъ.

Кипарскій (1912)—по рожденіи перваго плода во влагалищѣ оказался послѣдъ второго плода.

Мы уже знаемъ, что выпаденіе послѣда Osiander'омъ названы случаи, въ которыхъ послѣдъ, при завѣдомо нормальномъ его расположеніи, рождается раньше плода.

Впослѣдствіи Münchmeyer значительно съузилъ понятіе „prolapsus placentae"; по его мнѣнію „о выпаденіи послѣда можно говорить только тогда, когда послѣдъ въ концѣ беременности при нормальномъ расположеніи его извергается раньше ребенка". Съ этимъ опредѣленіемъ вполнѣ соглашается и Haake. По Kayser'у и Basset'у выпаденіемъ послѣда можно считать всѣ случаи, въ которыхъ въ концѣ беременности послѣдъ лежитъ въ зѣвѣ или надъ нимъ, при чемъ, конечно, должно быть исключено предлежаніе дѣтскаго мѣста. Выхожденіе же послѣда до рожденія плода, какъ того требуетъ Münchmeyer, не обязательно. Вѣдь описаны случаи, въ которыхъ съ цѣлью скорѣйшаго родоразрѣшенія былъ сдѣланъ поворотъ на ножку и произведено извлеченіе (Hüter, Hecker, Koffer, Basset), такъ что послѣдъ родился лишь послѣ акушерской операціи. И тѣмъ не менѣе упомянутые случаи должны быть признаны классическими случаями выпаденія нормально расположеннаго послѣда.

Предложеніе Hecker'а называть подобные случаи „неполнымъ выпаденіемъ послѣда" не можетъ быть признано удачнымъ.

Мы видѣли, что нѣкоторые авторы (Münchmeyer, Haake, Kayser) условіемъ для выпаденія послѣда ставятъ доношенность беременности, требованіе, по моему мнѣнію, не вполнѣ обоснованное, потому-что, какъ извѣстно, преждевременное отдѣленіе послѣда, осложненіе, лежащее въ основѣ выпаденія послѣда, далеко не всегда встрѣчается при родахъ срочныхъ, а очень часто на 7-мъ, 8-мъ, 9-мъ и 10-мъ мѣсяцахъ беременности.

Правда взглядъ Scanzoni, что выпаденіе послѣда возможно лишь при недоношенныхъ плодахъ, оказался ошибочнымъ; большая часть описанныхъ случаевъ касается доношенныхъ родовъ.

Schickele признаетъ выпаденіе нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста, если 1) оно рождается раньше плода (исключены оперативные случаи), 2) если плацентарное мѣсто находится въ тѣлѣ матки внѣ предѣловъ нижняго сегмента и 3) если разрывъ оболочекъ находится далеко отъ края послѣда (возстановленіе плоднаго мѣшка по Holzapfel'ю). По Braun'у при родахъ двойнями, опущеніе въ рукавъ отдѣленнаго дѣтскаго мѣста перваго плода составляетъ нерѣдкое явленіе, которое, впрочемъ, нельзя назвать выпаденіемъ (placentoproptosis), если существуетъ два послѣда.

Только, если при двойномъ послѣдѣ опускается во влагалище послѣдъ второго плода или же если при одномъ послѣдѣ этотъ послѣдній выпадаетъ во влагалище до рожденія второго плода— только тогда умѣстно названіе „выпаденіе послѣда".

На основаніи изученія литературы я думаю, что выпаденіемъ послѣда слѣдуетъ считать всѣ тѣ случаи, въ которыхъ нормально расположенный послѣдъ спускается въ зѣвъ, во влагалище или же выходитъ наружу раньше плода, причемъ роды могутъ быть срочными или преждевременными; нормальное расположеніе послѣда должно быть доказано клинически (изслѣдованіе до выпаденія и послѣ него, опредѣленіе плацентарнаго мѣста выше нижняго сегмента рукой, введенной въ матку послѣ родовъ,

возстановленіе плоднаго мѣшка по Holzapfel'ю) или же анатомически (вскрытіе мертваго тѣла).

Выпаденіе нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста встрѣчается крайне рѣдко. — Въ нѣкоторыхъ учебникахъ осложненіе это упоминается лишь вкратцѣ (Olshausen-Veit, Winckel's Handbuch). — Bumm, Zweifel, Runge не касаются его вовсе.

Какъ уже было отмѣчено, на 42.800 родовъ клиники Charité выпаденіе послѣда встрѣтилось одинъ разъ. Münchmeyer на 7.000 родовъ видѣлъ два случая выпаденія послѣда. На 45999 родовъ P. 3. приходится одинъ случай выпаденія послѣда; на 2588 родовъ Обуховской больницы не было ни одного случая.

Въ основѣ выпаденія дѣтскаго мѣста лежитъ преждевременное его отдѣленіе, и этіологія послѣдняго осложненія во многихъ случаяхъ совпадаетъ съ этіологіей prolapsus placentae. Вообще слѣдуетъ признать основнымъ положеніемъ, что выпаденіе послѣда можетъ наступить только послѣ отдѣленія его. Osiander видѣлъ причину отдѣленія послѣда въ вырабатываніи потугъ въ стоячемъ положеніи или въ грубыхъ манипуляціяхъ.

Hohl строго различаетъ моментъ отдѣленія послѣда и выпаденія его. Выпаденіе послѣда, по его мнѣнію, чаще всего встрѣчается на 4—8 мѣс. беременности; причину выпаденія онъ видитъ въ смерти плода. Благодаря послѣдней, запустѣваютъ плацентарные сосуды и нарушается связь между послѣдомъ и маткой. Мнѣніе это безусловно ошибочно, потому что въ большей части описанныхъ случаевъ, отдѣленіе послѣда и смерть плода по времени почти совпадали, причемъ отдѣленіе послѣда нѣсколько предшествовало смерти плода.

Spiegelberg высказалъ мысль, что выпаденіе послѣда легче всего можетъ произойти при двойняхъ, чему способствуетъ недостаточное выполненіе нижняго сегмента. Поэтому сравнительно часто приходится видѣть выпаденіе послѣда при недоношенныхъ плодахъ и тазовыхъ положеніяхъ.

Braun считалъ, что при доношенныхъ и живыхъ плодахъ выпаденіе послѣда обычно встрѣчается при поперечномъ положеніи, и что оно можетъ случиться лишь по разрывѣ пузыря и отхожденіи водъ.

По Veit'y не подлежитъ сомнѣнію, что ретракція полаго мускула является необходимымъ для выпаденія послѣда условіемъ. По наступленіи послѣдняго всегда слѣдуетъ подумать о разрывѣ матки.

Значеніе травмы въ этіологіи выпаденія послѣда ничтожно. Kayser только въ случаѣ Gröningen'a нашелъ отмѣченной травму. Противъ травмы говоритъ и частое отсутствіе ретроплацентарныхъ гематомъ на выпавшихъ послѣдахъ.

Короткость пуповины, играющая иногда роль этіологическаго момента въ случаяхъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, лишена значенія въ этіологіи prolapsus placentae; то же можно сказать и о чрезмѣрно сильныхъ родовыхъ болѣхъ (въ случаяхъ Hüter'a, Münchmeyer'a и Feinberg'a, наоборотъ, отмѣчены слабыя схватки).

Гораздо важнѣе внезапное опорожненіе полости матки, наступающее послѣ рожденія перваго плода при двойняхъ или же послѣ отхожденія водъ при многоводіи.

Хотя Kayser и отрицаетъ значеніе этого фактора, мы все же должны обратить на него особенное вниманіе.

Osterloh считаетъ этіологію выпаденія послѣда невыясненной.

Gans не придаетъ значенія ни травмѣ, ни короткости пуповины, грубому изслѣдованію или слишкомъ раннему вырабатыванію потугъ. По его мнѣнію, важнѣе анатомическія измѣненія на почвѣ нефрита, сифилиса или гонорреи, ведущія къ отдѣленію послѣда, и лишь вторично къ выпаденію его.

Haake для своего случая видитъ причину отдѣленія послѣда въ недостаточномъ прикрѣпленіи его вслѣдствіе эндометрита (гоноррея), причину же выпаденія въ судорожныхъ болѣхъ и въ сохраненіи цѣлости плодныхъ оболочекъ при полномъ открытіи зѣва.

Schickele, не придавая большого значенія эндометриту, видитъ наиболѣе существенную причину въ механическихъ моментахъ: при многоводіи и двойняхъ, благодаря внезапному уменьшенію матки послѣдъ отдѣляется, какъ въ третьемъ періодѣ родовъ. По его мнѣнію, именно такой взглядъ можетъ объяснить выпаденіе послѣда въ большей части описанныхъ случаевъ.

Vogel думаетъ, что въ этіологіи выпаденія послѣда могутъ имѣть значеніе какъ анатомическія измѣненія (экссудативный эндометритъ), такъ и чисто механическія условія, причемъ поневолѣ бросается въ глаза, что въ большинствѣ случаевъ матка внезапно лишалась большей части своего содержимаго (многоводіе, двойни), вслѣдствіе чего появлялись сокращенія, отслаивающія послѣдъ, какъ въ послѣдовомъ періодѣ.

Hartmann подчеркиваетъ, что выпаденіе послѣда наичаще наблюдается при многоводіи и придаетъ механическимъ моментамъ первенствующее значеніе. Выпаденіе дѣтскаго мѣста при двойняхъ объясняется отчасти тѣми же условіями, какъ и при многоводіи, отчасти тѣмъ, что послѣдъ перваго плода или непосредственно или посредствомъ оболочекъ производитъ влеченіе за послѣдъ второго плода и отслаиваетъ его.

Не подлежитъ, однако, сомнѣнію, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ первопричину выпаденія послѣда слѣдуетъ видѣть въ тѣхъ измѣненіяхъ послѣда и матки, которыя играютъ столь видную роль въ этіологіи преждевременнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста и которыя могутъ при случаѣ стоять въ связи съ нефритомъ.

Особеннаго вниманія заслуживаетъ самый процессъ выпаденія послѣда.

Spiegelberg, Braun и другіе непремѣннымъ условіемъ считаютъ неполное выполненіе таза предлежащей частью. Это положеніе не требуетъ доказательствъ. Подобное недостаточное замыканіе нижняго сегмента можетъ быть не только при поперечныхъ или ягодичныхъ положеніяхъ, или же при двойняхъ, какъ считаютъ Spiegelberg, Braun, Schröder. Значительная часть выпаденій послѣда наблюдалась при черепныхъ положеніяхъ.

Кажущееся противорѣчіе сглаживается соображеніемъ, что всѣ больныя были многородящія, у которыхъ головка въ концѣ беременности стоитъ высоко, подвижно надъ входомъ въ тазъ.

По Gans'у, выпаденіе отдѣлившагося послѣда возможно только въ томъ случаѣ, если входъ въ тазъ совсѣмъ или хотя-бы отчасти свободенъ, а потому большая часть описанныхъ случаевъ касается двоенъ, поперечныхъ или ножныхъ положеній.

По Schickele можетъ выпасть каждое вполнѣ отдѣлившееся дѣтское мѣсто. Если же нижній сегментъ выполненъ плодомъ, послѣдъ лишенъ возможности выпасть. При поперечныхъ положеніяхъ, равно какъ и при черепныхъ (при подвижной гэловкѣ) послѣдъ можетъ спуститься мимо плода и совершенно неожиданно появиться во влагалищѣ и въ половой щели. По тѣмъ же соображеніямъ выпаденіе послѣда встрѣчается чаще во время родовъ преждевременныхъ, на что особенно обращаетъ вниманіе Hartmann.

Далѣе Spiegelberg считаетъ непремѣннымъ условіемъ выпаденія дѣтскаго мѣста разрывъ плодныхъ оболочекъ. Напротивъ Ahlfeld думаетъ, что послѣ полной отслойки послѣда отслаивается и ненарушенное плодное яйцо по всей периферіи, послѣ чего оно вращается in toto вокругъ своей оси: такой механизмъ Ahlfeld допускаетъ только для случаевъ, въ которыхъ послѣдъ сидитъ въ днѣ.

Kleinwächter считаетъ, что предлежаніе отдѣлившагося отъ дна послѣда далеко не всегда должно быть объяснено подобнымъ вращеніемъ (Rotation) плоднаго яйца.

По Kayser'у, послѣдъ можетъ выпасть легче всего при отсутствіи плоднаго пузыря. При такихъ условіяхъ понижается внутриматочное давленіе, прижимающее обычно послѣдъ къ площади его прикрѣпленія, и благодаря ретракціи маточной мускулатуры уменьшается плацентарное мѣсто, что способствуетъ отслойкѣ послѣда. Отдѣлившееся дѣтское мѣсто по силѣ своей тяжести спускается по направленію нижняго сегмента.

Этотъ механизмъ слѣдуетъ признать для всѣхъ случаевъ, въ которыхъ выпаденіе послѣда происходитъ послѣ отхожденія водъ. Въ подобныхъ случаяхъ, послѣдъ можетъ, выпячиваясь въ полость матки, тянуть за собой оболочки и родиться плодовой поверхностью впередъ (Münchmeyer, Ingersley). Съ другой стороны существуютъ достовѣрныя наблюденія, въ которыхъ выпаденіе послѣда произошло при цѣломъ пузырѣ. И если въ случаѣ Haake можно сомнѣваться въ цѣлости пузыря, то Hüter и Gröningen при производствѣ поворота находили пузырь неразрушеннымъ и разрывали его.

Механизмъ выпаденія послѣда при подобныхъ условіяхъ можно объяснить или вращеніемъ плоднаго яйца послѣ всесторонней отслойки его кровоизліяніемъ въ смыслѣ Ahlfeld'a, или же тѣмъ, что отдѣлившійся послѣдъ въ силу своей тяжести при небольшомъ количествѣ околоплодныхъ водъ спускается внизъ и тянетъ частично отдѣленныя оболочки, которыя благодаря своей эластичности допускаютъ значительное растяженіе (Kayser).

Итакъ, мы можемъ принять троякій механизмъ выпаденія послѣда: 1) выпаденіе послѣда въ силу своей тяжести послѣ отхожденія водъ. 2) ротація плоднаго яйца in toto, и 3) опущеніе послѣда съ растяженіемъ оболочекъ при цѣлыхъ водахъ. Клиническая картина, поскольку она можетъ быть дана на основаніи немногихъ наблюденій, крайне разнообразна.

Уже Münchmeyer считалъ, что чаще поражаются многородящія. Среди собранныхъ мною 27-ми случаевъ лишь въ одномъ больная была первородящей. Всѣмъ случаямъ обще отсутствіе кровотеченій во время беременности (въ отличіе отъ placenta praevia). Тутъ разногласія нѣтъ. Самый же процессъ выпаденія послѣда иногда сопровождается кровотеченіемъ, иногда нѣтъ.

Болѣе или менѣе сильное кровотеченіе отмѣчено въ случаяхъ Hüter'a, Hecker'a, Haake, Koffer'a, Gröningen'a и въ нашемъ наблюденіи. Оно отсутствовало въ обоихъ случаяхъ Münchmeyer'a, въ случаѣ Feinberg'a, Kayser'a. Въ случаяхъ первой группы заболѣваніе начинается сильнымъ

кровотеченіемъ, обыкновенно наружнымъ, что легко объяснить невыполненнымъ ничѣмъ входомъ въ тазъ.

Лишь при наличности исключительныхъ условій могутъ появиться признаки внутренняго кровотеченія (случаи Haake, Basset). Въ случаяхъ второй группы отсутствуютъ какія-то ни было угрожающія явленія. Нѣтъ ни внутренняго, ни наружнаго кровотеченія. Лишь исчезновеніе сердцебіенія плода указываетъ на гибель плода. Внутреннее изслѣдованіе выясняетъ дѣло.

Такое странное явленіе, какъ отсутствіе кровотеченія при полномъ отдѣленіи послѣда, требуетъ конечно объясненія.

Мы уже указали на взглядъ Hohl'a, по которому послѣдъ отдѣляется благодаря запустѣванію плацентарныхъ сосудовъ. Въ такомъ случаѣ смерть плода должна наступить задолго до отслойки послѣда. Мы видѣли, что это не соотвѣтствуетъ дѣйствительности. Можно предположить, что по отдѣленіи послѣда наступаетъ сокращеніе матки, аналогичное физіологическому сокращенію послѣ изгнанія послѣда, замыкающее маточно-плацентарные сосуды. Противъ этого можно возразить, что подобное сокращеніе матки невозможно, пока полость матки не будетъ опорожнена отъ своего содержимаго. Часто отсутствуетъ и всякое внутреннее кровотеченіе, такъ что общая кровопотеря не превышаетъ таковой при нормальныхъ родахъ (Feinberg, Münchmeyer).

Kayser полагаетъ, что непосредственно послѣ отдѣленія послѣда происходитъ тромбозъ сосудовъ, который можетъ быть стоитъ въ связи съ особыми процессами въ сосудахъ, поведшими и къ отслойкѣ послѣда. Только быстрымъ образованіемъ тромбовъ можно объяснить отсутствіе кровотеченія, а отнюдь не сокращеніемъ матки. Что нѣкоторую роль играетъ и внутриматочное давленіе, въ особенности при ненарушенномъ пузырѣ, можно легко допустить.

Очень интересенъ случай Kayser'a, въ которомъ выпаденіе послѣда не сопровождалось ни малѣйшимъ кровотеченіемъ. 15 часовъ послѣ отдѣленія послѣда, въ то время когда плодъ, послѣ поворота на ножку, находился еще въ маткѣ, внезапно насту-

пило сильнѣйшее внутреннее кровотеченіе, погубившее роженицу. Такому позднему кровотеченію очень трудно дать объясненіе. Можетъ быть, какъ предполагаетъ авторъ, дѣло началось со случайнаго отдѣленія тромба съ послѣдующимъ разслабленіемъ маточной мускулатуры и дальнѣйшимъ нарушеніемъ тромбозированныхъ сосудовъ.

Діагнозъ prolapsus placentae не труденъ въ случаяхъ, когда послѣдъ выходитъ раньше плода изъ родовыхъ путей, и когда исключено предлежаніе его. При такъ назыв. „неполномъ" выпаденіи напротивъ, лишь исключительныхъ случахъ удается поставить правильный діагнозъ; вся трудность конечно заключается въ отличительномъ распознаваніи отъ предлежанія послѣда. Дѣйствительно, „descensus placentae" (Stadfeldt) неоднократно давалъ поводъ къ смѣшенію съ placenta praevia.

Анамнезъ можетъ дать нѣкоторыя указанія, потому что кровотеченія во время беременности съ большой долей вѣроятности говорятъ за предлежаніе дѣтскаго мѣста. Для выпаденія послѣда характерно полное отсутствіе кровотеченій во время беременности (Osterloh, Basset). Münchmeyer обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что при предлежаніи послѣда плодъ часто погибаетъ уже до родовъ, а при выпаденіи одновременно съ отдѣленіемъ дѣтскаго мѣста. Далѣе онъ увѣряетъ, что выпадающій послѣдъ идетъ плодовой поверхностью впередъ, чего конечно не можетъ быть при послѣдѣ предлежавшемъ.

Kleinwächter обращаетъ вниманіе на подвижность послѣда, упавшаго на зѣвъ сверху, какъ на характерный признакъ.

Наконецъ тотъ же Kleinwächter считаетъ характернымъ отсутствіе кровотеченія sub partu. Не требуетъ доказательствъ, что всѣ эти признаки не достовѣрны. Такъ, напр. укажу на справедливое возраженіе Kayser'a, что симптомъ Münchmeyer'a не патогномоиченъ, потому что послѣдъ, выпадающій при цѣломъ пузырѣ, никакъ не можетъ итти плодовой поверхностью впередъ.

Подвижность предлежащаго послѣда трудно установить при малооткрытомъ зѣвѣ, или же когда дѣтское мѣсто прижимается къ зѣву предлежащей частью.

Съ другой стороны, при чрезвычайной рѣдкости выпаденія послѣда, практическій врачъ врядъ-ли будетъ стараться отодвигать послѣдъ и изслѣдовать его подвижность, сознавая къ какимъ гибельнымъ послѣдствіямъ такого рода манипуляціи могутъ повести при центральномъ предлежаніи дѣтскаго мѣста.

Наконецъ, второй признакъ, указанный Kleinwächter'омъ, а именно отсутствіе кровотеченія въ родахъ, не вѣренъ, потому что кровотеченіе наблюдалось въ цѣломъ рядѣ случаевъ.

Достовѣрнымъ признакомъ можно считать опредѣленіе послѣда на зѣвѣ, въ которомъ при предыдущемъ изслѣдованіи не ощущалось плацентарной ткани (Basset). Конечно, должно быть исключено краевое предлежаніе послѣда, обнаружившееся лишь при достаточномъ открытіи зѣва.

Изъ приводимыхъ въ таблицѣ исторіи родовъ видно, что подобныя точныя изслѣдованія имѣли мѣсто лишь въ немногихъ случаяхъ (напр. въ наблюденіяхъ Hecker'a, Каннегисера, Basset'a, Küster'a).

Выше мы уже указывали, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ діагнозъ выяснялся лишь на вскрытіи (нахожденіе плацентарнаго мѣста въ днѣ матки). Такъ было въ наблюденіяхъ Scanzoni, Hüter'a, Gröningen'a, Felsenreich'a и Hartmann'a.

Не лишено значенія и изслѣдованіе послѣда. Если при возстановленіи плоднаго мѣшка по Holzapfel'ю, разрывъ оболочекъ окажется на разстояніи не менѣе 10—5 стм. отъ края послѣда, то можно съ большей долей вѣроятностью признать выпаденіе нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста.

Предсказаніе для плода всегда печально. Уже Scanzoni считалъ рожденіе плода живымъ мало вѣроятнымъ. Наблюденія старыхъ авторовъ или основаны на недоразумѣніи или же касаются предлежанія послѣда.

Все же отрицать возможность рожденія живого плода мы не можемъ. Теоретически вопросъ сводится къ возможности извлечь плодъ не позже нѣсколькихъ минутъ послѣ отдѣленія послѣда. Это представляется возможнымъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ кровотеченіе побуждаетъ къ вмѣшательству. Во всѣхъ же случаяхъ, въ которыхъ кровотеченія нѣтъ, жизнь плода угасаетъ раньше, чѣмъ врачу явится мысль о необходимости вмѣшательства.

По Scanzoni жизнь плода прекращается спустя нѣсколько минутъ послѣ полнаго отдѣленія послѣда; по Spiegelberg'у младенецъ можетъ еще родиться живымъ спустя 10 минутъ по отслойкѣ дѣтскаго мѣста.

Въ случаяхъ, сопровождающихся кровотеченіемъ, безспорно дана возможность получить живого ребенка, 1) потому что при наличности акушерскихъ условій врачъ можетъ немедленно приступить къ родоразрѣшенію и 2) потому что кровотеченіе можетъ быть указываетъ лишь на частичное отдѣленіе дѣтскаго мѣста.

Въ случаѣ Haake извлеченный краніокластомъ плодъ еще кричалъ. Вполнѣ понятно, что условія особенно благопріятствуютъ рожденію живого ребенка при двойняхъ.

На 28 достовѣрныхъ случаевъ нашей сборной статистики погибло 24 ребенка; исходъ для ребенка въ одномъ случаѣ неизвѣстенъ, трое дѣтей родились живыми. Первые плоды при двойняхъ, конечно, не приняты въ расчетъ. Смертность дѣтей—88,8%.

Предсказаніе для матери уже совсѣмъ иное. Старые авторы (Hohl, Grenser) ставили всегда благопріятное предсказаніе, думая, что съ изверженіемъ послѣда кровотеченіе прекращается или же что запустѣвшіе сосуды вообще не могутъ дать кровотеченія. Не требуетъ доказательствъ, что такое воззрѣніе неправильно. Мы уже видѣли, что кровотеченія бываютъ, и даже чрезвычайно сильныя, вынуждающія подчасъ вмѣшаться немедленно. Такъ Haake, для спасенія жизни матери сдѣлалъ перфорацію и краніоклазію немытыми руками.

Münchmeyer и Osterloh видятъ опасность для матери не въ кровотеченіи, а въ легкой возможности инфекціи со стороны обнаженной внутренней поверхности матки.

По Hartmann'у наиболѣе благопріятно предсказаніе въ случаяхъ многоводія, потому что здѣсь отдѣленіе и выпаденіе послѣда происходятъ почти одновременно и кровотеченіе поэтому умѣренно.

Гораздо хуже предсказаніе, когда отслойка происходитъ постепенно и лишь отчасти, что всегда сопровождается значительнымъ кровотеченіемъ.

Изъ 28-ми матерей погибло 8. Исходъ для матери въ одномъ случаѣ неизвѣстенъ. Выздоровѣло 19 матерей. Смертность матерей—29, 6%.

Старые авторы, считавшіе выпаденіе послѣда неопаснымъ для жизни матери, все леченіе сводили къ спасенію жизни плода.

Я думаю, что можно вполнѣ согласиться съ мнѣніемъ Kayser'а, который при мертвомъ плодѣ и отсутствіи кровотеченія допускаетъ выжидательное веденіе родовъ, при кровотеченіи же, и особенно при живомъ плодѣ требуетъ немедленнаго родоразрѣшенія.

Но не слѣдуетъ увлекаться надеждой спасти плодъ, потому что естественно, что его жизнеспособность рѣзко понижена, съ другой стороны родоразрѣшеніе можетъ представить значительные трудности, потому что выпаденіе послѣда далеко не всегда случается въ періодѣ изгнанія, т. е. послѣ полнаго открытія зѣва (Kayser).

Изъ сказаннаго явствуетъ, что ни въ коемъ случаѣ не слѣдуетъ подвергать мать какой-либо опасности, въ интересахъ призрачной жизни плода (Braun, Kayser, Gans, Basset, Hartmann).

Gans и Basset допускаютъ прободеніе съ послѣдующей краніоклазіей, или же поворотъ съ извлеченіемъ.

При отсутствіи кровотеченія и мертвомъ плодѣ можно при-

держиваться выжидательной тактики, но, слѣдуя совѣту Kayser'a, только при нормальномъ тазѣ. Если же послѣдній съуженъ, то лучше раньше перфорировать головку. Во всякомъ случаѣ, при подобныхъ условіяхъ, поворотъ противопоказанъ, потому что во время послѣдующаго извлеченія можетъ наступить рѣзкое пониженіе внутриматочнаго давленія съ послѣдующимъ внутреннимъ кровотеченіемъ, какъ и было въ печальномъ случаѣ Kayser'a.

Hartmann совѣтуетъ въ случаяхъ, требующихъ скорѣйшаго родоразрѣшенія, производить насѣчки зѣва или влагалищное кесарское сѣченіе или же расширеніе шейки по Bossi. Онъ считаетъ метрейризъ противопоказаннымъ, потому что онъ лишенъ въ данномъ случаѣ кровоостанавливающаго дѣйствія, а шейку расширяетъ очень медленно.

Я думаю, что при показаніяхъ къ немедленному родоразрѣшенію самой раціональной терапіей слѣдуетъ признать прободеніе головки и краніоклазію или же поворотъ на ножку и извлеченіе.

Болѣе или менѣе достовѣрныхъ случаевъ изъ литературы я собралъ 28: Hüter, Lange, Hecker, Gröningen, Münchmeyer (2), Ingerslev, Feinberg, Felsenreich, v. Weiss-Koffer, Cumston (2-ой случай), Haake, Каннегисеръ, Vogel (1-ый и 4-ый), Kayser, Schickele, Osterloh, Stern, Gans, Hoffmann, Getzow, Basset, Küster, Heimann, Hartmann (2), Кипарскій.

Случаи, неясные или сомнительные я упускаю (Vogel (2-ой и 3-ій), Cumston (1-ый), Chevillot, Steffens, Macfarlane).

Къ 28 достовѣрнымъ случаямъ я могу присоединить наблюденіе изъ матеріала Р. З. (см. Исторіи родовъ № XXXII):

Многородящая, 23-хъ лѣтъ; кровотеченій не было ни въ теченіе беременности, ни въ началѣ родовъ. По отхожденіи очень обильныхъ водъ появилось сильное кровотеченіе, послѣ чего родился послѣдъ. Плодъ оказался въ ножномъ положеніи, извле-

ченъ безъ признаковъ жизни, вполнѣ доношенъ. Мы считаемъ себя вправѣ назвать этотъ случай классическимъ.

Изъ собранныхъ нами 29-ти случаевъ въ трехъ возрастъ не отмѣченъ. Самая молодая больная была 23-хъ лѣтъ, самая старшая 46-ти.

Только одна больная (Hoffmann) была первородящей. Остальныя рожали повторно (II—XI para).

Срочные роды (или роды въ концѣ беременности) отмѣчены 11 разъ; 9-ый мѣсяцъ беременности отмѣченъ 3 раза; 8-й—4 раза; 7-ой—3 раза; 6-ой—4 раза. 4 раза срокъ беременности не обозначенъ вовсе.

Этіологія очень разнообразна.

Внезапное отхожденіе водъ при многоводіи отмѣчено 8 разъ, двойни—5 разъ, поперечное положеніе—4 раза (1 разъ при многоводіи и 1 разъ при нефритѣ); нефритъ и альбуминурія отмѣчены 3 раза; измѣненія въ маткѣ и послѣдѣ—5 разъ и лишь въ одномъ случаѣ названа травма.

Въ 6-ти случаяхъ этіологія осталась невыясненной. Во многихъ случаяхъ выпаденіе послѣда сопровождается наружнымъ кровотеченіемъ, въ исключительныхъ случаяхъ внутреннимъ. Есть наблюденія, въ которыхъ всякое кровотеченіе отсутствовало.

Въ 6-ти случаяхъ діагнозъ былъ поставленъ на вскрытіи (нахожденіе плацентарнаго мѣста въ днѣ матки). 3 раза правильное расположеніе дѣтскаго мѣста было установлено на основаніи изслѣдованія мѣста разрыва оболочекъ. Въ остальныхъ случаяхъ на основаніи клинической картины и анамнеза.

Предсказаніе для плода почти абсолютно неблагопріятно. Лишь 4 плода родились живыми (конечно за вычетомъ первыхъ младенцевъ при двойняхъ).

Для матери предсказаніе относительно благопріятно. Въ случаѣ Lange исходъ для матери не обозначенъ. Изъ остальныхъ 28 матерей погибло 8.

Почти во всѣхъ случаяхъ роды были кончены при помощи искусства. Въ частности были примѣнены:

Поворотъ на ножку и извлеченіе 14 разъ, извлеченіе 3 раза, выжиманіе по Kristeller'у 3 раза, по одному разу были примѣнены перфорація, перфорація съ краніоклазіей, извлеченіе conduplicato corpore и извлеченіе съ эвисцерацією. Самопроизвольно роды кончились въ 5-ти случаяхъ.

Таблица

случаевъ преждевременнаго отдѣленія нормально-расположеннаго дѣтскаго мѣста, собранныхъ изъ литературы послѣднихъ десятилѣтій.

НБ ХНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					18	42 г.				
1	Ingleby. Analekten für Frauenkr. 1842. Bd. III. Цит. по Brauns.	? XI или XII рага.	?	9-й мѣс.	Небольшое наружное кровотеченіе съ болями. На маткѣ острое выпячиваніе ввидѣ опухоли эластической консистенціи. Кровопотеря около 5 фунтовъ.	Наростающая слабость, малокровіе. Зѣвота. Пульсъ слабый и малый.	Разрывъ пузыря, извлеченіе плода. Внутрь смѣсь водки съ tinct. secalis cornuti.	Жива.	†	?
					18	43 г.				
2	Vogel. De Haemorrh. plac. int. Inaug. Dissert. Iena. 1843. Цит. по Brauns.	42 года III рага.	Преждевр. роды на 7-мъ мѣс. и абортъ.	9 мѣс.	Одновременно съ болями въ животѣ внезапное и обильное наружное кровотеченіе съ перерывами; сильная головная боль. Сердцебіеніе плода нигдѣ не прослушивается.	Пульсъ малый. Кожа блѣдная. Рвота.	Tinct. opii croc. gtt X 13 разъ въ день. Разрывъ пузыря. Secale cornut. Наложеніе щипцовъ и извлеченіе.	Жива.	† мацерир.	?
					18	44 г.				
3	Loir ainé Revue médic. 1844. Цит. по Guiraud.	30 л. I рага.	—	На 8-мъ мѣс.	Во время прогулки внезапныя боли внизу живота, отдающія въ прямую кишку и въ область почекъ. Матка увеличена больше срока беременности, постоянно напряжена.	Головная боль, тошнота, шумъ въ ушахъ.	Разрывъ плоднаго пузыря. Низведены обѣ ножки. Плодъ извлеченъ (пуповина 2 раза обвита вокругъ шеи). За плодомъ вышло много черной крови и сгустковъ. Въ центрѣ послѣда большое углубленіе, выполненное сгустками.	†	†	?
					18	51 г.				
4	Credé. Verhandlungen d. Ges. für. Geb. 1851. p. 57.	20 л. I рага.	—	Въ срокъ.	Вслѣдъ за паденіемъ значительное кровотеченіе. Hymen цѣлъ, съ трудомъ пропускаетъ палецъ. Зѣвъ пріоткрытъ; между оболочками и зѣвомъ лежали по всей окружности сгустки, но ткань послѣда нигдѣ не опредѣлялась. Схватокъ нѣтъ. Ночью опять сильное кровотеченіе. Появились сильныя схватки.	Обмороки.	Постельный покой, кислые напитки. — При полномъ открытіи зѣва пузырь разорванъ. Расширеніе плевы пальцами. Роды произвольны. Послѣдъ вышелъ немедленно. По краю послѣда черные, плотно приставшіе сгустки.	Выздоров.	Живъ.	?

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					18	52 г.				
5	Hüter. Deutsche Klinik. 1852. № 49. Цит. по Kayser, Archiv f. G. 70.	31 г. II para.	?	Конецъ беремен.	Въ началѣ родовъ кровотеченіе. Въ зѣвѣ опредѣляется совершенно отдѣленный послѣдъ. На вскрытіи оказалось: Въ области дна на передней стѣнкѣ матки мѣсто прикрѣпленія послѣда. Prolapsus placentae.	Колляпсъ.	Тампонація влагалища. Разрывъ оболочекъ. Поворотъ. Извлеченіе, во время котораго плодъ погибъ.	† черезъ 3 дня отъ сепсиса.	†	?
					18	60 г.				
6	Eklington y Braxton Hicks. Transact. of the Obst. Soc. London. 1860.	40 л. Multip.	?	9 мѣс.	Сильное внутреннее и наружное кровотеченіе. Жестокія боли въ животѣ; схватокъ нѣтъ.	Колляпсъ; вскорѣ агонія.	Кесарское сѣченіе съ цѣлью получить живого ребенка. Послѣдъ лежалъ отдѣлившійся.	†	†	?
					18	61 г.				
7	Martin. Monatsschr. für Geburts-Kunde. Bd. XVII p. 269.	20 л. I para.	—	8-ми мѣс.	Значительное наружное кровотеченіе; сердцебіенія плода нѣтъ. Животъ болѣзненъ, жестокія боли въ днѣ матки. Дно матки постепенно увеличивалось и выступало въ видѣ заостренной опухоли.	Анэмія; глаза впали; кожа блѣдная; пульсъ 168, малый. Обмороки. Низкая температура.	Тампонація; бульонъ съ яйцомъ, 4 раза переливаніе крови по 6—7 унцій. Разсѣченіе промежности; наложеніе щипцовъ; выдавливаніе послѣда. Шампанское. Промываніе матки разведеннымъ уксусомъ и Ilq. ferri sesquichlor. Внутрь Spiri. ferri chlor. aeth. Переливаніе 3 унцій крови.	Выздор.	†	Испугъ при катаніи на санкахъ.

НБКИМ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					1863 г.					
8	Boldt. De transfusione. Inaug. Dissert. Berlin 1863. Цит. по Brauns.	? III рага.	?	8 мѣс.	Внезапное наружное кровотеченіе.	Тяжелое малокровіе. Нарастающій коллапсъ: носъ и конечности холодны. Пульсъ еле ощутимъ. Безпокойство.	Тампонація, Sec. cornut. и красное вино, Введеніе кольпейринтера. Переливаніе крови. Кесарское сѣченіе: при чемъ опредѣлено преждевременное отдѣл. послѣда и сильное внутреннее кровотеченіе.	†	†	?
					1866 г.					
9	Habit. Wiener medic. Wochenschrift 1866. № 39.	30 л. XIII рага.	Неправ. положен. плода. Часто кровотеченія въ родахъ, низкое прикрѣпл. послѣда.	Начало 37-й недѣли.	Наружное кровотеченіе. Движенія плода прекратились. Увеличеніе живота. Боли въ верхней половинѣ живота. Матка шаровидной формы, доходитъ до мечевиднаго отростка. Величина, какъ при двойняхъ. Матка напряжена. Нѣтъ ни сердцебіенія, ни движенія плода. Схватокъ нѣтъ. Сильныя боли. Чувство, какъ будто животъ собирается лопнуть.	Сильная одышка. Обмороки. Безпокойство. Возбужденіе. Блѣдность. Холодный потъ. Сердцебіеніе. Малый и частый пульсъ.	Кровопусканіе изъ боязни отека легкихъ. Разрывъ пузыря при маломъ открытіи. Расширеніе зѣва пальцами. Высокіе щипцы. Ледъ на животъ и на наружныя части. Внутрь Extr. hämostatic. Вышло 5—6 фунтовъ крови.	Выздоровл. (in puerperio перитонитъ и дизентерія).	†	Сильное возбужденіе вслѣдствіе душевныхъ потрясеній.
10	№ 40.	? XIV рага.	выкидышъ. 1 разъ ускореніе родовъ рычагомъ, 1 разъ ручное удаленіе послѣда.	37-я недѣля.	Наружное кровотеченіе во время мочеиспусканія. Схватки прекратились. Постоянная боль особенно внизу живота. Движенія плода прекратились. Высота дна матки несоотвѣтственна сроку беременности. Форма ея шаровидная. Консистенція очень твердая. Мелкія части не опредѣляются. Сердцебіеніе не выслушивается.	Безпокойство. Слабость. Обмороки. Блѣдность. Тошнота. Впалые глаза. Малый, слабый пульсъ.	Разрывъ плодныхъ оболочекъ. Роды самопроизвольные. Выжиманіе послѣда. Вышло большое количество крови.	Выздоровл. (безъ осложненій).	†	Подниманіе тяжелыхъ корзинъ съ вишнями.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					1867 г.					
11	Tschörtner. Inaug. Dissert. 1867. Цит. по Brauns.	17 л. Multip.	?	9 мѣс.	Сильное наружное кровотеченіе. Прекращеніе кровотеченія послѣ пріема лекарства. Сердцебіеніе плода—160.	Крайняя слабость.	Разрывъ пузыря; spir. ferri chlor. aeth. gtt X на водѣ, бульонъ съ яйцомъ. Роды произвольны. Массажъ матки послѣ родовъ.	Жива, послѣродов. пер. норм.	Живъ, слабый, недоношенный, вскорѣ †	?
12	Scanzoni· Lehrbuch der Geburtshülfe. 1866. S. 560.	20 л. I para.	—	—	Часть передней стѣнки матки внезапно выпятилась въ видѣ опухоли величиною больше дѣтской головки.	?	Наложеніе щипцовъ.	?	?	?
					1868 г.					
13	Lange. Lehrbuch der Geb. Erlangen. 1868. p. 810.	?	?	?	Двойни. По рожденіи перваго ребенка, опредѣленъ второй напряженный пузырь. Prolapsus placentae.	?	Рядомъ съ головкой второго плода опредѣленъ послѣдъ. По разрывѣ пузыря головка опустилась; впереди головки вышелъ послѣдъ. Оказалось, что выпавшій послѣдъ принадлежитъ не первому, а второму ребенку. Кровотеченія не было.	?	?	Двойни.
					1869 г.					
14	Goodell. Americ. Jour. of. obstetr. II 1869. Aug.	? IV para.	?	На 9-мъ мѣс.	Послѣ паденія съ лѣстницы внезапно сильныя боли. Сильное напряженіе матки. Спустя 10 часовъ небольшое наружное кровотеченіе. Зѣвъ достаточно открытъ. Водъ нѣтъ.	Колляпсъ; блѣдность; рвота.	Наложеніе щипцовъ не увѣнчалось успѣхомъ. Перфорація; извлеченіе плода крючкомъ. Вслѣдъ за плодомъ вышелъ послѣдъ. Матка не сокращалась. Смерть.	†	†	паденіе (травма).

НБ ЧМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					1871 г.					
15	Hecker. Arztliches Intelligenzblatt 1871. Цит. по Kayser. Archiv f. Gyn. 70.	26 л. II para.	?	Конецъ беремен.	Изъ-за косого положенія плода — разрывъ пузыря и положеніе на боку. Нигдѣ послѣдъ не опредѣляется. Спустя нѣсколько часовъ сильное кровотеченіе: весь нижній сегментъ выполненъ послѣдомъ. Prolapsus placentae.	Угрожающее малокровіе.	Поворотъ на ножку и извлеченіе.	Выздоровл.	†	?
					1872 г.					
16	Pelz. Inaugural. Diss. Berlin. 1872.	28 л. III para.	?	Начало X мѣс.	Внезапное отхожденіе водъ и сильное наружное кровотеченіе.	?	Послѣ родовъ выжаты большіе сгустки крови и двѣ дольки послѣда.	?	Реб. умеръ часъ послѣ родовъ.	?
17	»	27 л. V para.	?	Конецъ IX мѣс.	Рано утромъ внезапная боль въ животѣ. Чувство, будто животъ выше пупка сталъ объемистѣе и напряженнѣе. Боли и напряженіе усилились при пиленіи дровъ. Появились схватки и кровотеченіе. Матка твердая, чувствительная. Ни сердцебіенія, ни движеній плода.	Обморокъ, отрыжка. Блѣдность. Малый пульсъ 150 въ минуту. Тошнота. Жажда. Головная боль.	Тампонація: кровотеченіе остановилось. Двукратное повтореніе тампонады. Извлеченіе плода.	?	† (Pleuritis exsud.; ecchym. pleur. et pericard. extravas. piae sin. Atel. pulm.).	Предположена застойная гипереміа въ сосудахъ матки, вслѣдствіе чахотки легкихъ.
18	»	24 г. I para.	—	VIII мѣс.	Послѣ паденія увеличеніе живота слѣва и боли. Вскорѣ наружное кровотеченіе. Слѣва выше пупка возвышеніе на маткѣ (въ 6 стм.) очень болѣзненное и мягкое, легко вдавливаемое. Сердцебіеніе не выслушивается.	Тошнота. Рвота. Возбужденіе.	Холодныя примочки на животъ. Внутрь acid. Halleri. Положеніе на спинѣ. Вслѣдствіе усиленія кровотеченія — тампонація. Произвольные роды. Выжиманіе послѣда. Secale.	?	†	Упала съ лѣстницы (съ высоты шести ступенекъ).

НБ КГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
19	Bassett. Transact. obstetr. Soc. of London. 1872—1873. Цит. по Guiraud.	?	?	?	Послѣ прогулки сильныя боли, чувство распиранія живота. Вскорѣ появились схватки и небольшое кровотеченіе. Умерла не разрѣшившись, 7 часовъ послѣ начала болей.	Колляпсъ, пульсъ не прощупывается.	На вскрытіи оказалось, что одна треть послѣда была отдѣлена. Этотъ участокъ плоскій, плотный; перерожденный. Большое кровоизліяніе (только внутреннее).	† не разрѣшившись.	†	?
						1874 г.				
20	Welch. Med. Times. 1874. Цит. по Lelong.	40 л. XVIII рага.	6 разъ выкид. 11 срочныхъ родовъ.	На 7-мъ мѣс.	За нѣсколько дней паденіе съ лѣстницы. Кровотеченіе длилось мѣсяцъ. Лицевое полож.	Слабость.	Наложены щипцы. Вслѣдъ за плодомъ вышелъ послѣдъ.	Выздоров.	† Мацериров.	Травма (?).
						1875 г.				
21	Brunton. Obst. journ. of Gr. Brit. and Irl. 1875. okt. Цит. по Brauns.	26 л. IV рага.	Всѣ роды норм.	Конецъ берем.	Сильное напряженіе въ животѣ. Значительное наружное кровотеченіе.	Безпокойство, страхъ. Пульсъ еле опредѣлимъ. Дыханіе холодное. Губы холодны, удушье.	Roborantia, молоко, beefstea, brandy. Эрготинъ. Разрывъ пузыря. Роды произвольны.	Выздоров.	†	Травма (паденіе съ лѣстницы).
22	»	34 г. IV рага.	?	Конецъ берем.	Сильное напряженіе въ животѣ.	Тоже, что у предыдущей. Обмороки.	Beef-tea, brandy, яйца, молоко, полный покой.	Выздоров.	Живъ.	Травма.
23	»	19 л. I рага.	—	Конецъ берем.	Наружное кровотеченіе.	?	?	Выздоров.	†	?
24	»	26 л. IV рага.	?	Конецъ берем.	Жестокія боли въ спинѣ и крестцѣ; чувство, будто что-то въ животѣ отдѣлилось.	Крайняя блѣдность; частый, малый пульсъ, обморочное состояніе, слабость, прострація.	Чай, кофе въ изобиліи. Рвотный камень, морфій; разрывъ плоднаго пузыря; ручное отдѣленіе послѣда.	Выздоров.	†	?

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
25	Brunton. Obst. Journ. of Gr. Brit. and. Irl. 1875. Oct. Цит. по Brauns.	23 г. V para.	?	Конецъ берем.	Чувство напряженія въ животѣ и чувство приближенія родовъ. Наружное кровотеченіе и отхожденіе водъ. Матка большая, тѣстоватой консистенціи.	Крайняя слабость. Знобы.	Выдавленъ послѣдъ со сгустками. Бинтованіе живота. Введеніе въ матку охлажденной руки, послѣ чего матка сократилась.	Выздор.	†	Психическое волненіе.
26	Hennig. Archiv für Gyn. Bd. 8. p. 339.	42 г. IX para.	3 выкидыша.	Начало 7-го мѣс.	Боли въ животѣ. Животъ увеличенъ соотвѣтственно 9-ти мѣс. берем. Движеній плода нѣтъ. Сердцебіеніе 80 въ мин. Шейка длинная, внутренній зѣвъ закрытъ. Діагнозъ колебался между холерой и внутреннимъ кровотеченіемъ. Сердцебіеніе плода исчезло. Смерть.	Обмороки, зѣвота, колляпсъ, рвота, поносъ. Лицо блѣдное, холодное; глаза мутны, рѣдкій пульсъ, дыханіе рѣдкое.	Вино; ледъ внутрь и снаружи. Кесарское сѣченіе на мертвой. Огромное колич. крови въ маткѣ, послѣдъ, отъ дна совершенно отдѣлившійся, плавалъ въ крови.	†	† Дѣвочка 1245 гр.	Сильный поносъ со рвотой.
27	Шмидтъ. Медицин. отчетъ Маріинск. Родовспом. Д. (1870—1881).	40 л. X para.	?	На 9-мъ мѣс.	Зѣвъ открытъ на 2 п. съ толстыми краями. Воды стоятъ. Кровотеченіе незначительно. Сердцебіеніе плода не слышно. Животъ большой, въ особенности широкъ fundus uteri.	Блѣдность. Пульсъ малый. Т° понижена. Упадокъ силъ. Умерла не разрѣшившись.	Тампонація. Возбуждающія. Послѣ смерти сдѣланы надрѣзы зѣва, наложены щипцы на подвижную головку. Рукой удаленъ изъ матки сгустокъ вѣсомъ въ 525 грм. Послѣдъ сидѣлъ на передней стѣнкѣ, тутъ же болѣе влѣво узура.	†	† Вѣсъ 2754 гр.	?
					1877 г.					
28	Netzel. Hygiea. 1877. № 1. Цит. по Zentralblatt. 1877. № 7.	? V para.	?	?	Послѣ тяжелой работы небольшое кровотеченіе, боли въ спинѣ. Матка напряжена. Спустя нѣсколько часовъ начались сильныя боли.	Блѣдность; слабость; обморокъ.	Роды произвольны. На послѣдѣ круглый сегментъ съ возвышенными краями. Ткань тонкая, покрыта сгустками.	Выздоров.	Живъ.	Тяжелая работа.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					1878 г.					
29	Weatherly. Brit. med. Journ. 1878, стр. 284. Цит. по Brauns.	34 года. ?	?	Конецъ беремен.	Послѣ паденія съ лѣстницы—прекратились движенія плода. Отошли воды съ кровью. Сердцебіеніе плода исчезло. Боли въ животѣ и въ спинѣ.	Обморокъ. Похолоданіе. Пульса нѣтъ. Рвота. Отекъ конечностей. Задержка мочи.	Поворотъ послѣ расширенія зѣва пальцами (причемъ въ маткѣ обнаруженъ свободно лежащій послѣдъ и много свернувшейся крови). Извлеченіе. Безсознательное состояніе.	†	†	Паденіе съ лѣстницы.
30	Underhill. Transact. of the Edin. obst. Soc. 1878. Цит. по Lelong.	32 года. VIII para.	?	На 9-мъ мѣс.	Наклоняясь въ окно ударилась животомъ о подоконникъ. Сильнѣйшее кровотеченіе. Матка твердая. Сердцебіенія не слышно.	Блѣдность; пульсъ частый и слабый.	Поворотъ на ножку; извлеченіе. Съ послѣдомъ вышло очень много сгустковъ.	Выздоров.	†	Травма (ударъ животомъ).
31	Maberly. Obst. Journ. of Gr. Brit. a. Irel. 1878. Цит. по Lelong.	27 лѣтъ. VII para.	?	На 7-мъ мѣс.	Упала съ лѣстницы; кровотеченіе нѣсколько дней. Водъ нѣтъ, шейка открыта на палецъ.	Умерла не разрѣшившись.	Вскрытіе: послѣдъ сидѣлъ на передней стѣнкѣ, почти цѣликомъ отдѣленъ сгусткомъ.	†	†	Травма (паденіе).
					1880 г.					
32	Hermann. Obstetr. Journal of Gr. Brit. and. Irel. 1880 Oct. Цит. по Brauns.	? Multipara.	?	Конецъ беремен.	Послѣ паденія со стульчака, наружное кровотеченіе; матка широкая, дно ея высоко; сердцебіенія нѣтъ; прощупывается непульсирующая пуповина.	Тяжелый коллапсъ: лицо блѣдное и искаженное, губы синюшны, познабливаніе. Пульсъ едва ощутимъ.	Больная завернута въ шерстяныя одѣяла, грѣлки къ ногамъ, внутрь водка и „Carbonate of Ammon". Эрготинъ. Послѣ отхожденія водъ введенъ баллонъ Barnes'a. Попытка наложить щипцы подъ наркозомъ. Прободеніе головки и извлеченіе кефалотриптеромъ.	†	†	Травма (паденіе).

НБ КГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
33	Anderson. Australian med. Journ. 1880. Цит. по Lelong.	21 г. I рага.	—	На 8-мъ мѣс.	На 6-мъ мѣсяцѣ упала съ лошади. Спустя 2 мѣсяца сильное кровотеченіе, и жестокая боль въ животѣ.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Роды произвольные (длились 36 часовъ). На послѣдѣ темные сгустки.	Выздоров.	Живъ.	Травма (?)
					18	81 г.				
34	Sänger. Zentralblatt für Gyn. 1881. № 21.	20 л. I рага.	—	3 нед. до срока.	Во время рвоты сильная боль въ животѣ. Чрезвычайное напряженіе и чувствительность матки. Зѣвъ пріоткрытъ. Пузырь цѣлъ.	Обморокъ. Острое малокровіе. T—39,0. P—160.	Троакаромъ выпущены воды. Скоро полное открытіе. Щипцы на ягодицы. Черезъ 10 минутъ выжатъ послѣдъ. На немъ сгустокъ вѣсомъ въ 600 grm. $^{9}/_{10}$ послѣда было отдѣлено и сильно сжато сгусткомъ.	Медленное выздоровл.	† Мацериров.	Сильная рвота во время разстройства желуд.
34	Löhlein. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1881. № 37.	? I рага.	—	?	Внутреннее кровотеченіе въ концѣ періода раскрытія.	—	Произвольные роды. На послѣдѣ 2 вдавленія со сгустками.	Выздоров.	† (Свѣжеумер).	Нефритъ. (Повышенное артеріальное давленіе).
					18	82 г.				
36	Anderson. Hygiea 1882. Цит. по Zentralbl. für Gyn. 1882. № 50.	42 г. II рага.	?	?	Ночью проснулась отъ сильныхъ болей въ спинѣ. Наружное кровотеченіе. Животъ крайне напряженъ. Ощупать плодъ не удается. Зѣвъ открытъ на 2 пальца, головка подвижна; нигдѣ ткани послѣда нѣтъ. Схватокъ нѣтъ.	Обмороки; рвота; острое малокровіе.	Черезъ 2 часа—поворотъ на ножку и извлеченіе, причемъ въ днѣ матки опредѣлялся почти отдѣленный послѣдъ съ большими сгустками.	Выздоров. (puerper. normale).	?	—

НБ КНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
37	Barnes. Lancet. 1881—82. Цит. по Mauran.	35 лѣтъ. Multipara.	Нормал.	На 8-мъ мѣс.	Упала съ лѣстницы. Немедленно слабость, прострація. Ни капли крови снаружи. Сердцебіеніе плода не слышно. Влагалище на ощупь холодное. Умерла не разрѣшившись.	Колляпсъ, блѣдность, обмороки.	Вскрытіе: на передне-нижней поверхности матки экхимозы, послѣдъ, прикрѣпленный вверху, внизу совершенно отдѣленъ, между стѣнкой матки и оболочками яйца огромное количество сгустковъ и жидкой крови. Экхимозы соотвѣтствуютъ отдѣленному участку послѣда; но не соотвѣтствуютъ контузіи на кожѣ живота.	†	†	Травма (паденіе съ лѣстницы).
38	Vogt. Norsk. Magaz. for Lägersd. Bd. XIII Hft. 7. Цит. по Zentralbl. für Gyn. 1884. № 3.	? VII para.	—	Конецъ беременности.	18 84 г. Схватки сильныя, потужныя. Кровотеченіе.	Повторные обмороки, колляпсъ.	Послѣ разрыва пузыря-колляпсъ. Наложеніе щипцовъ. Плодъ съ пригнутыми къ животу ногами (анкилозъ бедренныхъ и колѣнныхъ суставовъ).	?	?	—
39	Gröningen. Charité-Annal. XII Jahrg. Цит. по Kayser'y.	36 л. X para.	?	?	18 85 г. Послѣ поднятія тяжести сильныя боли въ животѣ и кровотеченіе. Сердцебіеніе не выслушивается. Зѣвъ проходимъ для 1 пальца. Пузырь цѣлъ, прощупывается послѣдъ. Prolapsus placentae.	Значительное малокровіе. Колляпсъ.	Разрывъ пузыря. Комбинированный поворотъ на ножку. Схватокъ нѣтъ. Кровотеченіе продолжается, несмотря на потягиваніе за ножку. Черезъ 3 часа смерть, послѣ чего извлеченъ плодъ. Вскрытіе показало, что послѣдъ сидѣлъ въ днѣ, на задней стѣнкѣ.	†	†	Поднятіе тяжести.

НБ ХГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
40	Winter. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XI.	40 л. I para.	—	На 8-мъ мѣс.	Сильныя боли въ животѣ и крестцѣ. Небольшое наружное кровотеченіе. Матка на ладонь выше срока беременности, сильно напряжена. Мелкія части не опредѣляются. Ни сердцебіенія, ни движеній плода.	Отеки. Головная боль. Рвота. Моча свѣтлая, много бѣлка. Петехіи по всему тѣлу.	Повторная тампонація влагалища. Сильно напряженный пузырь разорванъ. Комбинированный поворотъ. Извлеченіе плода. Послѣдъ сильно уплощенъ, покрытъ сгустками.	Выздоров. (на 11-й день слѣды бѣлка)	† (Легкая мацерац).	Почка беремен.
41	„	26 л. II para.	?	На 8-мъ мѣс.	За работой внезапная боль. Чувство выпячиванія живота. Небольшое кровотеченіе. Матка больше срока, напряжена, какъ при Hämatometra. Ни сердцебіенія, ни движеній плода. Пузырь напряженъ (Hydramnios).	Обширные отеки. Слабость. Головная боль. Въ мочѣ много бѣлка и разные цилиндры.	При разрывѣ пузыря воды излились въ количествѣ около 2.000 grm. Произвольные роды. Обиліе сгустковъ и жидкой крови. Послѣдъ какъ въ первомъ случаѣ.	Выздоров. (но явленія со стороны почекъ остались).	†	Хроническій паренхиматозный нефритъ.
42	„	? I para.	—	На 7-мъ мѣс.	Сильныя боли въ крестцѣ со рвотой. Движенія прекратились. Матка внезапно стала выше, сильно напряжена. Сердцебіеніе исчезло. Пузырь поразительно дряблый (какъ потомъ оказалось—водъ было очень мало).	Отекъ лица и конечностей. Въ мочѣ много бѣлка, гіалиновые цилиндры. Острая анэмія.	Произвольные роды 18 часовъ послѣ отдѣленія послѣда. Обиліе сгустковъ и жидкой крови. Послѣдъ выжатъ.	Выздоровл. (на 10-й день слѣды бѣлка).	†	Почка беремен.
43	Benicke. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 11 p. 408.	? II para.	?	36-я недѣля.	Отдѣленіе послѣда до наступленія родовъ.	Morbus Basedowii.	Разрывъ плоднаго пузыря.	Выздоров.	?	Morbus Based.

НБКИМ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					18 86 г.					
44	Freudenberg. Archiv f. Gyn. Bd. 27.	? Multipara.	?	На 8—9 мѣс.	Дно матки высоко поднято, мягкое. Части плода не опредѣляются. Зѣвъ пріоткрытъ. Предлежащая головка прижата къ зѣву. Никакого наружнаго кровотеченія.	Сильный коллапсъ. Смерть до прибытія врача. Вскрытія не было.	—	†	†	Многократное нагибаніе при игрѣ въ мячъ.
45	Freudenberg. Archiv. für Gyn. Bd. 27.	39 л. IX рага.	При 8-ми родахъ разрывъ пузыря.	Конецъ беремен.	Наружное кровотеченіе вечеромъ. Къ утру схватки. Дно матки высоко поднято. Части плода не опредѣляются. Разрывъ пузыря. Роды въ ножномъ положеніи. По рожденіи плода— дно матки выше пупка. Выжатъ огромный сгустокъ (вѣс. въ 1590 grm.) и послѣдъ покрытый сгустками. Разрывъ оболочекъ центральный.	Внезапный обморокъ. Малый пульсъ. Одышка.	Тампонація влагалища. Возбуждающія. Спорынья въ періодѣ изгнанія. Извлеченіе плода. Выжиманіе сгустковъ и послѣда.	Выздоров. Puerper. гладк.	† гнилой.	Переутомленіе при стиркѣ бѣлья.
46	Reynolds. Boston med. and Surg. Journal 1886. Цит. по Lelong.	20 л. I рага.	—	На 7-мъ мѣс.	Ударилась животомъ о спинку стула. Черезъ 10 часовъ боли въ животѣ. Въ днѣ матки плохо контурируемая „масса". Черезъ 3 дня родовыя боли.	—	Въ періодѣ изгнанія кровотеченіе; щипцы. Вмѣстѣ съ послѣдомъ съ силой выброшено большое количество крови.	Выздоров.	Живъ.	Травма.
					18 87 г.					
47	Park. Journ. of the Amer. med. Associat. 1887. Цит. по Lelong.	37 л. XV рага.	8 срочныхъ родовъ; 6 выкидышей.	?	Нѣсколько дней послѣ удара кровотеченіе. Шейка закрыта. Спустя 30 часовъ полное открытіе.	—	Разрывъ плоднаго пузыря. Щипцы.	Выздоров.	†	Травма. (?)

НБ ХГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					18	88 г.				
48	Squires. Med. Rec. 7. I. 1888. Цит. по Jahresbericht. 1888.	16 л. I рага.	—	Въ срокъ.	Такъ какъ несмотря на хорошія схватки и нормальные родовые пути, роды не подвигались, произведено сильное давленіе на дно матки. Немедленно вслѣдъ за этимъ—сильная боль и наружное кровотеч.	—	Немедленно наложены щипцы; ребенокъ извлеченъ окровавленный. Послѣдъ вышелъ тотчасъ-же. Эрготинъ.	Выздоров.	†	Сильное давленіе на дно матки.
49	Budin. Le Progrès Méd. 1888, № 2 и 3.	34 г. I рага.	—	9-ти мѣс.	Отхожденіе водъ до начала болей. Движенія и сердцебіенія нѣтъ. Полное открытіе зѣва. Ягодичное положеніе.	Отеки ногъ и кожи живота. Въ мочѣ бѣлокъ. Повторныя носовыя кровотеченія.	По выходѣ плода, матка осталась большая и плотная. Немедленно вышелъ послѣдъ и около литра крови (свѣжей и ввидѣ черныхъ, старыхъ сгустковъ). На послѣдъ вдавленіе. Insertio velamentosa.	Выздоров.	† (вѣсъ 1770 грм. трупное окоченѣніе).	Альбуминурія.
50	Warren. Amer. Journ. of Obst. 1888. XXI.	25 л. III рага.	?	На 8-мъ мѣс.	Послѣ паденія съ лѣстницы частичное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. Наружное кровотеченіе до начала родовъ.	—	Родовая дѣятельность возбуждена ручнымъ расширеніемъ шейки. Послѣдъ типиченъ. Пуповина обвита вокругъ шеи.	Выздоров.	Живъ.	Травма (паденіе).
51	„	30 л. IV рага.	?	Въ срокъ.	Очень слабыя родовыя боли. Послѣ излитія обильныхъ водъ кровотеченіе. Матка глубокой бороздой дѣлится на 2 части.	—	Наложены щипцы. Пуповина нѣсколько разъ обвита вокругъ шеи.	Выздоров.	†	Относительная короткость пуповины.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
52	Wiedow, Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 14. p. 400.	26 л. IV para.	2 раза роды норм.; 1 разъ преждевр.	На 9-мъ мѣс.	12 часовъ послѣ начала болей сильное кровотеченіе. Матка отклоненій отъ нормы не представляетъ. Широкія кондиломы на задней спайкѣ.	Сильный отекъ ногъ. Анэмія. Приступы кашля. Въ мочѣ бѣлокъ. Цилиндровъ нѣтъ.	Тампонація влагалища. Роды произвольны. Послѣдъ большой, мягкій, на немъ нѣсколько сгустковъ.	Выздоров.	† (мацерир. гуммы въ печени).	Альбуминурія Сифилисъ.
53	Veit, Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 15. p. 196.	?	1 разъ выкидышъ.	На 6-мъ мѣс.	Шесть недѣль неправильныя кровотеченія.	?	Произвольный выкидышъ. Въ послѣдѣ много мелкихъ кровоизліяній.	Выздоров.	† свѣже умерш.	Рѣзкій эндометритъ serotinae.
54	Münchmeyer. Archiv für Gyn. Bd. 33. Hft. 3.	27 л. II para.	Роды мертвымъ плодомъ.	Въ срокъ.	Рахитическій тазъ. Сильныя боли. Головка во входѣ. Сердцебіеніе пропадаетъ. Безъ признаковъ внутренняго и безъ наружнаго кровотеченія, въ половой щели показывается послѣдъ (плодовой поверхностью впередъ). Prolapsus placentae.	Отекъ ногъ. Бѣлокъ въ мочѣ.	Извлеченъ послѣдъ со всѣми оболочками, на немъ никакой крови. Рядомъ съ головкой оказались ножки, низведены. Трудное извлеченіе. Эвисцерація; удаленіе туловища; перфорація головки и краніоклазія. Промываніе матки. Никакого кровотеченія.	Выздор. (на 55-й день осложненіе — параметритъ)	† (3260 безъ мозга).	?
55	„	34 г. III para.	1 разъ щипцы	Въ срокъ.	Двойни; кровотеченія нѣтъ; родился первый плодъ въ сорочкѣ (пуповина 33 стм.). Во влагалищѣ оказался послѣдъ, выше него головка второго плода. Prolapsus placentae.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Выжиманіе по Kristeller'y; сперва вышелъ послѣдъ, потомъ плодъ; послѣдъ оказался принадлежащимъ второму плоду. Послѣдъ перваго выжатъ по Credé. Кровотеченія не было никакого. Оба послѣда типа marginata; общій вѣсъ 870 грм.	Выздоров.	1) живъ. 2) †	Двойни, условія сокращенія матки.

НБ ТГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
56	Lefour. 1888. Цит. по Crasson.	35 л. III para.	2 раза выкид.	Въ срокъ	Многоводіе, косое положеніе. Безрезультатныя попытки къ наружному повороту. Нѣсколько часовъ спустя кровотеченіе. Покой, опій.	—	Плодъ вышелъ въ ягодичномъ положеніи до пупка. Ввиду крайняго напряженія пуповины, она перерѣзана. Плодъ быстро извлеченъ. Двукратное обвитіе пуповины вокругъ шеи. Послѣдъ вышелъ немедленно. На немъ соотвѣтственно мѣсту прикрѣпленія пуповины слѣды отдѣленія.	Выздоров.	Живъ (4100 граммъ.).	Относительная короткость пуповины (длина ея 70 стм.).
					1889 г.					
57	Iuggard. The medic. News. 1889. Цит. по Lelong.	34 г. IV para.	1 разъ былъ выкид.	На 8-мъ мѣс.	Послѣ сильнаго испуга, (лошадь бросилась на экипажъ, въ которомъ сидѣла больная) кровотеченіе. Матка больше срока, несимметрична, напряжена. Сердцебіенія не слышно.	Блѣдность, частый, слабый пульсъ.	Роды произвольные. Вышло 3 литра сгустковъ. На послѣдѣ сидятъ плотно сгустки.	Выздоров.	†	Травма (?). Испугъ.
58	Swayne. Bristol. Med. Chir. Journ. 1889. Цит. по Mauran,	? I para.	—	?	Въ началѣ родовъ сильное кровотеченіе. Схватки слабыя. Зѣвъ пріоткрытъ.	Въ мочѣ очень много бѣлка. Безъ пульса. Коллапсъ.	Разрывъ плоднаго пузыря. Наложить щипцы было невозможно. Поворотъ и извлеченіе плода въ агоніи.	†	†	Альбуминурія.
59	Winter. Zwei Medianschnitte 1889.	27 л. I para.	—	На 8-мъ мѣс.	Внезапная остановка дыханія, скоро слабѣетъ пульсъ. Смерть черезъ 10 минутъ.	Припадки эклампсіи; отеки; въ мочѣ много бѣлка. Безсознательное состояніе.	На срединномъ распилѣ трупа видно, что послѣдъ рѣзко выпячивается въ полость матки. Большая его часть отслоена большой гематомой. Кровоизліяніе началось внутри плацентарной ткани.	†	†	Эклампсія.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
60	Veit. Müllers Handbuch der Geburtsh. 1889. Bd. II.	? III para.	?	На 7-мъ мѣс.	Безъ видимой причины жестокія боли въ животѣ. Схватокъ не было. Чувство, будто что-то лопнуло въ животѣ. На маткѣ очень болѣзненная, напряженная выпуклость.	Крайняя анэмія.	Accouchement forcé.	Выздоров.	†	?
					1890 г.					
61	Haeberlin. Zentralblatt für Gyn. 1890. 26.	36 л. VIII para.	6 норм. родовъ. 1 выкидышъ.	На 8-мъ мѣс.	Внезапно сильное кровотеченіе. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Рѣзко выраженные симптомы бѣлковой бол. Бѣлка нѣтъ.	Тампонація влагалища въ теченіе недѣли. При полномъ открытіи выпаденіе послѣда. Извлеченіе плода за ножку. Послѣдъ вышелъ черезъ 10 мин. Много сгустковъ.	Выздоров.	† Мацерир.	Morbus Basedowii привела къ смерти плода, къ преждеврем. родамъ. Наклонность къ кровотеченіямъ при М. B. извѣстна.
62	Богородицкій. Проток. Тамбов. Мед. Общ. за 1890. Цит. по Указателю проф. Михнова.	?	?	4-хъ мѣс.	Пацієнтка изъ шалости перекувырнулась въ постели, послѣ чего появились боли и др. разстройства. Размѣры матки оказались увеличенными несоотвѣтственно сроку беременности.	Явленія рѣзкой анэміи.	Послѣ выхода плода матка оказалась переполненною необычайно большимъ количествомъ жидкой и свернувшейся крови. (Apoplexia placentae).	Выздоров.	†	Пацієнтка перекувырнулась въ постели.
63	Kortright, Brooklyn Med. J. 1890. Цит. по Mauran.	24 г. II para.	—	8½ мѣс.	Послѣ сильнаго испуга внезапная боль въ спинѣ, въ лѣвомъ боку; спустя 5 часовъ появилось кровотеченіе. Матка доходитъ до мечевиднаго отростка. Животъ болѣзненъ. Схватки слабыя.	Рвота; блѣдность; возбужденное состояніе.	Разрывъ плоднаго пузыря, схватки усилились. Возбуждающія; мѣры противъ анэміи. Наложены щипцы. Немедленно вышелъ послѣдъ; сгустки величиной въ голову взрослаго. Сильнѣйшее кровотеченіе. Смерть.	†	†	Сильный испугъ.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					1891 г.					
64	Pallardy. Union méd. de Canada 1891 p. 239. Цит. по Jahresbericht.	? VIII рага.	?	?	Сильное внутреннее кровотеченіе въ періодѣ открытія. Преждевременное отдѣленіе сидящаго въ днѣ послѣда.	—	Роды окончены извлеченіемъ плода.	Выздоров.	†	?
65	Bagot. Lancet. 1891. Іюль. Цит. по Jahresb. и по Duquet.	30 л. VIII рага.	?	Конецъ 8-го мѣс.	Сильное кровотеченіе (наружное). Зѣвъ ригидный, нерастяжимъ, проходимъ для 1 пальца. Сильныя боли въ животѣ всю ночь, но схватокъ нѣтъ. Матка очень большая.	Колляпсъ Р.—148 въ мин., зрачки расширены, губы бѣлыя.	Ввиду явной невозможности разрѣшить роженицу per vias naturales безъ риска ее потерять—произведено кесарское сѣченіе по Porro (культя-внѣбрюшинно). Послѣдъ совершенно отдѣленъ. Матка переполнена кровью.	Вызкоров.	†	Травма. (Ударилась животомъ).
66	M-me Henry. Annales de gynéc. et d'obst. 1891, p. 363.	? III рага.	?	7-ми мѣс.	Животъ внезапно сталъ увеличиваться; небольшая кровопотеря. Начались схватки; во время паузъ наружное кровотеченіе. Случай Tarnier.	Отекъ ногъ.	По рожденіи плода, вышло нѣсколько сгустковъ. Матка чрезмѣрно велика. Вскорѣ вышелъ послѣдъ и съ нимъ 1050 грм. свернувшейся крови.	?	?	?
67	„	? X рага.	?	?	Сильное кровотеченіе сгустками; родовой дѣятельности нѣтъ. Сердцебіенія нѣтъ. Въ области зѣва опредѣляется сгустокъ, симулирующій край послѣда.	Эклампсія; крайняя блѣдность; пульсъ нитевидный. Въ мочѣ много бѣлка.	Разрывъ плодныхъ оболочекъ. Горячія влагалищныя спринцеванія. Эфиръ подъ кожу. Смерть. Вскрытіе показало, что послѣдъ, частью отдѣленный прикрѣпленъ къ дну матки.	†	†	Эклампсія. Альбуминурія.
68	„	? X рага.	8 разъ нормально. 1 разъ поворотъ.	Въ срокъ.	Сильное кровотеченіе до начала родовой дѣятельности. Кровь сукровидная. Матка неправильной формы, большая, съ напряженными стѣнками. Сердцебіенія нѣтъ.	Въ мочѣ много бѣлка.	Горячій влагалищный душъ. Начались роды, кончились произвольно. На послѣдѣ черные сгустки вѣсомъ въ 1030 грм. Послѣдъ блѣдный.	Выздоров.	† Мацериров. (вѣсъ 3080 грм.).	Альбуминурія.

НБ-КГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
69	M-me Henry. Annales de gynéc. et d'obst. 1891, p. 663.	?	?	На 6-мъ мѣс.	Сильныя боли въ животѣ; значительное кровотеченіе. Пальпація правой стороны живота очень болѣзненна. Матка неправильной формы, размягчена справа. Сердцебіеніе глухо.	Блѣдность.	Роды произвольны. Послѣдъ вышелъ черезъ 10 минутъ. На послѣдъ глубокое вдавленіе. 600 грм. сгустковъ.	Выздоров.	† (сдѣлалъ нѣсколько дыхательныхъ движеній).	?
70	Meyer. Korresp.-Blatt für Schweizer Ärzte 1891 Nr. 7.	29 л. I рага.	—	На 37-й нед.	Наружное кровотеченіе. Матка напряжена, болѣзненная. Части плода не прощупываются. Сердцебіенія нѣтъ. Рѣзкія боли въ животѣ.	Внезапная слабость; блѣдность; выраженіе страха въ лицѣ. П.—110.	Опій; впрыскиваніе эфира. Перфорація головки при малооткрытомъ зѣвѣ. Чистка полости матки и тампонація ея іодоформенной марлей.	† отъ анэміи.	†	?
71	„	34 г. VI рага.	?	На 39-й нед.	Наружное кровотеченіе; жестокія боли въ животѣ; матка сильно раздута; части плода не прощупываются; сердцебіенія нѣтъ.	Безпрерывная рвота; лицо отечно, желтовато-блѣдное; головокруженіе; обмороки; потемнѣніе сознанія. П.—140, малый.	Пузырь разорванъ при 2-хъ пальцахъ открытія. Медленное извлеченіе за ножку и проведеніе послѣдующей головки. Ручное удаленіе послѣда. Массажъ матки и ледяной душъ.	Выздоров.	†	При паденіи вывихъ локтя, вправленный подъ наркозомъ. Съ тѣхъ поръ боли въ животѣ.
72	„	30 л. IV рага.	Всѣ норм.	На 36-й нед.	Схваткообразныя боли въ животѣ; при исправленіи кровотеченіе. Въ теченіе 4-хъ нед. сильныя боли въ правой ногѣ. За 2 нед. до родовъ напираніе въ низъ. Матка напряжена и болѣзненна. Сердцебіенія нѣтъ. Выдѣленія водянистыя. Кровь	Небольшая тошнота.	Роды произвольны. Удаленіе сгустковъ изъ матки рукой; массажъ матки; ледяной душъ.	Выздоров.	† трупное окоченѣніе.	?
73	„	24 г. I рага.	—	На 24-и нед.	Внезапно сжимающія боли въ животѣ; наружное кровотеченіе; дно на ладонь выше пупка; матка вездѣ равномѣрно напряжена; нижній сегментъ баллонообразно раздутъ; сердцебіенія нѣтъ.	Выраженіе страха въ лицѣ; блѣдность; слабость; головокруженіе; обмороки; частая рвота.	Свѣчки съ опіемъ. Роды произвольны.	Выздоров.	†	Паденіе съ лѣстницы (за 3 дня до заболѣванія).

НБКИМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					18	92 г.				
74	Ocker. Inaug. Dissert. Berlin. 1892.	43 г. IX рага.	?	Конецъ берем.	Сильныя боли въ животѣ. Наружное кровотеченіе. Животъ сильно напряженъ. Сердцебіеніе не выслушивается.	Головная боль. Головокруженіе. Рвота.	Разрывъ плоднаго пузыря при небольшомъ открытіи.	Выздоров. (puerperium норм.).	† донош.	?
75	„	? VIII рага.	?	Конецъ берем.	Боли внизу живота. Наружное кровотеченіе; животъ напряженъ. Мелкія части не опредѣляются. Сердцебіенія нѣтъ.	Искры въ глазахъ. Обморокъ. Острая анэмія. Одышка. Малый и частый пульсъ.	Поворотъ на ножку и извлеченіе.	† отъ малокровія.	† съ признаками мацераціи.	?
76	„	38 л. XI рага.	?	9 мѣс.	Напираніе на низъ. Тянущія боли въ крестцѣ. Наружное кровотеченіе. Матка напряжена. Схватокъ нѣтъ.	Частый пульсъ.	Опій. При полномъ открытіи зѣва—разрывъ пузыря.	Выздоров. (puerperium норм.).	Живъ.	?
77	„	28 л. II рага.	?	Конецъ берем.	Наружное кровотеченіе. Матка напряжена, раздута баллономъ. Мелкія части неясно опредѣлимы. Седцебіеніе не выслушивается.	Отеки ногъ. Анэмія. Ціанозъ губъ.	Тампонація. Выжиманіе послѣда послѣ родовъ.	„	† донош.	?
78	„	36 л. X рага.	?	Конецъ берем.	Сильныя тянущія боли въ крестцѣ; однократное сильное наружное кровотеченіе. Повтореніе его черезъ 10 дней. Движенія плода съ тѣхъ поръ прекратились. Матка напряжена.	Общее состояніе удовлетворит.	Разрывъ пузыря. Прободеніе головки и извлеченіе.	„	† донош. Явленія мацерац.	Душевное волненіе.

НБ АГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
79	Ocker. Inaug. Dissert. Berlin. 1892.	29 л. X рага.	?	Конецъ берем.	Отхожденіе водъ. На другой день сильное наружное кровотеченіе.	Общія симптомы отсутствовали.	Самопроизвольные роды.	Выздоров.	† почти донош.	Ударъ ногой въ животъ.
80	„	34 г. IV рага.	2 раза выкидышъ.	9 мѣс.	Схваткообразныя боли съ продолжительнымъ наружнымъ кровотеченіемъ; Матка туго растянута. Части плода не опредѣлимы. Сердцебіенія нѣтъ. Схватки слабыя.	Сильное малокровіе. Въ мочѣ бѣлокъ.	Тампонація. Разрывъ пузыря. Роды самопроизвольны.	„	† гнилой.	Нефритъ.
81	„	35 л. III рага.	?	9 мѣс.	Матка во время схватки на высотѣ реберной дуги. Сердцебіенія нѣтъ. Небольшое наружное кровотеченіе.	Отекъ лица и конечностей. Въ мочѣ бѣлокъ.	Щипцы.	„	†	Нефритъ.
82	„	22 г. II рага.	Искусствен. выкидышъ изъ за отека лица и ногъ.	9 мѣс.	Значительное наружное кровотеченіе. Матка туго растянута. Части плода не опредѣлимы. Сердцебіенія нѣтъ.	Отекъ обѣихъ ногъ. Сильное малокровіе и слабость.	Тампонація. Черезъ часъ разрывъ пузыря. Произвольные роды. Выжиманіе послѣда.	„	†	Нефритъ.
83	„	? I рага.	—	10 мѣс.	Боли въ крестцѣ, наружное кровотеченіе. Матка очень туго растянута. Части плода не опредѣлимы. Сердцебіенія нѣтъ.	Рвота. Въ мочѣ бѣлокъ.	Разрывъ плоднаго пузыря.	„	†	Нефритъ.
84	„	39 л. II рага.	1 разъ выкидышъ.	Конецъ берем.	При схваткахъ умѣренное кровотеченіе. Матка шарообразна, напряжена. Части плода не опредѣлимы. Сердцебіенія нѣтъ.	Значительная анэмія, несоотвѣтствующая небольшому наружному кровотеченію. Бѣлокъ.	Тампонація. Разрывъ плоднаго пузыря. Выжиманіе послѣда.	„	† донош.	Нефритъ.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
85	Ocker. Ibidem.	31 г. VII рага.	?	Конецъ берем.	Небольшое наружное кровотеченіе. Матка твердая. Сердцебіенія нѣтъ.	Анэмія. Безпокойство. Рвота. Одышка. Разстройство зрѣнія. Въ мочѣ бѣлокъ.	Самопроизвольные роды.	Выздоров.	† почти доношь.	Нефритъ (поднималась по лѣстницѣ съ тяжелой корзиной бѣлья).
86	„	42 г. XII рага.	9 разъ норм. роды. 2 раза выкидышъ.	9 мѣс.	Наружное кровотеченіе; дно матки на 3 пальца ниже мечевидн. отростка. Сердцебіеніе есть. Кровотеченіе усиливается. Сердцебіеніе исчезаетъ.	Сильная анэмія. Обмороки. Пульсъ 108. Отеки ногъ и вѣкъ. Бѣлокъ въ мочѣ.	Тампонація. На животъ холодныя и горячія примочки. При полномъ открытіи зѣва—разрывъ пузыря. Произвольные роды. Возбуждающія.	„	†	Нефритъ.
87	„	34 г. II рага.	?	Конецъ берем.	Продолжительныя боли въ животѣ; наружное кровотеченіе, животъ яйцевидной формы. Матка туго растянута. Сердцебіенія нѣтъ.	Сильная анэмія. Рвота. Обмороки. Малый пульсъ. Отекъ ногъ. Бѣлокъ въ мочѣ.	Возбуждающія. Самопроизвольные роды.	„	† донош.	Нефритъ.
88	„	32 г. III рага.	Роды норм.	9 мѣс.	При сильномъ позывѣ на низъ кровотеченіе изъ влагалища; матка не особенно напряжена; сердцебіеніе слабое.	Послѣднее время тошнота, головокруженіе, шумъ въ ушахъ, искры въ глазахъ. Сердцебіеніе. Отеки. Моча чиста; немного бѣлка и гіалиновые цилиндры.	Разрывъ плоднаго пузыря. Самопроизвольные роды.	?	Живъ, слабый, вскорѣ умеръ.	Сморщенная почка.
89	„	42 г. XIV рага.	?	9 мѣс.	Сильное кровотеченіе изъ влагалища. Положеніе плода опредѣлить не удается. Сердцебіенія нѣтъ.	Послѣ скарлатины головныя боли, рвота. Отеки, асцитъ. Бѣлокъ.	Роды самопроизвольны. Выжиманіе послѣда.	Выздоров. (puerper norm.).	† мацерир.	Хроническій нефритъ.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
90	Ocker. Ibidem.	35 л. XII рага.	?	?	Внезапно боли въ животѣ. Кровотеченіе. Животъ шаровидно выпяченъ. Части плода опредѣляются неясно. Сердцебіеніе подъ сомнѣніемъ.	Сильное малокровіе. Отекъ ногъ. Мочи мало. Бѣлокъ, гіалиновые цилиндры. Гнойныя тѣльца.	Грѣлка; вино; кофе; коньякъ; впрыскиваніе камфоры.	† Вскрытіе: Anaemia universalis et nephritis parench.	† двойни почти донош.	Паренхиматозн. нефритъ.
91	„	33 г. II рага.	?	Начало 10-го мѣсяца.	Сильное наружное кровотеченіе; Матка твердая. Части плода не опредѣляются. Сердцебіенія нѣтъ.	Сильная анэмія. Пульсъ 144. Умѣренный асцитъ.	Поворотъ и извлеченіе.	† отъ атоническаго кровотеченія.	†	Нефритъ.
92	„	41 г. XVIII рага.	?	?	Наружное кровотеченіе. Животъ сильно напряженъ. Сердцебіенія нѣтъ.	Слабость. Анэмія.	Обычныя возбуждающія боли мѣры.	† отъ колляпса	†	Хроническій нефритъ.
93	Grapow. Zentralblatt für Gyn. 1892. Nr. 28.	26 л. I рага.	—	4 нед. до срока.	Заболѣла ночью внезапно. Животъ тугой, напряженный, какъ при судорожныхъ болях. Сердцебіеніе плода не слышно. Біеніе аорты поразительно ясно. Головка въ выходѣ.	Малокровіе, безпокойный, боязливый взглядъ. Частое дыханіе. P. 160.	Щипцы. Вслѣдъ за ребенкомъ изъ половыхъ путей выскочилъ послѣдъ и огромное количество сгустковъ. Маточный душъ. Тампонація матки.	† Вскрытіе не дало ничего. Въ почкахъ только кровоизліяніе въ лоханки.	†	Нѣсколько часовъ до заболѣванія — сильный кашель и рвота.
94	Schrader. Zentralblatt für Gyn. 1892. Nr. 28. Diskuss. zu Grapow.	? III рага.	—	?	Преждевременное отдѣленіе послѣда при многоводіи.	—	При разрывѣ пузыря вышли 2-хъ-3-хъ-недѣльные ржавые сгустки. Атоніи не было.	Выздоров.	?	Многоводіе.
95	Desprez. Arch. de tocolog. et de gyn. Vol. XIX. Цит. по Jahresbericht. 1892.	38 л. XI рага.	?	На 8 мъ мѣс.	Внезапно сильное кровотеченіе. Вскорѣ произвольные роды безъ большого кровотеченія. Пуповина нѣсколько разъ обвита вокругъ бедра.	—	—	?	?	Сильныя движенія плода повели къ натяженію пуповины и вслѣдствіе этого къ частичному отдѣленію послѣда.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
96	Graefe. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 23, p. 429.	? 1 para.	—	Около 4-хъ нед. до срока.	При отсутствіи наружнаго кровотеченія, чувство, какъ-будто по влагалищу течетъ теплая жидкость.—Въ дальнѣйшемъ наружное кровотеченіе въ теченіе 9-ти часовъ.	?	Разрывъ плоднаго пузыря. По рожденіи плода вышло большое количество черныхъ сгустковъ, еще болѣе при выдавливаніи послѣда.	?	†	Короткая пуповина (31 ctm.).
97	Hallier. Brit. med. Journ. 2. IV. 1892. Цит. по Jahresbericht. 1892.	39 л. Multi-para.	?	Роды въ срокъ.	Безъ видимой причины внезапный обморокъ 7 часовъ до начала родовъ.	Обморокъ. Крайняя блѣдность.	Произвольные роды. По рожденіи послѣда вышло множество сгустковъ. Въ послѣдѣ нѣсколько апоплектическихъ очаговъ.	Выздоров.	†	?
98	Marsh. The New-York Med. Journ. LVI. Цит. по Jahresbericht. 1892.	18 л. I para.	—	Конецъ берем.	Безъ всякихъ предвѣстниковъ сильное кровотеченіе изъ матки.	—	Тампонація влагалища. Роды кончены наложеніемъ щипцовъ.	„	†	?
99	„	20 л. I para.	—	Конецъ берем.	Внезапное сильное кровотеченіе. Спустя 2 дня произвольные роды.	Перенесла сифилисъ.	Разрывъ плоднаго пузыря. Послѣдъ вышелъ самъ.	„	†	Сифилисъ.
100	„	29 л. I para.	—	На 8-мъ мѣс.	Внезапное сильное кровотеченіе. Зѣвъ лишь мало открытъ.	Альбуминурія.	Искусственное расширеніе зѣва. Наложеніе щипцовъ.	„	†	Альбуминурія.
101	„	? VII para.	6 разъ норм. роды.	Роды въ срокъ.	Въ началѣ родовъ умѣренное кровоотдѣленіе. Вскорѣ правильныя схватки.	—	Произвольные роды.	„	†	?

НБКГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
102	Buongiorno. Archivio internazionale. Napoli 1892. Цит. по Jahresbericht.	?	?	?	При паденіи беременная получила ударъ въ животъ. Спустя 2 дня прекратились движенія плода. Черезъ 15 дней родила мертвый плодъ.	—	На материнской поверхности послѣда кровоизліяніе (длина его 10 ctm., ширина 5 ctm.). Въ толщѣ послѣда нѣсколько полостей съ серознымъ содержимымъ.	Выздоров.	†	Ударъ по животу.
103	Ingerslev. Hospitals-Tidende. 1892. Nr. 34. Цит. по Jahresber.	32 г. III para.	?	На 8-мъ мѣс.	Послѣ сильнаго напряженія начались схватки. Кровотеченія не было. При очень сильныхъ и частыхъ болях отошли воды въ большомъ количествѣ. Спустя нѣсколько минутъ сильное кровотеченіе. Выпаденіе не пульсирующей пуповины; головка высоко; нигдѣ ткани послѣда.	—	Влагалище затампонировано. При сильныхъ болях извергнутъ тампонъ и за нимъ послѣдъ. При слѣдующей схваткѣ вышелъ мертвый плодъ. На послѣдѣ свѣжіе сгустки. Судя по мѣсту разрыва оболочекъ, послѣдъ сидѣлъ въ днѣ матки.	»	† 2000 grm. (свѣжеумер.).	Травма (?). Многоводіе.
104	Suter. Amer. Journal of Obstetr. 1892. February.	39 л. V para.	?	На 7-мъ мѣс.	На 5-мъ мѣс. упала при развѣшиваніи картинъ. Сильное кровотеченіе. Покой, эрготинъ, traopii. Спустя 2 мѣс. опять кровотеченіе и родовыя боли.	—	Пузырь разорванъ. Рукой ввойдено въ матку, извлеченъ плодъ. Послѣдъ немедленно вынятъ по Credé. Выяснилось, что $^1/_6$ его отдѣлилась при паденіи.	»	† черезъ нѣск. минутъ.	Травма (паденіе).
105	M-lle Forin. Thèse de Paris 1891—92.	30 л. ?	?	?	Сильное наружное кровотеченіе. Сердцебіенія нѣтъ, также маточнаго шума. Матка твердая.	Травмы не было. Бѣлка нѣтъ. Очень небольшой отекъ лодыжекъ.	Роды произвольны.	»	† мацерир.	?
106	»	27 л. ?	?	?	Безъ видимой причины — наружное кровотеченіе. Сильная боль внизу живота. Скоро появились схватки. Сердцебіенія плода нѣтъ.	Общій отекъ, разстройство зрѣнія, боли въ области желудка.	Роды произвольны. На послѣдѣ вдавленіе и большой сгустокъ.	»	† черезъ полчаса.	?

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
107	Sligh. Amer. Journ. of Obstetr. 1892. May.	33 г. I para.	—	5-ти мѣс.	Животъ за послѣдній мѣсяцъ рѣзко увеличился; соотвѣтствуетъ 9-ти мѣс. беременности. Схватки слабыя. Пузырь рѣзко напряженъ, виденъ въ половой щели.	Анэмія, обморочное состояніе, пульсъ не прощупывался.	Разорванъ пузырь; водъ чрезвычайно мало. Сильнѣйшее кровотеченіе. Извлеченъ первый плодъ, за нимъ второй. Матка сократилась. Послѣдъ извлеченъ placental forceps. Потеря крови 6 фунтовъ.	Выздоров. (маститъ).	† (оба мертв.).	Многоводіе (внезапное опорожненіе матки).
108	M-lle de Forin. Thèse de Paris. 1892.	21 г. ?	?	Въ срокъ.	Сердцебіеніе плода очень рѣдкое, исчезаетъ. Жестокія боли внизу живота. Черезъ 1½ часа, во время внутренняго изслѣдованія, сильное кровотеченіе (черная кровь), усиливающееся при отодвиганіи головки. Животъ очень болѣзненъ, особенно справа внизу. Матка все плотнѣетъ.	Лицо блѣдное, отечное. Тяжелое общее состояніе. Отекъ ногъ. Альбуминурія. Частая рвота. Одышка. Пульсъ нитевидный. Зѣвота.	Возбуждающія. Наложеніе щипцовъ. При введеніи каждой ложки щипцовъ темная кровь вырывается съ большой силой изъ влагалища. Сильное кровотеченіе. Послѣдъ и сгустки удалены рукой. Всѣ мѣры противъ малокровія. Смерть.	†	† (трупное окоченѣніе).	Альбуминурія.
109	Schauta. Bull. médic. 1892. Цит. по Mauran.	44 г. IX para.	?	Въ срокъ.	Внезапно сильное кровотеченіе. Матка очень велика, напряжена, какъ при tetanus'ѣ. Наружное изслѣдованіе невозможно. Сердцебіеніе не слышно.	Острое малокровіе. Многочисленные петехіи и экхимозы. Въ мочѣ бѣлокъ.	Вливанія. Прободеніе головки. По извлеченіи плода, рукой удаленъ совершенно отдѣлившійся послѣдъ. Кровопотеря около 2-хъ кило. Въ послѣдѣ многочисленныя кровоизліянія.	† (черезъ часъ)	† (3700 грм.).	Нефритъ.
110	Greene. Medic. News. 1892. Цит. по Lelong.	? Multip.	?	На 9-мъ мѣс.	Поскользнулась, идя по льду. Острая боль въ днѣ матки. Кровотеченіе сгустками. Дно матки справа выпячено, и очень чувствительно. Движенія плода прекратились.	Колляпсъ; потъ, слабость; блѣдность, безпокойство; пульсъ слабый.	Бинтованіе живота; разрывъ плоднаго пузыря. Родился плодъ съ обвитой вокругъ шеи пуповиной. Немедленно вышелъ большой сгустокъ. Послѣдъ по Credé.	Выздоров.	†	Травма ?

№	АВТОРЫ.	роды. Которые	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
111	Rousseau-Dumarcet. Thèse de Paris 1892. Obs. V.	?	?	Конецъ берем.	Въ началѣ родовъ кровотеченіе. Сердцебіенія не слышно.	Въ мочѣ бѣлокъ. Отековъ нѣтъ.	Горячій влагалищный душъ. Разрывъ плоднаго пузыря. Роды произвольные. Атоническое кровотеченіе. На послѣдѣ вдавленіе, сгустки, узлы.	Выздоров.	† (2650 гр.).	Альбуминурія.
112	„ Obs. VIII.	20 л. I рага.	—	На 8-мъ мѣс	Сильное кровотеченіе. Матка твердая, какъ дерево. Сердцебіенія не слышно.	Блѣдность. Отекъ ногъ. Въ мочѣ бѣлокъ.	Разрывъ плодныхъ оболочекъ. Роды произвольные. Одновременно съ туловищемъ вышла черная кровь. Вслѣдъ за плодомъ 150 гр. сгустковъ и послѣдъ. На послѣдѣ 2 вдавленія отъ сгустковъ и многочисленныя геморрагическія гнѣзда въ самой ткани.	„	† (1420 гр.).	Альбуминурія.
113	„ Obs. IX.	25 л. II рага.	На 6½ мѣс.	Отъ 6½— 7-ми мѣс.	Чрезвычайно сильное кровотеченіе. Матка растянута, очень твердая. Сердцебіенія не слышно. Шейка еле проходима для пальца. Пузырь сильно напряженъ.	Крайняя анэмія. Въ мочѣ много бѣлка. Небольшой отекъ ногъ. Пульсъ 140.	Разрывъ плоднаго пузыря. Введеніе баллона Tarnier. Вслѣдъ за плодомъ вышло много черныхъ сгустковъ. Въ послѣдѣ геморрагическія гнѣзда. Смерть.	†	† (1030 гр.).	Альбуминурія.
114	„ Obs. X.	32 г. VII рага.	5 преждевременныхъ родовъ. Плоды мацерир.	5-ти мѣс.	Безъ видимой причины рѣзкая боль въ животѣ и кровотеченіе. Матка твердая, какъ дерево. Зѣвъ пропускаетъ палецъ. Пузырь длительно напряженъ.	Въ мочѣ бѣлокъ. Отековъ нѣтъ.	Разрывъ плоднаго пузыря. Произвольные роды. Вышли огромные сгустки (560 гр.). Въ толщѣ послѣда много кровоизліяній.	Выздоров.	† (520 гр.).	Альбуминурія.
115	„ Obs. XI.	? VII рага.	3-е дѣтей родились мертвыми.	9-ти мѣс.	Сильныя боли въ животѣ. Наружное изслѣдованіе очень болѣзненно. Матка твердая, какъ дерево. Сердцебіеніе не слышно. Оболочки сильно напряжены. Кровотеченія нѣтъ.	Отекъ ногъ. Въ мочѣ бѣлокъ.	Поперечное положеніе. Эмбріотомія ножницами Dubois. За послѣдомъ вышли старые сгустки (550 гр.). На послѣдѣ большое вдавленіе, а въ самой ткани нѣсколько кровоизліяній.	„	† Мацерир. (2300 гр.).	Альбуминурія.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
116	Rouseau-Dumarcet. Thèse de Paris 1892. Obs. XII.	? XI para.	?	8½ мѣс.	Сильное кровотеченіе.	Анэмія.	Умерла не разрѣшившись.	†	†	Короткость пуповины.
117	Pinard et Varnier. Etudes d'anatomie etc. 1892.	? Multipara.	?	На 8-мъ мѣс.	Колоссальное кровотеченіе. Плодъ мертвый.	Анэмія.	Разрывъ пузыря; тампонація влагалища. Умерла не разрѣшившись. Сдѣланъ срединный распилъ матки. (Классическое описаніе).	†	†	Короткость пуповины.
118	Sharp. Medic. Record. Vol. 41, p. 166.	?	?	8 мѣс.	Въ началѣ родовъ, сидя на стулѣ, во время рвоты почувствовала сильное кровотеченіе; въ постели кровотеченіе стихло.	—	2 часа послѣ отхожденія водъ наложены щипцы. Плодъ мертвый, пуповина не пульсировала.	Выздоров.	†	Рвота.
119	Beck. Prager med. Wochenschrift 1892. Nr. 40, 41.	26 л. I para.	—	Конецъ берем.	Наканунѣ прекратились движенія плода. Ночью разбужена сильнѣйшей болью въ животѣ. Матка нормальной формы, твердая, болѣзненная, даетъ ощущеніе туго наполненной кисты. Сердцебіеніе не слышно. Тазъ съуженъ. Шейка закрыта. Вскорѣ матка еще болѣе увеличилась.	Обморокъ; подергиванія. Кожа блѣдно-желтая, холодная. Зѣвота; одышка. П. 120.	По разрывѣ пузыря излились воды въ большомъ количествѣ съ кровью. Шейка расширена, сдѣланъ поворотъ. Послѣдъ лежалъ свободно въ маткѣ. Съ большимъ трудомъ извлечена головка. Послѣдъ выпалъ немедленно. Крови выдѣлилось немного. Смерть отъ шока.	†	†	?
					18 93 г.					
120	Brauns. Inaugur. Diss. Marburg. 1893.	42 г. XIII para.	9 род. норм. 3 раза выкидыши.	24 недѣли.	Дно на 3 п. ниже мечевиднаго отростка. Окружность живота — 108 ctm. Матка тверда, напряжена. Сердцебіеніе не слышно, мелкія части не прощупываются. Шейка сглажена, открытіе около 2-хъ пальцевъ. Произвольные роды — 6-ти мѣсячн. реб.	Сильный отекъ ногъ. Въ мочѣ много бѣлку. Слабость.	Вслѣдъ за плодомъ 2,050 грм. крови. Водъ не было. Послѣдъ въ клочьяхъ, съ большой гематомой.	Выздоров.	Мацерир. Заячья губа и волчья пасть.	Альбуминурія (1/2%).

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
121	Brauns. Inaugur. Diss. Marburg. 1893.	28 л. I para.	—	34—35 нед.	Поступила съ кровотеченіемъ.	Сильный отекъ ногъ. Бѣлокъ въ мочѣ.	Тампонація іодоформ. марли; послѣ чего пошли сильныя боли.	Выздоров.	Живъ, но очень слабъ. Дыханіе появилось лишь послѣ холодныхъ обливаній.	Почка беременныхъ.
122	Feinberg. Zentralblatt für Gyn. 1863. Nr. 5.	34 г. V para.	?	Въ срокъ.	Въ теченіе нормальнаго родового акта—во время сильной схватки—вышелъ послѣдъ изъ половой щели. Послѣ чего плодъ выжатъ по Kristeller'y. Кровотеченіе очень небольшое. На материнской поверхности послѣда плоскій сгустокъ.	—	Prolapsus placentae.	„	†	Отсутствіе всякихъ мѣстныхъ или общихъ заболѣваній.
123	Audebert. Journ. de méd. de Bordeaux 1893 Nr. 21. Цит. по Jahresbericht.	? I para.	—	Въ срокъ.	Произвольные роды до прорѣзыванія головки. Въ этомъ положеніи головка стояла два часа. Немедленно по окончаніи родовъ вылилось большое колич. крови и вышелъ послѣдъ. Послѣдъ сидѣлъ въ днѣ матки, которое при каждой схваткѣ вдавалось внутрь.	—	Вслѣдствіе наступившаго во время врѣзыванія головки кровотеченія и паденія сердцебіенія плода—наложены щипцы.	„	Реб. въ асфиксіи, но оживленъ.	Короткость пуповины (длина 30 стм.)
124	Odebrecht. Zentralblatt für Gyn. 1893. Nr. 30.	? VIII para.	?	За 4 нед. до срока.	За 9 недѣль до срока упала вмѣстѣ съ лѣстницей, на которой стояла, причемъ ударилась животомъ о лѣстницу. Беременность продолжалась; спустя 5 недѣль отхожденіе обилія кровянистой жидкости. Пошли схватки. Черезъ 4 дня произвольные роды.	—	Черезо полчаса послѣ рожденія ребенка вышелъ послѣдъ. На послѣдѣ можно различить 2 части: $^2/_5$ послѣда значительно тоньше остальной части, какъ-бы сдавлены, граница рѣзкая. Интересно, что плодъ не погибъ, получая кровь лишь половины послѣда.	„	Живъ (недонош. 36-ти нед.).	Сильный ушибъ, поведшій къ кровотеченію изъ маточно-плацентарныхъ сосудовъ.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
125	Bernheim. Annales de Gyn. et d'Obst. T. 40, p. 71.	? Multipar.	? Навѣрное сифилисъ.	Конецъ берем.	Въ родахъ разорванъ пузырь и очень медленно выпущены воды (5 литровъ). Спустя нѣсколько часовъ—2 раза сильное кровотеченіе.	—	Произвольно рожденъ плодъ, трупной блѣдности (вѣсъ 2,550), который сдѣлалъ лишь нѣсколько дыхательныхъ движеній.	Выздоров.	†	Многоводіе. Послѣдъ не могъ слѣдовать за значительной ретракціей матки
126	Rosenberg. Amer. Journ. of Obst. 1893. Febr.	24 г. Multipar.	?	»	Рѣзко выраженная Базедова болѣзнь. Послѣ нагибанія кровотеченіе. Схватокъ нѣтъ. Животъ напряженъ; на маткѣ слѣва близъ дна выпячиваніе. Вскорѣ появились схватки и кровотеченіе пріостановилось.	Блѣдность, безпокойство, частый и малый пульсъ, потеря сознанія.	Ледъ на выпячиваніе. При полномъ открытіи сильное кровотеченіе. Родился плодъ, послѣ чего сильнѣйшее кровотеченіе. Послѣдъ выжатъ съ жидкой и свернувшейся кровью.	»	Въ асфиксіи, но оживленъ.	Morbus Basedowii.
127	Rosenberg-Dickinson. Amer. Journ. of Obstetr. 1893. Febr.	25 л. II para.	Двойни.	На 7-мъ мѣс.	Ночью начались судорожныя боли съ тенезмами, чрезвычайно сильныя. Матка увеличена въ объемѣ, напряжена, слѣва въ днѣ на ней округлое возвышеніе. Сердцебіеніе не слышно.	Пульсъ малый. Шокъ.	Ручное расширеніе шейки. Воды кровянисты со сгустками. Наложены щипцы. Изъ-за кровотеченія послѣдъ извлеченъ рукой. Онъ лежалъ уже отдѣленный въ лѣвомъ углу матки. Смерть.	†	†	?
128	»	36 л. Multipar.	?	Въ срокъ.	Сильное кровотеченіе. Боли очень слабыя. По наружному изслѣдованію послѣдъ сидѣлъ на боковой стѣнкѣ (мягкая масса).	—	Ручное расширеніе шейки. Нижній край послѣда опредѣленъ на $2^1/_2$ дюйма выше зѣва. Поворотъ, извлеченіе. Головка застряла въ шейкѣ, положены щипцы на послѣдующую головку. Зашиваніе шейки.	Выздоров.	Живъ.	?
129	»	25 л. II para.	Кровотеченіе до и во время родовъ.	»	При цѣломъ пузырѣ кровотеченіе. Схватки сильныя.	Малокровіе.	Ручное расширеніе шейки; головка вдавлена въ тазъ давленіемъ на дно матки, наложены щипцы. Послѣдъ извлеченъ рукой. Тампонація матки и влагалища.	“	»	Гемофилія.

НБ КНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
130	Rosenberg-Dickinson. Amer. Journ. of Obstetr 1893. Febr.	30 л. II para.	Норм.	Въ срокъ.	Послѣ напряженія начались боли, и появилось кровотеченіе. Влагалище затампонировано. Черезъ 3 дня сильныя боли.	—	Данъ хлороформъ, шейка расширена. Ободочки отслоены, насколько хватали пальцы, нижній сегментъ, шейка и влагалище затампонированы. Роды закончились быстро.	Выздор.	?	Травма (напряженіе).
131	„	37 л. Multip.	Всѣ роды тяжел.	?	Судорожныя боли, рвота, поносъ. При почти полномъ открытіи зѣва отошли обильныя воды. Сильное кровотеченіе.	—	Изгнаніе плода длилось $1^1/_4$ часа. Вслѣдъ за плодомъ вышло много сгустковъ. Изъ-за кровотеченія послѣдъ удаленъ рукой. Онъ сидѣлъ въ днѣ матки.	„	? ($7^3/_4$ ф.).	?
132	Felsenreich. Zentralblatt für Gyn. 1893, p. 1028.	? Multip.	?	7-ми мѣс.	Сильное кровотеченіе. Поставленъ діагнозъ: центральное предлежаніе послѣда. Prolapsus placentae.	Крайняя анэмія.	Поворотъ послѣ прободенія послѣда; извлеченіе. На вскрытіи плацентарное мѣсто оказалось въ днѣ.	†	†	?
					18 94 г.					
133	v. Weiss. Archiv für Gyn. Bd. 46.	28 л. II para.	Щипцы.	Въ срокъ.	Рано утромъ колико-образныя боли въ животѣ, небольшое кровотеченіе. Матка сильно напряжена, дно на 1 палецъ ниже мечевидн. отростка. Сердцебіеніе не опредѣляется. Зѣвъ на 4—5 ctm., пузырь сильно напряженъ.	Блѣдность. Отечность лица. Въ мочѣ немного бѣлку и зернист. цилиндровъ.	Разрывъ плодныхъ оболочекъ. Черезъ 2 часа родилась мертвая дѣвочка. Немедленно послѣ нея вышелъ послѣдъ и много сгустковъ.	Выздоров. (phlegmasia лѣвой ноги).	† Свѣжеумерш.	Почка беременныхъ. Мелкоклѣточная инфильтрація въ decidua serotina.
134	„	40 л. III para.	Два выкидыша: на 2-мъ и 3-мъ мѣс.	—	Дно матки нѣсколько ниже мечевидн. отростка. Матка равномѣрно напряжена, чрезвычайно болѣзненна. Сердцебіеніе плода не опредѣляется, зато по всей маткѣ очень ясно слышно біеніе аорты. Кровотеченія нѣтъ. Шейка проходима для 1 пальца.	Судороги, коллапсъ. Безсознательное состояніе. Крайняя степень острагo малокровія. Пульсъ очень частый. Въ мочѣ 3,5‰ бѣлка, очень много зернист. цилиндровъ.	Разрывъ пузыря. Горячая ванна, обертываніе. Перфорація головки и немедленное извлеченіе. Вмѣстѣ съ ребенкомъ 850 grm. черныхъ сгустковъ и плоскій сдавленный послѣдъ.	Выздоровленіе (гнилостный эндометритъ).	† 2200 дм. легкая мацерація.	Нефритъ. Обильная инфильтрація deciduae многоядерными лейкоцитами.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
135	v. Weiss. Archiv für Gyn. Bd. 46	44 г. II рага.	?	Въ срокъ.	Наружное кровотеченіе. Отекъ ногъ, половыхъ губъ. Матка сильно напряжена, тверда какъ доска, доходитъ до мечевиднаго отростка. Сердцебіеніе не прослушивается. Зѣвъ пропускаетъ 2 пальца. Пузырь сильно напряженъ.	Блѣдность. Многочисленные петехіи на туловищѣ, помраченіе сознанія, безпокойство. Въ мочѣ 1% бѣлка.	Разрывъ плодныхъ оболочекъ. Воды обильны, кровянисты. Подкожное вливаніе 350 grm. Перфорація головки. Краніоклазія. Немедленное выхожденіе огромнаго количества крови и сгустковъ (1950 grm.). Совершенно отдѣлившійся послѣдъ извлеченъ рукой. Еще вливаніе. Коллапсъ. Смерть.	†	† (Безъ мозга 3.750 grm. свѣже-умерш.).	Нефритъ. На послѣдѣ много инфарктовъ. Мелкоклѣточная инфильтрація decidiae и верхнихъ слоевъ мускулатуры.
136	„	36 л. XI рага.	Всѣ роды нормальны.	На 9-мъ мѣс.	Ночью безъ видимой причины сильное кровотеченіе. Поперечное положеніе. Сердцебіеніе не прослушивается. Выпаденіе пуповины. Во влагалищѣ послѣдъ. Влагалище дряблое и чрезвычайно блѣдное. Prolapsus placentae.	Острое малокровіе, обмороки, бредъ.	Безъ наркоза поворотъ на ножку и потягиваніе за ножку. Коллапсъ. Возбуждающія. Смерть черезъ нѣсколько минутъ. Вскрытіе показало, что послѣдъ сидѣлъ на задне-лѣвой стѣнкѣ матки.	†	†	Поперечное положеніе никакого значенія не имѣло, а лишь способствовало выпаденію послѣда. Паренхиматозная дегенерація почекъ. Тяжелыя воспалительныя явленія въ послѣдѣ, стѣнкѣ матки.
137	„	41 г. V рага.	?	Въ срокъ.	Очень сильное кровотеченіе. Животъ вздутъ, напряженъ. Сердцебіеніе не выслушивается. Пузырь цѣлъ; головка во входѣ.	Рѣзкое острое малокровіе. Блѣдность, сонливость. Отекъ ногъ.	Поворотъ на ножку. Послѣдъ лежитъ въ маткѣ совершенно отдѣленный. Немедленное извлеченіе. Немедленно вышелъ послѣдъ съ обиліемъ сгустковъ и жидкой крови. Атонія матки; тампонація ея; подкожныя вливанія, эрготинъ возбуждающія. Смерть.	† Отъ малокровія.	† Свѣже-умерш. (4.200 дм.).	Острый нефритъ. Дегенеративныя измѣненія въ decidua съ инфильтраціей. Много бѣлыхъ инфарктовъ.
138	„	30 л. V рага.	Роды норм.	3½—4 мѣс.	Безъ видимой причины сильное кровотеченіе. Матка на уровнѣ пупка, твердая. Внутренній зѣвъ закрытъ. Кровь темная, грязно-бурая.	Рѣзкая анэмія. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Тампонація влагалища. Расширеніе Hegar'ами. Удаленіе плода инструментомъ Schultze. Изъ матки извлечены многочисленные черные сгустки (около 1000 гр.) и послѣдъ.	Выздоров.	†	?

№	АВТОРЫ.	роды. Которые	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
139	v. Weiss. Archiv für Gyn. Bg. 46.	28 л. III рага.	Роды норм.	7-ми мѣс.	Схваткообразныя боли, кровотеченіе. Полное открытіе зѣва; пузырь цѣлъ.	Тошнота, рвота, обморокъ. Рѣзкая анэмія. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Разрывъ плоднаго пузыря; немедленно вышелъ плодъ и совершенно отдѣленный послѣдъ съ массой крови (1,800 гр.). Тампонація матки безъ успѣха. Чревосѣченіе. Ампутація матки. Мѣры противъ малокровія.	Выздоров.	† Черезъ часъ послѣ родовъ (1400 гр.).	Тяжелыя измѣненія въ самой маткѣ. Инфильтрація многоядерными лейкоцитами особенно среднихъ и внутреннихъ слоевъ матки. Въ decidua тоже инфильтрація. Инфарктовъ нѣтъ.
140	„	27 л. III рага.	?	Въ срокъ.	Въ началѣ родовъ сидя въ ваннѣ, почувствовала внезапную слабость; кровотеченіе. Животъ шарообразный, мягкій. Наружное изслѣдованіе затруднено. Пузырь цѣлъ, сильное кровотеченіе.	Блѣдность, тошнота; малый пульсъ, потемнѣніе сознанія. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Внутренній поворотъ на ножку; пуповина не пульсируетъ. Вслѣдъ за плодомъ огромное количество темной жидкой крови. Свободно лежащій послѣдъ извлеченъ. Атонія матки. Всѣ мѣры противъ атоніи и общей анэміи. Смерть.	†	† Свѣжеумерш. (3000 гр.).	Тяжелое пораженіе міометрія (круглоклѣточковая инфильтрація) и ничтожный эндометритъ.
141	Rombach. Диссертація Leiden. Цит. по Grulich.	36 л. VII рага.	Роды норм.	28-я нед.	Матка сильно раздута и напряжена. Кровоотдѣленіе. Сердцебіеніе не слышно.	Анэмія. Блѣдность. Тошнота. Рвота. Пульсъ 104.	Тампонація. Возбуждающія. Разрывъ плоднаго пузыря. Извлеченіе ребенка.	Выздоров.	†	?
142	Nijhoff. Nederl. Tyd. v. Verlosk. Цит. по Jahresbericht 1894.	? I рага.	—	Конецъ берем.	Боли въ животѣ и наружное кровотеченіе.	Внезапно наступила картина острого малокровія.	Тампонація влагалища. Произвольные роды на слѣдующій день. Вслѣдъ за мертвымъ плодомъ вышелъ послѣдъ и множество черныхъ сгустковъ.	„	†	Этіологію авторъ указать не можетъ.
143	Muire. Tr. of the Obst. soc. of London. Vol. XXXV.	?	?	8 нед. до срока.	Внезапно сильное кровотеченіе (яко-бы послѣ испуга). Спустя 8 дней опять кровотеченіе.	—	Въ интересахъ жизни плода искусственные преждевременные роды. На послѣдѣ два большихъ кровоизліянія.	„	Живъ.	?

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
144	Howard Kelly. Amer. Journ. of Obstetr. 1894, p. 184.	? I рага.	—	Въ срокъ.	Въ началѣ роды шли нормально, потомъ кровотеченіе сгустками, схватки стали слабы, коротки, неправильны. Сердцебіенія не слышно. Матка растянута въ ширину.	Отеки. Альбуминурія. Р.—132—167. Послѣ родовъ урэмическія конвульсіи, стерторозное дыханіе.	Поворотъ на ножку, во время котораго вышло много жидкой, черной крови. Плодъ извлеченъ. Послѣдъ немедленно удаленъ двумя пальцами; спустя нѣсколько часовъ пришлось еще удалить дольку послѣда (приросшую!). Вливаніе въ лучевую артерію по направленію къ сердцу.	Выздоров. (флебитъ).	†	Альбуминурія.
145	Mc. Grew. Amer. Journ. of Obst. Vol. XXX, p. 374.	18 л. I рага.	—	На 9-мъ мѣс.	Повторные ознобы съ послѣдующимъ повышеніемъ t^0 до 42^0. Матка на 2 стм. ниже меча. Животъ сильно болѣзненъ. Наружнаго кровотеченія нѣтъ.	Въ мочѣ бѣлокъ. Зернистые и эпителіальные цилиндры. Пульсъ 160. Коллапсъ.	Произвольные роды. Послѣ родовъ t^0 спала до нормы на 14-й день. Въ центрѣ послѣда темный участокъ, на материнской поверхности сгустокъ (скрытое кровотеч. или тромбозъ синусовъ).	Выздоров.	Живъ.	Нефритъ.
146	Bué. Archives de Tocologie 1894, p. 481.	? IV рага.	Всѣ роды норм.	Въ срокъ.	Дно матки очень высоко. Матка напряжена, но не тверда, какъ дерево. Сердцебіенія не слышно. Небольшое наружное кровотеченіе. Пузырь цѣлъ, напряженъ. Зѣвъ пріоткрытъ.	Острое малокровіе. Пульсъ частый и малый.	Разрывъ плодныхъ оболочекъ: воды кровянисты. Наложеніе щипцовъ. Съ большимъ трудомъ извлеченъ плодъ. Рукой извлеченъ вполнѣ отдѣлившійся послѣдъ съ множествомъ сгустковъ.	Выздоров.	† (4650 грм.).	Можетъ быть гигантскій ростъ плода.
					18	95 г.				
147	Чапинъ. Медиц. Отчет. Имп. Клин. Повив. Инст. 1893—97.	40 л. III рага.	?	На 8-мъ мѣс.	Наружнаго кровотеченія нѣтъ. Дно матки доходитъ до мечевидн. отр., форма овальная, матка эластична, схватокъ нѣтъ. Отекъ ногъ. Шейка не сглажена, зѣвъ открытъ на $2^1/_2$ п., пузырь цѣлъ, предлежитъ головка, маленькая.	Внезапно обморокъ, потеря сознанія, рвота, еле ощущаемый пульсъ.	Возбуждающія, внутривенное вливаніе $1^1/_2$ литра солевого раствора. Комбиниров. поворотъ на ножку, Медленное извлеченіе. Послѣдъ вышелъ. Изъ матки извлечено обиліе сгустковъ. Тампонація матки. Смерть.	†	† вѣсъ 2170.	Не было ни ушибовъ, ни паденія Вскрытіе: рѣзкое малокровіе всѣхъ внутреннихъ органовъ. Хроническій паренхиматозный нефритъ (съ амилоидомъ?).

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
148	v. Wörz. Zentralblatt für Gyn. 1895. Nr. 21.	32 г. I рага.	—	2 нед. до срока.	Въ началѣ родовъ небольшое наружное кровотеченіе. Матка очень напряжена. Сердцебіеніе не выслушивается. Боли очень болѣзненны. Отхожденіе водъ при полномъ открытіи зѣва. Немедленно по рожденіи мертваго плода—вышло огромное количество жидкой и свернувшейся крови и послѣдъ. На послѣдѣ большія кровоизліянія (въ центрѣ).	—	—	Выздоров.	†	?
149	Doléris. Journ. de médec. de Paris 1895. № 7.	23 л. IV рага.	Въ теченіе двухъ берем. страдала маточными кровотеченіями.	На 5-мъ мѣс.	Кровотеченіе началось на 2-мъ мѣсяцѣ беременности. За это время два раза начиналась родовая дѣятельность, но на очень короткое время.	Больная очень малокровна и обезсилена.	Попытки расширить шейку не достигли цѣли. Сдѣланы глубокіе боковые надрѣзы шейки. Плодъ удаленъ по частямъ. Между послѣдомъ и стѣнкой матки большое количество кровяныхъ сверстковъ. Полость матки выскоблена.	Выздоров. (лихорадила).	†	?
150	Acker. Amer. Journ. of obst. 1895. Oct.	35 л. VIII рага.	5 разъ роды норм., 2 выкидыша.	Конецъ берем.	Послѣ паденія съ лѣстницы началось наружное кровотеченіе. Жестокія боли въ животѣ. Начались сильныя схватки. Зѣвъ пріоткрытъ. Сердцебіенія не слышно.	Пульсъ частый, малый.	Произвольные роды. Послѣ младенца вышли темные сгустки и жидкая кровь. Немедленно вышелъ уже совершенно отдѣленный послѣдъ.	Выздоров.	† (9 фунт.).	Травма (паденіе).

НБ КНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					18	96 г.				
151	Dietel. Zentralblatt für Gyn. 1896. Nr. 45.	34 г. XI para.	N.	Середина 9-го мѣс.	Послѣ удара дверью въ животъ—умѣренное кровотеченіе. Черезъ 2 дня усилилось. Во влагалищѣ сгустки. Шейка существуетъ, пропускаетъ пальцъ. Головка надъ входомъ.	—	Тампонація влагалища безъ успѣха. Введеніе баллона Tarnier. Появились боли. Самопроизвольные роды. Вскорѣ извержение большихъ сгустковъ цвѣта дегтя. Черезъ 1½ часа послѣдъ выжатъ по Credé. Одна долька покрыта сгустками и совершенно отдѣлена.	Выздоров.	Живъ.	Ударъ въ животъ дверью.
152	Масловскій. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. IV и журналъ акуш. и женск. бол. 1896.	22 г. I para.	—	Конецъ 9-го мѣс.	Во время беременности ѣдкія бѣли. Внезапное сильное кровотеченіе, невыносимыя боли. Матка у мечевиднаго отр., очень чувствительна, тверда, какъ-бы растянута. Сердцебіеніе справа. Зѣвъ закрытъ. 11 дней спустя схватки. Роды закончены при помощи Kristeller'a. Двукратное обвитіе пуповины вокругъ шеи. Обиліе темныхъ сгустковъ.	Головокруженіе. Шумъ въ ушахъ. P. 100. Малокровіе. Въ мочѣ ни бѣлка, ни цилиндровъ.	Покой; ледъ на животъ. Вино, опій. Во время родовъ — горячіе души.	Выздоров. (subinvolutio uteri).	Живъ (2900) на 3-й день гнойный конъюктивитъ.	Endometritis decidualis interstitialis gonorrhoica. Въ Decidua basalis сильная инфильтрація круглыми клѣтками. Измѣненія децидуальныхъ клѣтокъ. Въ decidua vera найдены гонококки.
153	Siron. Gazette medic. de Paris 1896, Nr. 15. Цит. по Moosauer.	?	?	?	Плодъ въ черепномъ положеніи. Внезапное паденіе сердцебіенія плода.	?	Самопроизвольные роды.	?	†	Длина пуповины 47 стм., обвита вокругъ шеи плода. Благодаря натяженію получилось полное отдѣленіе послѣда.
154	Chevillot. Année med. de Caen. 1896. № 1. Цит. по Jahresbericht.	24 г. III para.	?	Въ срокъ.	Въ теченіе послѣдняго мѣсяца беременности безпрерывное кровотеченіе. Въ родахъ сперва родился послѣдъ.	—	По выходѣ послѣда наложены щипцы.	† спустя часъ отъ атоніч. кровотеч.	†	?

НБ ЛГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
155	Köstlin. Münchener med. Wochenschrift 1896. Nr. 47.	36 л. I рага.	—	Начало 9-го мѣс.	Наружное кровотеченіе. Сердцебіеніе есть. Почти полное закрытіе дѣвственной плевы.	Отекъ ногъ, тошнота, рвота, изжога, головная боль. Въ мочѣ бѣлокъ и зернистые цилиндры.	Крестообразный разрѣзъ гимена, удаленіе изъ влагалища двухъ сгустковъ, величиною въ кулакъ, обшиваніе краевъ плевы. Черезъ 3 дня произвольные роды.	Выздоров.	† мацерир.	Нефритъ.
						1897 г.				
156	Evertz. Диссертація Leiden. Цит. по Grulich.	26 л. I рага.	—	25-я недѣля.	Матка сильно напряжена. Кровотеченіе. Боли въ животѣ.	Анэмія. Въ мочѣ бѣлокъ.	Произвольные роды.	Выздоров. (небольшая лихорадка in puerperio).	† обвитіе пуповины вокругъ шеи.	Нефритъ.
157	„	36 л. VI рага.	Всѣ роды норм.	4-я недѣля.	Животъ очень напряженъ, болѣзненъ. Кровотеченіе.	Слабость. Блѣдность. P.—120.	Произвольные роды.	Выздоров. (циститъ и тромбозъ venae saphenae).	†	?
158	Königstein. Wiener med. Blätter 1597, Nr. 19. Цит. по Zentralbl. 1897, Nr. 36.	?	?	?	Кровотеченіе до родовъ, вслѣдствіе отдѣленія послѣда.	Альбуминуріи не было.	Отдѣлившійся участокъ послѣда соотвѣтствовалъ мѣсту прикрѣпленія пуповины.	?	?	Короткая пуповина (34 стм.).
159	Gottschalk. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 36, p. 542.	28 л. II рага.	1 разъ былъ выкидышъ.	На 9-мъ мѣс.	Внезапное кровотеченіе. Ознобъ. Послѣ чего прекращеніе движеній плода и начало болей. Животъ напряженъ. Матка, особенно въ лѣвой ея половинѣ, равномѣрно сокращена. Сердцебіенія нѣтъ. Идетъ зѣвомъ сгустокъ. Очень болѣзненныя схватки.	За двѣ недѣли до родовъ отекъ ногъ. Рвота съ кровью. Крайняя блѣдность. Въ мочѣ 1/4 объема бѣлка; Гіалиновые и зернистые цилиндры.	Тампонація влагалища. При разрывѣ пузыря обильное отхожденіе сгустковъ и жидкой крови. Трудный поворотъ. Послѣдъ сидѣлъ высоко и почти цѣликомъ выдавался въ полость. Извлеченіе. Одновременно вышелъ послѣдъ. Атонія матки. Горячій душъ. Послѣдъ типиченъ, уплощенъ, съ вдавленіемъ. Кровоизліяніе разрушило ткань, разорвало оболочки и дало крови возможность излиться въ полость плоднаго яйца.	Выздоров. (бѣлокъ исчезъ).	† немного мацерир.	Почка беременныхъ.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
160	Bennet. Amer. Journal of Obst. 1897. May.	?	?	?	За 4 дня до родовъ отошли воды. Задержка мочи. Плодъ мертвъ зѣвъ растяжимъ.	Безсознательное состояніе, пульсъ не ощутимъ.	Наложены щипцы. При введеніи ложки вышло около литра черной крови. По извлеченіи плода немедленно вышелъ послѣдъ.	†	†	?
						1898 г.				
161	Kouwer. Zentralblatt für Gyn. 1898. Nr. 28.	44 г. VIII para.	?	?	Послѣ паденія съ лѣстницы — боли и напряженіе въ животѣ. Ни сердцебіенія, ни движеніе плода. Наружнаго кровотеченія нѣтъ. Зѣвъ на 1 палецъ. Пузырь очень напряженъ.	Блѣдность, прогрессирующая анэмія.	Классическое кесарское сѣченіе. Въ маткѣ огромное количество крови и отдѣлившійся послѣдъ. Отъ напряженія serosa матки въ нѣсколькихъ мѣстахъ лопнула.	† ($11^1/_2$ часовъ послѣ операціи отъ кровопотери).	†	Паденіе съ лѣстницы
162	Treub. Цит. по Jahresbericht 1898.	? IX para.	?	Конецъ 8-го мѣс.	Сильныя боли въ спинѣ. Увеличеніе живота. Ничтожное наружное кровотеченіе. Матка сильно напряжена, до реберной дуги. Плодъ не опредѣляется. При изслѣдованіи отхожденіе черныхъ сгустковъ. Послѣ разрыва пузыря начались боли.	Внезапный обморокъ. Потеря сознанія. Острая анэмія.	Разрывъ пузыря. Спустя $2^1/_2$ часа родился недоношенный, мертвый плодъ. Черезъ $^1/_4$ часа вышелъ послѣдъ съ обиліемъ сгустковъ. Изслѣдованіе обнаружило разрывъ краевого синуса.	?	†	Альбуминурія, травма, сифилисъ и Базедова болѣзнь исключены. Разрывъ краевого синуса.
						1899 г.				
163	Lovrich. Orvosi Hetilap. № 30.	32 л. 1 para.	—	На 8-мъ мѣс.	Признаки внутренняго кровотеченія. На слѣдующій день самопроизвольные роды. На послѣдѣ гематома вѣсомъ въ 720 grm. Соотвѣтственно ей овальное, центральное истонченіе послѣда.	—	—	Выздоров.	†	Нефритъ.

НБ КНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
164	Seifert. Zentralblatt für Gyn. 1899. Nr. 5.	?	?	Въ срокъ.	За 2 мѣсяца до родовъ беременная чувствовала сильную боль въ животѣ. Родила въ срокъ 7-ми мѣсячн. плодъ.	—	Послѣдъ съ большимъ центральнымъ кровоизліяніемъ.	Выздоров.	†	Альбуминурія (исчезла 8 дней post partun).
165	Cumston. Ann. of Gyn. and Ped. Vol. XII, p. 365.	27 л. I рага.	—	6 мѣс.	Послѣдніе 3 мѣсяца кровотеченія каждыя 4 недѣли, съ болями внизу живота. Внезапно сильное кровотеченіе. Матка больше срока. Послѣ тампонаціи въ зѣвѣ оказался совершенно отдѣлившійся послѣдъ. Prolapsus placentae.	Пульсъ 105.	Покой. Tra Opii. Тампонація влагалища. 0,002 Strychnini подъ кожу. Расширеніе зѣва пальцами, удаленіе послѣда. Поворотъ плода.	Выздоров. (puerper. норм.).	†	?
166	„	32 г. II рага.	1 выкид. 1 преждевр. роды.	Конецъ 7-го мѣс.	Внезапно сильныя боли внизу живота. Повидимому отхожденіе водъ. Кровотеченіе. На другое утро въ зѣвѣ совершенно отдѣлившійся послѣдъ. Prolapsus placentae.	—	Покой. Морфій. Поворотъ и извлеченіе подъ наркозомъ.	Выздоров.	†	На послѣдѣ жировое перерожденіе.
167	Thierry. Annales de Gyn. T. 51, p. 305.	23 г. I рага.	—	Конецъ берем.	Среди ночи внезапно сильныя боли въ животѣ и кровотеченіе. Смерть плода опредѣлена до смерти матери.	Быстрый коллапсъ. Смерть.	На мертвой: Во влагалищѣ сгустки. Зѣвъ пріоткрытъ. Тазъ нормальный. Животъ вскрытъ, такъ же матка. Обиліе водъ. Пуповина не напряжена. Послѣдъ въ днѣ, и на передней и лѣвой стѣнкѣ матки, только верхней периферіей прикрѣпленъ. Огромный сгустокъ крови. Почки безъ измѣненій. Мочи въ пузырѣ не было. Отековъ нѣтъ.	†	†	Этіологія неизвѣстна.

НБ ХГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
168	Lehmann. Thèse de Paris 1899.	25 л. II рага.	?	6-ти мѣс.	Послѣ тяжелаго подъема появились сильныя боли внизу живота и небольшое кровотеченіе. Матка сильно напряжена. Сердцебіеніе плода слабѣетъ.	Рвота.	Наружный поворотъ. По отхожденіи водъ — извлеченіе за ножку. Послѣдъ вышелъ немедленно, сидя на головкѣ.	Выздоров.	† черезъ полчаса.	Травма.
169	„	40 л. IV пара.	?	7½ мѣс.	Сильное кровотеченіе; матка твердая, какъ дерево, особенно справа внизу. Наружное изслѣдованіе невозможно. Сердцебіенія не слышно. Пузырь плоскій, очень напряженъ.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. Слѣды рахита и наслѣдственнаго сифилиса. Рвота; блѣдность.	Разрывъ плоднаго пузыря. При отодвиганіи ягодицъ — кровь истекаетъ наружу. Низведена ножка, извлеченъ плодъ. За нимъ волна крови. Рукой извлеченъ отлѣпившійся послѣдъ и сгустки. Тампонація влагалища. Подкожныя вливанія, возбуждающія. Смерть.	†	†	?
170	Haake. Archiv für Gyn Bd, 58.	33 г. V рага.	1 разъ щипцы, 1 разъ преждевременные роды, перфорація. Въ лохіяхъ гонококки.	Конецъ берем.	Узкій тазъ. Сильнѣйшія схватки; кольцо сокращенія; головка надъ входомъ; въ половой щели показался пузырь и родился послѣдъ, идя плодовой поверхностью впередъ, вмѣстѣ со всѣми оболочками. Сильное кровотеченіе. Головка все еще надъ входомъ. Prolapsus placentae.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Немедленное прободеніе головки и извлеченіе краніокластомъ въ Walcher'овскомъ положеніи. Горячій маточный душъ. Ребенокъ еще кричалъ. На послѣдѣ сгустковъ не было.	Выздоров. (въ лохіяхъ гонококки).	†	Гонноройный эндометритъ, чрезмѣрно сильныя боли и натяженіе со стороны плоднаго пузыря.
171	Lepage. Société d'obstétr. et de Gynéc. de Paris. 1899. 6 X.	31 г. III рага.	1 разъ щипцы.	На 10-мъ мѣс.	Небольшое кровотеченіе, вскорѣ начались роды.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Разрывъ плоднаго пузыря (2 стакана водъ цвѣта портвейна). Въ моментъ рожденія плода сильная струя крови. Черезъ 10 мин. вышелъ послѣдъ. Субхоріальная гематома (325 к. с).	Выздоров.	?	Вѣроятно эндометритъ.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
172	Warren. Americ. Journ. of obst. 1899. February.	30 л. V рага.	2 раза щипцы, слабость болей.	Въ срокъ.	На 9-омъ мѣс. были схватки и ознобы. Черезъ мѣсяцъ роды. Сильныя боли въ животѣ. Можетъ лежать только на правомъ боку. Матка очень напряжена; сердцебіеніе не слышно. Воды прошли. Послѣ изслѣдованія наружное кровотеченіе.	Крайняя блѣдность. Холодный потъ. Коллапсъ.	Зѣвъ расширенъ пальцами. Наложены щипцы. По рожденіи плода вынять свободно лежавшій послѣдъ и огромное количество сгустковъ. Черезъ 2 часа атоническое кровотеченіе. Смерть.	†	†	?
173	Mayer. Prager med. Wochenschrift. 1900. № 48—49 цит. по Jahrsb.	35 л. XI рага.	?	На 7-мъ мѣс.	Нѣсколько часовъ послѣ поднятія ребенка сильное кровотеченіе при рѣзкихъ болях. Въ днѣ матки слѣва очень болѣзненное полушаровидное выпячиваніе. Послѣ низведенія ножки выпячиваніе увеличилось.	Коллапсъ.	Повторная тампонація влагалища и матки. Однимъ пальцемъ войдено въ матку, разорванъ пузырь, низведена ножка. Извлеченіе плода, сидящаго верхомъ на пуповинѣ. Послѣдъ лежалъ отдѣленный въ шейкѣ; задержавшіяся у дна оболочки извлечены. Кровотеченіе возобновилось (изъ разрыва шейки). Смерть.	†	† (?)	Абсолютно — короткая пуповина (10 ctm.).
174	Fieux. Annales de Gynéc. et d'obst. 1900. p. 193.	35 л. III рага.	Роды норм.	На 8-мъ мѣс.	Наружное кровотеченіе. Матка высока, очень твердая. Наружное изслѣдованіе невозможно. Сердцебіенія нѣтъ. Шейка существуетъ, внутренній зѣвъ закрытъ.	Коллапсъ; блѣдность; пульсъ 148. Въ мочѣ много бѣлка.	Тампонація влагалища. Подкожное вливаніе. Пальцемъ расширена шейка. прорванъ пузырь, введенъ баллонъ Champetier. Далѣе шейка расширена пальцами, захвачена ножка. По извлеченіи плода немедленно вышелъ послѣдъ, съ большимъ чернымъ сгусткомъ (въ 300 грм.) и жидкой кровью (300 грм.). Возбуждающія.	Выздоров.	?	Альбуминурія.

НБ КГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
175	Schuhl. Gazette hebdomadaire de médecine 1900. № 47	32 г. III рага.	1 разъ выкидышъ, на 5-мъ мѣс. (двойни).	Въ срокъ.	На 3-емъ мѣсяцѣ беременности было кровотеченіе. Боли начались въ срокъ. Роженица замѣтила увеличеніе живота. Матка достигаетъ мечевиднаго отростка, тверда, болѣзненна. Сердцебіеніе слѣва. Никакого кровотеченія. Зѣвъ пріоткрытъ. Головка надъ входомъ.	Обмороки, головная боль, рвота; холодный потъ. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Воды отходятъ, ярко окрашенныя кровью (650 грм.). Роды произвольны. Ребенокъ покрытъ кровью, на ножкахъ сгустокъ вѣсомъ въ 420 грм. Вслѣдствіе кровотеченія послѣдъ удаленъ рукой (онъ былъ еще частью не отдѣленъ). На отпадающей нѣсколько сгустковъ. Два разрыва оболочекъ, одинъ изъ нихъ на верхнемъ полюсѣ яйца.	Выздоров.	Живъ (3560 грм.).	?
					19 01 г.					
176	von Guérard. Monatsschrift für Geb. u. Gyn Bd. IV. Hft. 5.	27 л. V рага.	Всѣ роды норм.	На 8-мъ мѣс.	Немедленно послѣ паденія на животъ—заболѣла. Матка стоитъ чрезвычайно высоко, у реберной дуги, сильно напряжена. Сердцебіеніе не прослушивается. Шейка проходима для 3-хъ пальцевъ. Пузырь напряженъ. Незначительное наружное кровотеченіе.	Крайняя блѣдность. P. 120. Помраченіе сознанія.	Разрывъ пузыря. Сильнѣйшее кровотеченіе, почему сдѣланъ поворотъ. Извлеченіе. Немедленно же вышелъ послѣдъ съ чрезвычайнымъ обиліемъ крови (частью сгустки). На послѣдѣ плотно сидящіе сгустки.	Выздоров.	†	Паденіе животомъ на край лоханки. Микроскопически: Endometritis decidualis. Картина выражена слабо.
177	»	40 л. IX рага.	При первыхъ родахъ щипцы, остальные норм. въ послѣдов. періодѣ всегда кровотеч.	?	Болѣзненныя схватки. Небольшое кровотеченіе. Сердцебіеніе не прослушивается. Шейка сглажена, открытіе съ ладонь, пузырь сильно напряженъ. Матка очень велика. Вмѣстѣ съ водами—огромное кровотеченіе. Матка уменьшилась. Послѣдъ большой, очень тонкій, покрытъ старыми сгустками.	Безпокойство, чувство страха. Одышка. Тяжелая анэмія.	Ввиду крайне тяжелаго состоянія роженицы—наложеніе щипцовъ. Изъ за сильнаго кровотеченія послѣдъ выжатъ съ большими несвѣжими сгустками. Горячій душъ. Двойной массажъ матки.	Выздоров. (медленное вслѣдствіе нефрита).	† свѣже умерш. дѣвочка 7ми фунт.	Въ анамнезѣ нѣтъ причинъ для преждевр. отдѣл. послѣда. 3 дня р.р. бѣлка $1^1/_2\ ^0/_{00}$.

НБКИМ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
178	von Guérard. Monatsschrift für Geb. u Gyn. Bd. XIV Hft. 5.	45 л. X рага.	?	?	Матка чрезвычайно напряжена, увеличилась на глазахъ. Опредѣлить положеніе невозможно. Умѣренное кровотеченіе. Шейка не сглажена, еле проходима для 2-хъ пальцевъ.	Безсознательное состояніе; тягчайшая анэмія. Пульсъ не прощупывается.	Поворотъ. При этомъ опредѣлено, что послѣдъ совершенно отдѣленъ и свободно болтается въ полости матки. Послѣ труднаго поворота—извлеченіе. Немедленно вышелъ послѣдъ съ огромнымъ количеств. крови. Рукой изъ матки извлеченъ плотный сгустокъ величиною съ ребенка, сидѣвшій на плацентарномъ мѣстѣ спереди вверху. Двусторонній разрывъ шейки: справа зашитъ, слѣва наложенъ зажимъ ввиду тяжелаго состоянія больной. Тампонація матки.	Умерла неожиданно на 9-й день отъ послѣдовательнаго кровотеченія.	†	Нефрита не было.
179	Rühl. Zentralblattfür Gyn. 1901. № 47.	? III рага.	?	?	Наканунѣ ударъ въ животъ. Сильная боль, какъ будто что-то оборвалось въ животъ. Умѣренное кровотеченіе. Правая сторона матки выпячена. Сердцебіеніе не слышно. Шейка проходима для пальца. На передней стѣнкѣ матки и въ днѣ опухоль величиною въ голову взрослаго.	Потеря сознанія. Пульсъ еле ощутимъ	Въ матку введенъ кольпейринтеръ. Подкожное вліяніе. Влагалищное кесарское сѣченіе съ разсѣченіемъ передней и задней стѣнокъ шейки. Вслѣдъ за плодомъ вышелъ послѣдъ и большое обиліе сгустковъ.	Выздоров.	?	Ударъ по животу.
180	Каннегисеръ. Журналъ акушерства и женск. бол. 1901. Декабрь.	34 г. ?	?	6 мѣс.	10 дней не чувствуетъ движенія плода. Спустя 6 недѣль повторныя кровотеченія. Матка уменьшилась въ объемѣ, плотна; на передней стѣнкѣ фиброзный узелъ. Зѣвъ открытъ на 1 палецъ; предлежанія послѣда нѣтъ. Ни движенія плода, ни сердцебіенія. (Prolapsus placentae).	Одышка, отечность лица. Синюшность лица и ногтей рукъ. Рѣзкія расширенія венъ на ногахъ и половыхъ частяхъ.	Повторная тампонація влагалища: пошли боли. При 4-хъ пальцахъ открытія, обнаруженъ въ зѣвѣ послѣдъ. Извлеченъ мертвый плодъ и послѣдъ. Атонія матки: примѣнены всѣ обычныя мѣры. Наконецъ матка удалена черезъ влагалище. Возбуждающія. Смерть черезъ 2 часа. Въ маткѣ нѣсколько фиброидовъ; послѣдовое мѣсто въ днѣ и на задней стѣнкѣ. Послѣдъ безкровенъ.	†	† мацерир. 6-ти мѣс. 1900 гр.).	Матка рѣзко утолщенная, съ фиброидами. Рѣзкое фиброзное перерожденіе стѣнокъ матки, главнымъ образомъ, въ части лежащей ближе къ брюшинѣ. Эндоартеріитъ.

№	АВТОРЫ.	роды. Которые	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
181	Champetier de Ribes. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1901. 10 Juin.	21 г. II para.	1 разъ преждевремен. роды.	На 8-мъ мѣс.	Вполнѣ здоровая беременная на 8-мъ мѣсяцѣ женщина ударилась животомъ о край стола. Ретроплацентарное кровотеченіе и отдѣленіе послѣда; преждевременные роды. Матка твердая какъ дерево. Сердцебіенія нѣтъ.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Роды произвольны. Пуповина послѣда сильно сдавлена старыми черными, плотно сидящими сгустками.	Выздоров.	† (свѣжеумерш. 1900 гр.).	Ударъ животомъ о край стола.
182	Van Tussenbroek. Monatsschrift für. Geb u. Gyn. Bd. 14. p. 215.	? VI para.	?	На 6-мъ мѣс.	14 дней до родовъ постепенное отхожденіе околоплодныхъ водъ. При родахъ водъ больше не отходило.	?	По изгнаніи свернувшагося послѣда вышли старые кровяные сгустки.	"	†	Нефритъ.
183	Lepage. Annales de gyn. et d'obst 1901. Juillet.	29 л. IV para.	?	4½ мѣс.	Сильный ударъ животомъ объ уголъ мебели. На слѣдующій день алое кровотеченіе. Матка плотна, тонически сокращена.	—	Родился свѣжеумершій плодъ, черезъ 10 минутъ вышелъ послѣдъ, съ плотно сидящими на немъ сгустками, сплавившими ткань послѣда.	-	† (вѣс. 480 гр.).	Прямая—травма.
184	Maygrier et Cathala. Bullet de la Soc. d'obst. de Paris 1901. № 7. 8.	? I para.	—	На 8-мъ мѣс.	Уже въ началѣ родовъ появилось кровотеченіе, которое продолжалось до окончанія родовъ. Схватки носили судорожный характеръ. Сердцебіеніе плода глухое; черезъ 18 час. послѣ начала родовъ прекратилось.	Въ мочѣ слѣды бѣлка.	Плодъ родился мертвымъ. Одновременно вышелъ послѣдъ съ большимъ сгусткомъ на маточной поверхности. Пуповина (41 стм.) обвита вокругъ шеи; длина ее отъ шеи до послѣда 10 стм.	"	† (вѣс.1780 гр.).	Относительная короткость пуповины.
185	Lelong. Thèse de Paris. 1901.	? VIII para.	7 срочныхъ родовъ.	Въ срокъ.	Безъ видимой причины сильное кровотеченіе, безъ болей. Матка твердая, длительно сокращена. Сердцебіеніе неслышно.	Блѣдность, крайняя слабость; пульсъ 142. Въ мочѣ немного бѣлка.	Разрывъ плоднаго пузыря; ручное расширеніе шейки. Базіотрипсія. Двукратное обвитіе пуповины вокругъ шеи. Ручное удаленіе послѣда, лежавшаго свободно на передней стѣнкѣ матки. Обиліе сгустковъ (1200 гр.). Тампонація матки. Мѣры противъ анэміи. Смерть.	†	† (2900 безъ мозга).	Относительная короткость пуповины (57 стм., при обвитіи 10 стм.). Альбуминурія.

НБУМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
186	De Lee. The Americ. Jour. of obstetr XLIV № 6.	35 л. IV рага.	2 выкидыша.	7 мѣс.	Проснулась изъ-за болей въ животѣ и въ тазу. Матка большая, плотная, напряженная. Сердцебіеніе не слышно. Внезапно наступило сильное наружное кровотеченіе. Шейка ригидна, пропускаетъ 1 п.	Блѣдность. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ; есть стрептококки. Подкожныя кровоизліянія на мѣстахъ впрыскиваній и вливаній. Одышка; обмороки; потеря сознанія.	Разрывъ пузыря; метрейринтеръ съ тягой. Краніотомія. Поворотъ, извлеченіе. Изъ матки извлеченъ лежавшій свободно послѣдъ и обиліе черныхъ сгустковъ. Атоніи не было. Кровь черная, жидкая, лаковая.	†	†	Гемофилія.
185	Holmes. Americ. J. of obstetr. 1901. Dec.	? IX рага.	1 разъ былъ выкидышъ.	Въ срокъ.	Отвислый животъ. Сильныя схватки, небольшое кровотеченіе. Воды прошли при полномъ открытіи зѣва.	Слабость.	Роды произвольны. Послѣдъ вышелъ вмѣстѣ съ ребенкомъ. На немъ вдавленіе, старый сгустокъ.	Выздоров.	Живъ (въ асфиксіи) 10 ф. Умеръ спустя 36 час.	?
188	„	25 л. II рага.	?	8 мѣс.	Проснулась отъ боли. Послѣ рвоты началось кровотеченіе. Схватокъ не было. Матка напряжена. Сердцебіенія нѣтъ. Движенія прекратились.	Блѣдность, безпокойство.	Введенъ баллонъ de Ribes, вызвавшій сильныя боли. Разорванъ пузырь при 4-хъ пальцахъ, послѣ насѣчекъ по Dührssen'у наложены щипцы. Плодъ извлеченъ съ помощью Kristellera. Послѣдъ удаленъ рукой. На немъ большое вдавленіе. Сгустки. Атонія. Тампонація матки.	† Отъ кровопотери и шока.	† Мацериров.	?
189	Doléris. Annales de Gyn. 1902. Jun. цит. по Zentralblatt № 29. и по Jahresbericht.	19 92 г. ? IV рага.	Всѣ роды норм.	На 7-мъ мѣс.	Произвольные преждевременные роды. Колоссальное внутреннее кровотеченіе изъ двойного разрыва Sinus circularis. Наружнаго кровотеченія не было. Роды завершились лишь 5 дней послѣ начала кровотеченія. Съ послѣдомъ вышла гематома въ $1^1/_2$ литра.	Никакихъ симптомовъ (?). Въ мочѣ слѣды бѣлка.		Выздоров.	† Мацерир. (2350 дм.)	Никакой травмы не было. Ненормальная слабость сосудистой стѣнки, на почвѣ неврастеническихъ измѣненій въ кровообращеніи. (!?).

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
190	Lomer. Zentralblat für Gyn. 1902. № 9. Sitzungsber. d. geb. Ges. Hamburg. ?	?	?	?	Судорожныя боли. Роды произвольные.	Острое малокровіе. Въ мочѣ бѣлокъ.	—	Выздоровл.	†	Альбуминурія.
191	Kahrs. Med. revue 1902 p. 287. цит. по Jahresbericht.	30 л. II para.	?	На 30—32 нед.	Наружное кровотеченіе при отсутствіи предлежанія послѣда.	—	Поворотъ и извлеченіе плода. Послѣдъ частично покрытъ сгустками крови.	?	?	Вѣроятно былъ въ концѣ беременности нефритъ.
192	Hirsch. Deutsche mediz. Wochenschrift. 1902. № 12.	28 л. ?	?	На 9-мъ мѣс.	При нагибаніи внезапная боль въ тазу. Зѣвъ закрытъ. Небольшое кровотеченіе. Признаки внутренняго кровотеченія.	Обморокъ, рвота, колляпсъ.	Расширеніе шейки пальцами, поворотъ на ножку, извлеченіе. Немедленно послѣдъ съ обиліемъ сгустковъ.	† отъ анэміи.	†	Травма.
193	Aschkanasy. Inaug. Dissert. 1902. Königsberg.	37 л. VIII para.	6 разъ роды. нормальны. 1 разъ placenta praevia.	На 8-мъ мѣс.	Внезапно рвота и боли въ животѣ. Боли и напряженіе въ животѣ увеличились. Сильное наружное кровотеченіе. Матка до реберной дуги напряжена. Ни сердцебіенія, ни движеній.	Рвота. Обморокъ. Жажда. Сильн. анэмія. Въ мочѣ много бѣлка. Отекъ лица.	6 минутъ послѣ отхожденія водъ сильное кровотеченіе. Наложены щипцы. Послѣдъ вышелъ немедленно, съ нимъ большіе сгустки. На послѣдѣ плотно сидящіе сгустки, коими онъ сильно сжатъ.	Выздоров.	†	Нефритъ беременныхъ.
194	„	Таже больная.		Конецъ 8-ми мѣс.	Неожиданно вышелъ сгустокъ величиною съ кулакъ. Болѣзненное напряженіе живота. Матка шарообразна, напряжена; ни сердцебіенія, ни движеній. Поперечное положеніе.	Рвота. Обморокъ. Сильная жажда, ознобъ, мерцаніе въ глазахъ, судорожная зѣвота. 35,5. Въ мочѣ бѣлокъ, гіалиновые цилиндры.	Поворотъ на ножку. Къ ножкѣ привѣшенъ грузъ. Послѣ рожденія плода большое обиліе сгустковъ. $^2/_3$ послѣда сжаты кровоизліяніемъ. Нѣсколько бѣлыхъ инфарктовъ.	„	†	Нефритъ беременныхъ.

НБУКМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
195	Aschkanasy. Inaug. Dissert. 1902. Königsberg.	29 л. 1 рага.	—	На 7-мъ мѣс.	Наружное кровотеченіе. Судорожныя боли въ животѣ. Матка твердая, какъ доска. Сердцебіеніе—152, скоро прекратилось.	Отеки общіе, асцитъ. Въ мочѣ 12% бѣлка; цилиндры, жирноперерожденный эпителій. Рвота. Малый пульсъ.	Введенъ въ матку кольпейринтеръ. Вслѣдъ за баллономъ родился первый плодъ (вмѣстѣ съ жидкой кровью). Второй вышелъ вмѣстѣ съ обоими послѣдами. Опять жидкой крови 630 грм. сгустокъ вѣсомъ въ 660 грм. Въ послѣдахъ глубокое вдавленіе, много бѣлыхъ инфарктовъ.	Выздоров.	†† оба свѣжеумерш.	Нефритъ беременныхъ.
196	„	30 л. IV рага.	Всѣ роды нормальны.	Конецъ берем.	Сильное наружное кровотеченіе. Движенія прекратились. Сердцебіеніе не выслушивается.	Обморокъ. Бѣлка нѣтъ.	Тугая тампонація влагалища, появились боли. Спустя 2½ часа родился плодъ съ обиліемъ сгустковъ. На послѣдѣ глубокое вдавленіе.	„	† свѣжеумерш.	?
197	„	35 л. XII рага.	9 норм. родовъ; 2 выкидыша.	Въ срокъ.	Внезапное наружное кровотеченіе. Матка шарообразна. Плодъ живъ.	Тошнота.	Холодныя и горячія обертыванія. Разрывъ пузыря. Роды произвольные. Очень много жидкой и свернувшейся крови. На послѣдѣ сгустки, и вдавленіе.	Медленное выздоров.	Живъ.	?
198	-	41 г. VIII рага.	6 разъ роды нормальны. 1 разъ двойни: поворотъ на ножку.	Конецъ берем.	Сильное кровотеченіе. Потомъ появились схватки. Матка тверда какъ дерево. Опредѣлить части плода невозможно. Сердцебіеніе не выслушивается. Схватки очень рѣдкія и слабыя.	Малокровіе. Въ мочѣ ½% бѣлка.	Введенъ кольпейринтеръ. Далѣе разрывъ плоднаго пузыря. Роды самопроизвольны. Черезъ 15 минутъ вышелъ послѣдъ, половина котораго сильно сжата.	Выздоров.	† (съ признаками мацераціи).	Альбуминурія.

НБ ХГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
199	Aschkanasy. Inaug. Dissert. 1902. Königsberg.	25 л. II рага.	Нормальн.	За мѣсяцъ до срока.	Внезапно начались схватки. Наружное кровотеченіе. Животъ напряженъ. Матка у реберной дуги, тверда. Мелкія части не опредѣляются. Сердцебіеніе—140.	Малокровіе. Пульсъ 120, малъ. Въ мочѣ бѣлокъ и клѣтки пузыря и лоханки.	Поворотъ на ножку при полномъ открытіи зѣва и немедленное извлеченіе. Второй плодъ въ поперечномъ положеніи — поворотъ и извлеченіе. Немедленное изверженіе послѣда второго плода со сгустками. Послѣдъ перваго вышелъ черезъ полчаса.	Выздоров.	Живъ.	Альбуминурія.
200	„	43 г. XI рага.	7 разъ роды нормальны. По одному разу щипцы, поворотъ и перфорація.	Въ срокъ.	Въ началѣ родовъ кровотеченіе, напряженіе въ животѣ. Выше пупка выпячиваніе стѣнки матки, очень болѣзненное, величиною съ дѣтскую головку. Матка напряжена, части плода не прощупываются. Выпаденіе непульсирующей пуповины.	Не было ни отековъ, ни признаковъ нефрита.	Перфорація головки, извлеченіе. Вслѣдъ за плодомъ изверженіе послѣда съ плотно сидящими на немъ сгустками.	Выздоров. (fistula vesico-vaginalis).	†	?
201	„	30 л. VII рага.	Всѣ роды нормальны.	„	Больная сильно поскользнулась, вслѣдъ за тѣмъ появилась рѣзкая боль въ животѣ, вскорѣ кровотеченіе. Черезъ недѣлю схватки и сильное кровотеченіе.	Сильное малокровіе. Обмороки. Р. нитевидный. Моча норм.	Въ виду поперечнаго положенія поворотъ на ножку и извлеченіе. Немедленно вышелъ послѣдъ, покрытый сгустками.	Выздоров.	† (въ асфиксіи, не оживленъ).	Травма.
202	„	18 л. I рага.	—	8-ми мѣс.	На 6-мъ мѣсяцѣ упала, послѣ чего было кровотеченіе. Спустя 2 мѣсяца опять кровотеченіе. Черезъ недѣлю начались боли.	Моча норм.	Произвольные роды. На послѣдѣ старыя кровоизліянія.	„	Живъ.	Травма.
203	Pestalozza. Comptes - rendus du 4 Congr. de Rome.	?	?	6-й мѣс.	Сильное кровотеченіе послѣ паденія.	—	Влагалищное кесарское сѣченіе (видоизмѣненное).		†	Паденіе.

НБУКМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					1903 г.					
204	Guérin-Valmal. Soc. d'Obstétr. de Paris. 1903. Цит. по Guiraud.	29 л. IV para.	2 раза родила мертвыхъ.	На 8-мъ мѣс.	Сильное, только внутреннее кровотеченіе. Произвольные роды. Вслѣдъ за ребенкомъ рождается послѣдъ и сгустки (1200—1500grm).	Отекъ ногъ, головная боль, потеря сознанія, колляпсъ. Блѣдность. Пульсъ 124.	Послѣдъ типичный, сидѣлъ въ днѣ матки.	Выздоров.	† 1600 гр.	Альбуминурія.
205	Vogel. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 48. p. 469.	38 л. III para.	Оба раза многоводіе; оперативные роды; дѣти мертвые.	Роды срочные.	Многоводіе; окружность живота 116 ctm. Рѣзкая флюктуація. Слабыя боли. Prolapsus placentae.	Одышка; ціанозъ. Въ мочѣ много бѣлка.	Пузырь разорванъ при полномъ открытіи зѣва. Роженица нарочно потужилась. Обиліе водъ. Сильное кровотеченіе. Въ зѣвѣ оказался отдѣлившійся послѣдъ. Поворотъ. Извлеченіе.	Выздоров. (бѣлокъ исчезъ на 8-й день).	†	Механическій моментъ (сильное сокращеніе матки послѣ быстраго частичнаго ея опорожненія).
206	„	? VIII para.	4 нормальн. родовъ. 3 выкид.	3 недѣли раньше срока.	Первый ребенокъ извлеченъ по Veit-Smellie. Второй плодъ въ поперечномъ положеніи. Одновременно съ сильной схваткой очень обильное кровотеченіе. Введенная рука опредѣлила въ зѣвѣ совершенно отдѣлившійся послѣдъ. Prolapsus placentae.	Въ мочѣ много бѣлка. Осадокъ характерный для остраго нефрита.	Выпавшій послѣдъ отодвинутъ въ сторону — поворотъ и извлеченіе второго плода. Одновременно съ плодомъ родились оба послѣда.	Выздоров. (къ 10-му дню колич. бѣлка уменьшилось)	Оба плода живы.	Тоже.
207	„	31 г. VI para.	Всѣ роды нормальны.	Роды въ срокъ.	Двойни. Слабыя боли. Prolapsus placentae.	Въ мочѣ слѣды бѣлка.	При полномъ открытіи разорванъ пузырь. Щипцы. Сильное кровотеченіе. Въ зѣвѣ отдѣлившійся послѣдъ. Поворотъ и извлеченіе второго плода. Одновременно съ нимъ вышелъ послѣдъ перваго плода. Атонія матки. Credé. Разрывъ пузыря центральный.	Выздоров.	Оба плода живы.	„

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
208	Vogel. Zeitschr. für Geb. u. Gyn. Bd. 48. p. 471.	28 л. VI рага.	Всѣ роды нормальны.	4 нед. раньше срока.	Животъ сильно увеличенъ, вездѣ рѣзкая флюктуація. Hydrocephalus. Въ половой щели напряженный плодный пузырь. Воды отходятъ, начинается кровотеченіе. Рядомъ съ головкой опредѣляется отдѣлившійся послѣдъ. Prolapsus placentae.	Въ мочѣ мало бѣлка.	Перфорація гидроцефала. Одновременно съ плодомъ выходитъ послѣдъ. Атонія матки. Рукой извлеченъ добавочный послѣдъ, сидѣвшій въ трубномъ углу. — Uterus arcuatus. Въ передней стѣнкѣ внутристѣночная міома. Разрывъ оболочекъ центральный.	Выздоровл.	†	Тоже.
209	Moosauer. Inaug. Dissert. Würzburg. 1903.	39 л. VIII рага.	?	Конецъ беремен.	Внезапно сильное кровотеченіе безъ схватокъ; матка у реберной дуги; сердцебіенія нѣтъ; спинка плода неопредѣлима. Пузырь цѣлъ. Послѣ тампонаціи усиленіе болей.	—	Тампонація влагалища. Черезъ 6 часовъ изгнанъ тампонъ — родился плодъ. Очень скоро вышелъ послѣдъ и за нимъ два огромныхъ сгустка, сдавившихъ послѣдъ. Разрывъ оболочекъ центральный.	„	† доношен.	?
210	„	41 г. VI рага.	?	?	3½ часа послѣ начала болей — сильное кровотеченіе. Ягодичное положеніе. Дно матки у реберной дуги. Пузырь очень сильно напряженъ, нигдѣ ткани послѣда. Сердцебіенія нѣтъ.	Въ мочѣ много бѣлка, эпителій цилиндрич. и почечный.	Разрывъ плоднаго пузыря. Такъ какъ кровотеченіе не прекратилось, тампонація. Произвольные роды. Немедленно вышелъ послѣдъ съ обиліемъ сгустковъ. Послѣдъ плоскій, сдавленный.	Выздоровл. (спустя 3 нед. отсутствіе бѣлка).	† (экхимозы на перикардіи).	Почка беременныхъ.
211	„	37 л. III рага.	Всѣ роды нормальны.	Конецъ беремен.	Небольшое кровотеченіе; матка поразительно напряжена. Положеніе плода неопредѣлимо. Сердцебіенія нѣтъ. Зѣвъ съ ладонь. Плоскій пузырь, нигдѣ ткани послѣда.	Въ мочѣ много бѣлка; эпителій цилиндрич. и почечный.	Разрывъ плодныхъ оболочекъ, водъ почти нѣтъ. Одна сильная потуга изгоняетъ послѣдъ. Немедленно выходитъ послѣдъ, сдавленный. Вмѣстѣ съ нимъ сгустокъ величиною съ дѣтскую головку.	Выздоров. (къ 10-му дню явленія со стороны почекъ исчезли)	† свѣжеумерш.	Почка беременныхъ.

НБКНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
212	Moosauer. Inaug. Dissert. Würzburg. 1903.	39 лѣтъ. VII рага.	Всѣ роды норм.	Конецъ беремен.	Въ началѣ родовъ очень сильный толчекъ ребенка, послѣ чего сильное кровотеченіе со сгустками. Головка надъ входомъ. Изъ-за напряженія матки положеніе трудно опредѣлимо. Сердцебіенія нѣтъ.	—	Самопроизвольные роды. Черезъ полчаса вышелъ послѣдъ; на немъ нѣсколько плотно сидящихъ сгустковъ. Разрывъ плодныхъ оболочекъ центральный.	Выздоров.	† свѣже умерш.	?
213	„	44 года. XV рага.	9 разъ роды нормальны, 4 выкид., 1 разъ поперечное пол.	Конецъ беремен.	Сильныя схватки, остроконечный животъ; матка чрезвычайно напряжена, части плода не прощупываются. Сильно напряженный пузырь показывается изъ половой щели.	—	Немедленно по отхожденіи водъ, родился плодъ въ ягодичномъ положеніи. Послѣдъ вышелъ за плодомъ, на немъ обиліе сгустковъ.	?	† свѣже умерш.	?
214	„	? II рага.	Роды норм.	7 мѣс.	За сутки до родовъ началось кровотеченіе, продолжалось до отхожденія водъ.	—	Самопроизвольные роды. На послѣдѣ гематома въ ладонь. Мѣсто разрыва оболочекъ центральное.	Выздоров.	Живъ, но вскорѣ умеръ отъ общей слабости.	?
215	Grulich. Inaugural. Diss. Halle. 1903.	34 года. X рага.	„	9-й мѣс.	14 дней т. н. тяжко упала. Внезапно сильное кровотеченіе. Поперечное положеніе. Плодъ мертвъ. Пузырь цѣлъ. Ткани послѣда нигдѣ нѣтъ.	Тяжелая анемія. Пульсъ частъ. Обмороки. Разстройство зрѣнія.	Поворотъ по Braxton-Hicks. Медленное извлеченіе. Вслѣдъ за плодомъ вышелъ послѣдъ и огромное количество жидкой и свернувшейся крови. При поворотѣ послѣдъ опредѣленъ на передней стѣнкѣ матки.	† (2½ час. послѣ родовъ при явленіяхъ одышки и потери сознанія).	†	Травма.
216	„	31 г. I рага.	—	Въ срокъ.	Головка въ тазу. Сильное кровотеченіе. Сердцебіеніе не слышно.	—	Щипцы. За плодомъ извержение крови. Послѣдъ легко выжатъ. Placenta marginata. Массажъ, эрготинъ, горячій душъ.	?	† глубокая асфиксія, не оживленъ.	?

НБ КНМУ

№	АВТОРЫ.	роды. Которые	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
217	Grulich. Inaug. Dissert. Halle. 1903.	22 г. I рага.	—	Конецъ берем.	Внезапно сильное кровотеченіе безъ схватокъ. Сердцебіеніе есть. Вскорѣ начались боли.	Умѣренное малокровіе. Р.—90 Слѣды бѣлка.	Горячій влагалищный душъ. Пулевыми щипцами разорванъ пузырь. По выходѣ плода большое количество темной жидкой крови. Спустя 1 минуту вышелъ послѣдъ со сгустками.	Выздоров.	Живъ.	Нефритъ. ?
218	„	45 л. XIV рага.	Роды всѣ норм., 2 раза двойни.	Въ срокъ.	4 дня съ перерывами кровотеченіе. Схватокъ нѣтъ. Послѣ тампонаціи пошли боли.	Умѣренное малокровіе. Бѣлка нѣтъ.	Тампонація влагалища. Самопроизвольные роды. Послѣ чего сильное кровотеченіе. Отдѣленный послѣдъ легко выжатъ съ большимъ шоколаднаго цвѣта сгусткомъ.	„	„	?
219	„	36 л. IX рага.	7 норм. родовъ; 1 разъ поворотъ.	„	Кровотеченіе началось одновременно съ болями. Матка напряжена и во время паузы, сердцебіенія нѣтъ. Предлежаніе пуповины.	—	Выжиманіе плода по Kristeller'y. Кровотеченіе. Послѣдъ выжатъ съ большимъ свѣжимъ сгусткомъ. На послѣдѣ старые черные сгустки.	„	†	?
220	„	42 г. XVIII рага.	3 раза щипцы, 3 раза выкидыши.	Конецъ берем.	Матка напряжена, сокращена. Прощупать ничего не удается. Сердцебіеніе не слышно. Кровотеченія нѣтъ.	Въ мочѣ обильный бѣлокъ.	Разрывъ пузыря. Морфій подъ кожу. Выжиманіе плода по Kristeller'y. Вслѣдъ за туловищемъ вышелъ послѣдъ и сгустки (1500 grm). Въ послѣдѣ обиліе инфарктовъ.	„	†	Нефритъ.
221	„	29 л. V рага.	При перв. родахъ щипцы, остальные норм.	„	Кровотеченіе безъ схватокъ. Вздутый, напряженный животъ. Плодъ не опредѣлимъ. Ни сердцебіенія, ни движеній.	Пульсъ 100—110.	Разрывъ пузыря: обиліе водъ и внезапно сильное кровотеченіе. Низведеніе ножки. Черезъ $^{3}/_{4}$ часа извлеченіе плода. Вслѣдъ за плодомъ вышелъ послѣдъ съ большимъ кровотеченіемъ.	„	†	Многоводіе?

НБКМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
222	Grulich. Inaug. Diss. Halle, 1903.	28 л. II рага.	Роды длились двое сутокъ.	На 9-мъ мѣс.	Матка сильно напряжена. Почти непрерывныя судорожныя боли. Сердцебіеніе не слышно. Кровотеченіе толчками.	Въ теченіе беременности схваткообразныя боли. Одышка.	Подъ наркозомъ поворотъ по Braxton-Hicks. Потягиваніе за ножку. Извлеченіе плода. Колоссальное кровотеченіе. Изверженіе послѣда (тарелкообразно уплощенъ). Атонія. Колляпсъ. Горячій душъ. Тампонація матки. 6 шприцевъ камфоры, подкожныя вливанія.	Выздоров.	†	?
223	„	32 г. VI рага.	4 раза роды норм. 1 разъ реб. мертвый (многоводіе).	На 8-мъ мѣс.	Окружность 115. Животъ колоссально вздутъ, кожа блестяща. Части плода не прощупываются. Сердцебіеніе не слышно. Флюктуація.	Отекъ ногъ. Одышка. Въ мочѣ сахаръ и слѣды бѣлка. Ни цилиндровъ, ни эпителія. Пульсъ 140—100, неровн.	Разрывъ плодныхъ оболочекъ (изъ за затрудненнаго дыханія): 11—12 литровъ водъ. Черезъ $^1/_2$ часа сильное кровотеченіе. Поворотъ, потягиваніе за ножку. Камфора. Подкожное вливаніе. Извлеченіе плода. Колоссальное кровотеченіе (темная кровь). Удаленіе послѣда. Тампонація матки, эрготинъ. Возбуждающія.	† на 7-й день въ діабетической комѣ.	† вѣсъ 3650.	Многоводіе. Нефритъ. Діабетъ.
224	Lop. Bulletin de la Soc. d'Obstétr. de Paris. 1903. № 5.	28 л. III рага.	Всѣ роды нормальны.	5-ти мѣс.	Кровотеченіе продолжается 3 нед. Величина матки соотвѣтствуетъ 7-ми мѣсячной беременности. Матка поразительно твердая.	Крайняя анэмія и слабость.	Произведенъ искусственный выкидышъ. На послѣдъ большое кровоизліяніе.	Выздоров.	†	Старый эндометритъ.
225	Seitz. Archiv für Gynäkologie. Bd. 69. Hef. 1.	28 л. V рага.	1 разъ преждевремен. роды, 1 разъ выкидышъ; 1 разъ мертвый плодъ.	Конецъ 7-го мѣс.	Сердцебіеніе не слышно; матка напряжена, не разслабляется; кровотеченіе (темная кровь). Шейка пропускаетъ 1 палецъ.	Эклямпсія; потеря сознанія; анэмія.	Впрыскиванія камфоры, подкожныя вливанія. Тампонація шейки и влагалища. Умерла не разрѣшившись.	†	?	Общій геморрагическій нефритъ, эклямпсія. Endometritis decidua.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
226	Seitz. Archiv für Gynäkologie. Bd. 69. Heft 1.	17½ л. I para.	—	На 10-мъ мѣс.	Шейка пропускаетъ палецъ. Кровотеченіе.	Эклямпсія. Пульсъ малый, частый. Тяжелое общее состояніе.	Хлоралъ-гидратъ. Тампонація шейки и влагалища. Умерла не разрѣшившись.	†	†	Паренхиматозный нефритъ. Эклямпсія.
227	Knauer. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XVII. Heft 6.	37 л. XI para.	1 разъ выкид. на 6-мъ мѣс.; остальные норм.	На 8-мъ мѣс.	Неожиданно начались схватки и сильное кровотеченіе. Животъ вздутъ и шарообразенъ, напряженъ. Матка туго напряжена, дно ея на 2 п. ниже меча. Сердцебіеніе не слышно.	Блѣдность. Коллапсъ.	Введенъ кольпейринтеръ. Разрывъ плоднаго пузыря, расширеніе шейки по Bossi, прободеніе головки и извлеченіе плода. Вслѣдъ за плодомъ выпалъ послѣдъ. Всѣ мѣры противъ коллапса. Тампонація матки. Смерть черезъ часъ.	† при вскрытіи найдены разрывы брюшиннаго покрова матки.	†	?
228	„	35 л. VI para.	Всѣ норм.	На 7-мъ мѣс.	Въ началѣ родовъ сильное кровотеченіе. Матка туго напряжена. Пузырь очень сильно напряженъ.	Крайняя блѣдность. Подкожныя кровоизліянія. Коллапсъ.	Пузырь разорванъ, рукой ввойдено въ матку, гдѣ опредѣленъ отдѣлившійся послѣдъ; поворотъ, извлеченіе.	† На маткѣ найдены разрывы брюшины.	†	Хронический нефритъ.
229	„	39 л. VII para.	„	На 9-мъ мѣс.	Животъ шарообразенъ, сильно напряженъ. Матка туго напряжена. Части плода не опредѣляются. Сердцебіеніе не слышно. Небольшое кровотеченіе.	Сильный кашель. Отеки ногъ. Въ мочѣ много бѣлка. Тяжелое общее состояніе.	Введенъ метрейринтеръ. Поворотъ на ножку и извлеченіе. Выдѣленіе огромныхъ сгустковъ. Эрготинъ, горячій душъ. Смерть черезъ часъ.	† На маткѣ найдены разрывы брюшины.	† (2500 гр.).	Подострый нефритъ.
230	Kayser. Archiv für Gyn. Bd. 70.	33 г. II para.	?	Въ срокъ.	Поступила безъ водъ; плодъ живъ; предлежащая часть подвижна во входѣ. Зѣвъ пріоткрытъ. Тазъ плоскій, рахитическій. Черезъ 5 часовъ рѣзкое замедленіе сердцебіенія плода. Въ зѣвѣ обнаруженъ послѣдъ. Лишь нѣсколько капель крови. Крайне слабыя боли. Prolapsus placentae.	Къ концу родовъ коллапсъ. Безпокойство; блѣдность; похолоданіе конечностей; холодный потъ; пульса нѣтъ; рѣдкое дыханіе. типа Cheyne-Stockes.	Поворотъ на ножку; къ ножкѣ привѣшена тяжесть. Несмотря на горячія ванны, припарки и души схватки не появляются. 15 часовъ послѣ поворота явленія внутренняго кровотеченія. Послѣ надрѣзовъ зѣва, извлеченіе; перфорація послѣдующей головки. Смерть. Вскрытіе обнаружило плацентарное мѣсто въ днѣ.	†	† 3060 безъ мозга.	? Можно предположить патологическіе процессы на плацентарномъ мѣстѣ.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
231	Hammerschlag. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XVII, p. 743.	45 л. IX рага.	?	На 8—9 мѣс.	Сильное кровотеченіе. Матка напряжена. Части плода не опредѣляются. Сердцебіеніе не слышно. Длина шейки 2 стм.	Анэмія; обмороки. Въ мочѣ бѣлокъ.	Расширеніе шейки по Bossi (въ теченіе 34 минутъ до 10). Перфорація и краніоклазія. Вслѣдъ за плодомъ выдѣлился послѣдъ и 1600 грм. крови.	Выздоров.	†	Альбуминурія.
					19	04 г.				
232	Labhardt. Beiträge zur Geb. u. Gyn. Bd. VIII. Heft 2.	42 г. VIII рага.	6 норм. родовъ; 1 выкидышъ.	9 мѣс.	Въ поѣздѣ желѣзной дороги—начались схватки, потомъ кровотеченіе. Напряженіе брюшныхъ стѣнокъ; опредѣленіе положенія плода невозможно. Сердцебіеніе слабое, скоро прекратилось. Зѣвъ закрытъ. Окружность живота увеличилась (съ 100—102 стм.). Животъ сталъ чрезвычайно болѣзненъ.	Блѣдность.	Изъ-за сильныхъ болей въ животѣ морфій. Во время изслѣдованія — прошли окрашенныя кровью воды. Произвольные роды мертвой дѣвочкой, вслѣдъ за ней—послѣдъ, сгустки (вѣсомъ въ 1000 grm) и жидкой крови 300 grm.	»	† (45 стм.).	На материнской поверхн. послѣда сидѣла опухоль величиною съ орѣхъ (ангіома сосудовъ ворсинокъ; хоріома). Отъ сотрясенія въ поѣздѣ—кровотеченіе изъ опухоли, отслоившее послѣдъ.
233	Luig. Inaug. Dissert. 1904. Kiel.	27 л. I рага.	—	Конецъ 7-го мѣс.	Кровотеченіе. Дно матки на 2 п. ниже реберной дуги. Матка сильно напряжена. Части плода не опредѣляются. Сердцебіенія нѣтъ. Схватки слабыя.	Отеки ногъ и губъ. Въ мочѣ много бѣлка. Острое малокровіе.	Роды произвольны. Въ послѣдѣ множество кровоизліяній. Большой свертокъ сдавливаетъ ткань послѣда.	»	† (мацериров. длина 37).	Почка беремен.
234	»	21 г. I рага.	—	Начало 10-го мѣс.	За нѣсколько дней до родовъ началось кровотеченіе. Животъ вздутъ. Дно матки справа у реберной дуги, слѣва на 4 п. ниже ея. Сердцебіеніе ясно.	Бѣлка много. Отековъ нѣтъ.	При полномъ открытіи зѣва разорванъ пузырь. Пуповина 2 раза обвита вокругъ шеи. Въ центрѣ послѣда глубокое вдавленіе, въ немъ сгустокъ.	»	† (Свѣжеумер).	Почка беремен.

НБ ГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
235	Luig. Inaug. Dissert. 1904. Kiel.	22 г. II рага.	Норм. (двойни).	Конецъ 9-го мѣс.	Внезапно очень сильныя боли; небольшое кровотеченіе. Животъ вздутъ, напряженъ, очень болѣзненъ. Части плода не опредѣляются; сердцебіенія нѣтъ.	Анэмія. Бѣлка очень много. Отековъ нѣтъ. Повторная рвота.	Морфій изъ за болей; хлоралъ-гидратъ. Произвольные роды плода совмѣстно съ послѣдомъ и оболочками. На послѣдѣ сгустки; въ самой ткани кровоизліянія. Много инфарктовъ.	Выздоров.	† (не мацер.)	Почка беремен.
236	„	42 г. XIII рага.	5 разъ норм. 2 раза plac. praevia. 2 раза попереч. положен. 1 разъ выкидышь.	На 8-мъ мѣс.	Послѣднее время беременности сильныя боли внизу живота и въ поясницѣ. Кровотеченіе (2000 к. с.). Животъ сильно вздутъ. Матка напряжена, болѣзненна. Части плода не опредѣляются; сердцебіенія нѣтъ.	Обморокъ, рвота, анэмія, потемнѣніе сознанія.	Тампонація влагалища. При полномъ открытіи зѣва разорванъ пузырь. Плодъ родился въ ягодичномъ положеніи. На послѣдѣ обиліе старыхъ и свѣжихъ сгустковъ. Послѣдъ очень плоскій.	„	†	?
237	„	42 г. VI рага.	Въ концѣ всѣхъ беременностей отеки. 1 разъ двойни.	Начало 10-го мѣс.	Нѣсколько дней небольшое кровотеченіе. Дно матки у реберной дуги. Зѣвъ открытъ на 1 пал.	Блѣдность; отековъ нѣтъ. Бѣлка нѣтъ.	Тампонація влагалища. Разрывъ плоднаго пузыря. Произвольные роды. Послѣдъ очень большой, по Credé. Половина его сдавлена большимъ кровоизліяніемъ.	„	Живъ.	?
238	„	41 г. IV рага.	2 выкидыша, послѣ родовъ хворала.	Конецъ. 10-го мѣс.	Матка сѣдлообразна (рубецъ отъ вентрофиксаціи на животѣ). Кровотеченіе. Черезъ 2 нед. начались боли. Опять кровотеченіе. Сердцебіеніе ясно.	Отековъ нѣтъ. Бѣлка нѣтъ. Слабость. Обмороки.	Тампонація влагалища. Наложены щипцы. Послѣдъ выжатъ немедленно. Большія кровоизліянія, сдавленіе половины послѣда (760 грм.)	„	† свѣжеумерш.	?
239	„	38 л. IX рага.	Всѣ норм.	Начало 9-го мѣс.	Послѣ тяжелой работы кровотеченіе во время мочеиспусканія. Дно матки у реберной дуги. Близъ дна на маткѣ выпячиваніе въ ладонь. Сердцебіенія нѣтъ.	Крайняя блѣдность. Отековъ нѣтъ. Слѣды бѣлка.	Тампонація влагалища. Плодъ вышелъ совмѣстно съ послѣдомъ. На послѣдѣ много бѣлыхъ инфарктовъ. Большая часть послѣда сжата кровоизліяніемъ.	†	† (мацериров.).	Переутомленіе въ работѣ.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
240	Luig. Inaug. Dissert. 1904. Kiel.	25 л. III рага.	При первыхъ родахъ мертвые двойни.	Конецъ берем.	Немедленно послѣ удара ногой въ животъ сильное кровотеченіе; движенія плода прекратились. Дно матки у реберной дуги.	Отековъ нѣтъ. Бѣлка нѣтъ.	Произвольные роды. По рожденіи ребенка сильное кровотеченіе. На краю послѣда старое, черное кровоизліяніе.	Выздоров.	Живъ.	Ударъ ногой въ животъ.
241	„	40 л. VIII рага.	Всѣ норм.	Начало 10-го мѣс.	Во время сна появились боли въ правомъ боку. Животъ сильно вздутъ. Матка напряжена, болѣзненна. Сердцебіенія нѣтъ. Умѣренное кровотеченіе.	Крайняя анэмія. Отеки ногъ. Много бѣлка. Гіалиновые и эпителіальные цилиндры. Повторная рвота.	Тампонація влагалища. Введеніе кольпейринтера во влагалище. Пузырь разорванъ. Плодъ извлеченъ за ножку. На послѣдѣ много старыхъ сгустковъ.	„	† (мацерир.).	Почка беремен.
242	„	33 г. III рага.	При 2-хъ беременностяхъ нефритъ. 1 выкидышъ.	Конецъ 10-го мѣс.	Кровотеченіе. Животъ шарообразно вздутъ, напряженъ. Положеніе плода изъ-за напряженія не опредѣлимо. Сердцебіенія нѣтъ.	Отекъ ногъ. Много бѣлка. Крайняя анэмія.	Тампонація влагалища. Введенъ кольпейринтеръ во влагалище. Рождается слегка мацерированный плодъ. Половина послѣда сжата кровоизліяніемъ. Много инфарктовъ.	„	† (мацерир.)	Почка беремен.
243	„	35 л. V рага.	Передъ послѣдними родами кровотеченіе.	На 8-мъ мѣс.	Невыносимыя боли схватками. Напряженіе живота. Движенія прекратились. Части плода не опредѣляются. Сердцебіенія нѣтъ. Животъ шарообразной формы. Послѣ сильнаго кровотеченія напряженіе живота уменьшается.	Отеки ногъ. Блѣдность. Коллапсъ. Въ мочѣ бѣлокъ, гіалиновые цилиндры, эпителій.	При полномъ открытіи зѣва прорванъ пузырь. Немедленно по рожденіи ребенка вышелъ послѣдъ, уплощенный, безъ инфарктовъ.	„	† (мацерир.)	Почка беремен.
244	„	32 г. IX рага.	Всѣ норм.	Конецъ берем.	Сильное кровотеченіе началось во время мочеиспусканія. Сердцебіеніе ясно.	Отековъ нѣтъ. Бѣлка нѣтъ. Блѣдность.	Введенъ кольпейринтеръ во влагалище. Плодъ родился живымъ. На периферіи послѣда участокъ сильно сжатъ кровоизліяніемъ.	„	Живъ.	?

№	АВТОРЫ.	роды. Которые	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
245	Luig. Inaug. Dissert. 1904. Kiel.	27 л. I рага.	—	Начало 8-го мѣс.	Упала съ лѣстницы на спину. Вскорѣ прекратились движенія плода. Спустя нѣсколько дней боли и кровотеченіе. Матка тонически сокращена. Сердцебіенія нѣтъ. Пузырь сильно напряженъ.	Отековъ нѣтъ. Бѣлка нѣтъ.	Роды произвольны. (Ягодичное положеніе). Немедленно вышелъ послѣдъ. Почти на всемъ протяженіи онъ сжатъ кровоизліяніемъ.	Выздоров.	† (свѣжеумерш.)	Травма.
246	„	28 л. IV рага.	Норм. (гоноррея).	Конецъ берем.	При поднятіи тяжести сильное кровотеченіе. Животъ шарообразно вздутъ. Сердцебіеніе ясно.	—	Роды произвольны. Пуповина 2 раза туго обвита вокругъ шеи. На периферіи послѣда кровоизліяніе съ ладонь.	„	Живъ.	Переутомленіе въ работѣ. Обвитіе пуповины.
247	„	42 г. XI рага.	1 разъ преждевр. отд. посл.	„	Внезапно сильное кровотеченіе. Сердцебіенія нѣтъ. Пузырь сильно напряженъ.	Крайняя блѣдность; безпокойство. Отековъ нѣтъ; бѣлка нѣтъ.	Тампонація влагалища. Роды произвольны. Пуповина (49 ctm.) обвита вокругъ шеи, плеча, голени и бедра. Треть послѣда сжата сгустками.	„	†	Обвитіе пуповины.
248	„	30 л. II рага.	Норм.	„	3 дня назадъ прекратились движенія плода. Матка такъ сокращена, что части плода не опредѣляются. Сердцебіенія нѣтъ. Пузырь сильно напряженъ.	—	Роды произвольны. Треть послѣда атрофична, другая треть сжата старой гематомой.	„	† (мацерир.)	?
249	Souligoux. Progrès méd. 1904. № 14.	32 г. ?	?	5 мѣс.	Поставленъ діагнозъ фибромы матки и омертвѣніе ея.	?	Произведена надвлагалищная экстирпація матки. Матка оказалась полной кровью, скопившейся вокругъ плоднаго яйца.	„	†	?

НБ ХГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
250	Steffens. Inaug. Dissert. Strassburg. 1904.	28 л. II рага.	?	Въ срокъ.	Небольшое кровотеченіе въ періодѣ раскрытія. Животъ сильно вздутъ. Головка въ полости таза.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Разрывъ плоднаго пузыря. Выходные щипцы. Черезъ 10 минутъ вышелъ послѣдъ съ обиліемъ крови.	Выздоров.	Живъ. (3100 гр., блѣдный).	?
251	„	32 г. IX рага.	Норм. 5 разъ перенесла суставной ревматизмъ.	Преждеврем.	Уже 5 недѣль не чувствуетъ движеній плода. Въ виду тяжелаго общаго состоянія рѣшено возбудить искусственные преждевременные роды.	Тяжелый порокъ клапановъ сердца.	Ригидная шейка расширена до № 17 по Hegar'у и затампонирована. Введенъ въ матку баллонъ Fehling'a. Отхожденіе водъ въ огромномъ количествѣ. Наружное кровотеченіе. Боковыя насѣчки ригидной шейки, низведеніе ножки. Извлеченъ мацерированный плодъ. Послѣдъ немедленно удаленъ (лишь на небольшомъ участкѣ былъ еще прикрѣпленъ). Камфора, вливаніе, коффеинъ.	† на 4-й день (порокъ сердца и флебитъ).	† мацерированный acephalus.	Vitium cordis.
252	„	24 г. I рага.	—	На 9-мъ мѣс.	Давящія боли внизу живота; вслѣдъ за напряженіемъ сильное кровотеченіе. Матка рѣзко напряжена, дно ея у реберной дуги. Шейка закрыта. Части плода не прощупываются. Сильныя боли въ животѣ, въ крестцѣ, позывъ на низъ.	Въ мочѣ много бѣлка (7‰).	Тампонація влагалища. Шейка расширена по Hegar'у, разрывъ пузыря, введеніе баллона Fehling'a съ тягой. Проболеніе головки, извлеченіе плода. Послѣдъ выжатъ съ большими сгустками; онъ очень тонкій, съ инфарктами.	Выздоров.	†	Альбуминурія.
253	„	27 л. V рага.	Всѣ норм. (рахит.).	Преждеврем.	Поступила для производства преждевременныхъ родовъ (обще-неравномѣрно—съуженный тазъ).	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Введеніе метрейринтера и тампонація шейки. Появились схватки. Разорванъ пузырь; появилось кровотеченіе, а потому поворотъ на ножку и извлеченіе.	„	Въ асфиксіи, оживленъ.	?

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
254	Steffens. Inaug. Dissert. Strassburg. 1904.	37 л. ?	?	На 8-мъ мѣс.	Послѣ тяжелой работы обморокъ, тошнота. Начались схватки и съ ними кровотеченіе. Животъ шарообразной формы. Сердцебіенія нѣтъ. Матка рѣзко напряжена. Схватки очень слабыя.	Въ мочѣ 2% бѣлка. Сильный отекъ ногъ.	Плодъ выдавленъ по Kristeller'y. Немедленно вышелъ послѣдъ. Сгустковъ 2000 grm. На послѣдѣ нѣсколько инфарктовъ, старые и свѣжіе сгустки.	Выздоров.	†	Альбуминурія.
255	„	20 л. I рага.	—	На 6-мъ мѣс.	Поперечное положеніе съ выпаденіемъ ручки. Послѣ отхожденія водъ началось кровотеченіе.	—	Поворотъ на ножку и извлеченіе. Немедленно вышелъ послѣдъ. Послѣдъ блѣдный, одна доля съ признаками отдѣленія.	„	†	Поперечное положеніе.
256	„	29 л. III рага.	?	На 8-мъ мѣс.	Плоскій тазъ; в бужденіе преждевремен ныхъ родовъ путемъ в денія метрейринтера. рожденіи баллона и хожденіи водъ — схват прекратились. Сердцеб ніе исчезло; матка по нимается къ ребер дугѣ, дѣлается твердо	Длительныя бо ъ животѣ; чув напряженія и ивъ на мочу.	Роды произвольны. Вслѣдъ за ребенкомъ вышелъ послѣдъ съ большимъ количествомъ жидкой и свернувшейся крови (1200 grm.). Послѣдъ мѣстами очень тонкій, съ кровоизліяніями.	„	†	?
257	„	27 л. I рага.	—	На 10-мъ мѣс.	Внезапно сильное кр вотеченіе. Сердебіен нѣтъ.	ъ мочѣ 4% бѣл Отекъ ногъ.	Разрывъ плоднаго пузыря, введеніе метрейринтера съ тягой. Прободеніе головки, краніоклазія послѣ насѣчекъ зѣва. На послѣдѣ много инфарктовъ и большіе сгустки.	„	†	Альбуминурія.
258	„	40 л. XV рага.	12 норм. родовъ и 2 выкидыша.	Конецъ берем.	Сильное кровотеченіе. Сердцебіенія нѣтъ. Матка крайне растянута, напряжена. Части плода не прощупываются.	Въ мочѣ 8% бѣлка, отекъ ногъ. Анэмія. Малый, частый пульсъ.	Прободеніе головки и извлеченіе краніокластомъ Fehling'a. Послѣдъ по Credé. Много инфарктовъ.	„	† (4250 безъ мозга).	Альбуминурія.

НБ КМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
259	Steffens. Inaug. Dissert. Strassburg. 1904.	36 л. XII рага.	Всѣ роды норм.	?	Сильное кровотеченіе; хорошія схватки; матка растянута, напряжена. Зѣвъ очень ригидный.	Блѣдность.	Разрывъ плоднаго пузыря; разсѣченіе зѣва метротомомъ. Наложеніе щипцовъ. Вслѣдъ за ребенкомъ вышелъ послѣдъ съ обиліемъ сгустковъ. Зашиваніе шейки. Тампонація матки.	† Вскрытіе: Инфильтрація лѣваго параметрія, въ который черезъ широкій разрывъ матки вдается тампонъ.	†	?
260	„	23 г. I рага.	—	?	Одновременно съ водами отходитъ большое количество крови. Сердцебіеніе прекращается. Схватки слабѣютъ. Кольцо сокращенія.	Во время беременности рвота, головная боль. Ни бѣлка, ни отековъ.	Головка выведена по Ritgen'y. Обвитіе пуповины вокругъ шеи. Воды съ запахомъ. Черезъ полчаса послѣдъ со сгустками. Послѣдъ блѣдный. Между оболочками свѣжее кровоизліяніе.	Выздоров.	†	?
261	„	30 л. VII рага.	5 разъ роды норм., 1 реб. мацериров.	?	Въ періодѣ раскрытія сильное кровотеченіе. Матка сильно напряжена. Поперечное положеніе съ выпаденіемъ ручки.	Въ мочѣ $1^1/_2{}^0/_{00}$ бѣлка.	Поворотъ на ножку; постоянная тяга за ножку въ 1 klgr. Извлеченіе. Одновременно выпалъ послѣдъ. На немъ 4 углубленія. Зашиваніе разрыва шейки.	„	†	Альбуминурія.
262	„	32 г. IV рага.	Всѣ роды норм.	?	За недѣлю до родовъ кровотеченіе. До начала болей сильное кровотеченіе. Шейка пропускаетъ палецъ. Надъ внутреннимъ зѣвомъ — послѣдъ, лежащій совершенно подвижно. Сердцебіенія плода нѣтъ. Prolapsus placentae.	—	Тампонація шейки и влагалища. Начались сильныя схватки. Введенъ кольпейринтеръ. Сперва родился послѣдъ, потомъ плодъ съ выпавшей ручкой. Послѣдъ маленькій, плотный, безъ оболочекъ.	„	† Мацериров.	?

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					19	05 г.				
263	Dumitriu. Revista de chirur. 1905. № 2. Цит. по Jahresbericht u. Zentralblatt.	?	?	На 7-мъ мѣс.	Произвольные преждевременные роды на 7-мъ мѣсяцѣ. Одна треть послѣда была отдѣлена, покрыта старыми сгустками и перерождена.	—		Выздоров.	Реб. родился живымъ, умеръ на 4-й день отъ слабости.	На 3-емъ мѣсяцѣ бер. получила многочисл. удары по спинѣ и животу, было и кровотеченіе.
264	Everke. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XXII. Heft 3.	? XIII рага.	Всѣ роды норм.	Конецъ берем.	Въ началѣ родовъ отошли воды. Появились сильныя боли въ животѣ. Чувство, какъ будто животъ лопнетъ. Матка большая, мягкая, схватки слабыя. Плодъ мертвъ. Головка низко.	Блѣдность. Пульсъ малъ. Обмороки.	Подкожныя вливанія. Наложеніе щипцовъ. За плодомъ слѣдуетъ послѣдъ, за нимъ $2\frac{1}{2}$—3 литра свернувшейся крови. Тампонація матки. Смерть.	†	†	?
265	Jardine. Glasgow Med. Journ. 1905. VIII. Цит. по Zentralbl. für Gyn. 1906. Наблюд. 3.	?	?	?	Сильнѣйшее кровотеченіе у роженицы съ узкимъ тазомъ (Conj. vera = $6\frac{1}{2}$ cim.). Зѣвъ открытъ на 2 п. Плодъ живъ.	—	Sectio caesarea conservativa. Трубы перевязаны и перерѣзаны.	Выздоров.	Живъ.	?
266	„ Наблюд. 5.	? VI рага.	?	Конецъ берем.	Внезапное наступленіе признаковъ внутренняго кровотеченія. Зѣвъ пріоткрытъ, растяжимъ; предлежащая головка тампонируетъ зѣвъ.	—	Въ наркозѣ зѣвъ расширенъ; произведенъ поворотъ и извлеченіе. Вышли огромные кровяные свертки и совершенно отдѣлившійся послѣдъ. Атонія матки; тампонація іодоформной марлей.	„	?	?
267	Holmes. Americ. Journ. of obst. 1905, p. 894.	38 л. III рага.	Всѣ роды норм.	На 10-мъ мѣс.	Многоводіе; внезапно сильное кровотеченіе. Спустя 23 минуты столбнякъ матки. На правомъ боку матки выпячиваніе. Зѣвъ пропускаетъ 2 пальца; пузырь сильно напряженъ.	Сильная одышка, альбуминурія. Обморокъ.	Ручное расширеніе шейки. Наложены щипцы. Послѣдъ выжатъ по Credé; около литра жидкой и свернувшейся крови. Тампонація матки и влагалища.	„	† (Свѣжеумерш.)	Альбуминурія, многоводіе.

НБ ХГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
268	Holmes. Amer, Journal of obst. 1905, p. 894.	26 л. II рага.	?	На 7-мъ мѣс.	Послѣ верховой ѣзды отошли воды. 2 припадка эклямпсіи. Небольшое кровотеченіе. Зѣвъ открытъ на 2 п.	Альбуминурія. Тошнота, рвота, головная боль. Эклямпсія.	Ручное расширеніе шейки. Наложены щипцы, извлеченъ послѣдъ съ обиліемъ крови. 3/4 послѣда были тарелкообразно сдавлены. Тампонація матки и влагалища. Припадокъ эклямпсіи. Отекъ легкихъ. Смерть.	† отъ эклямпсіи.	† (Свѣжеумерш.)	Альбуминурія, эклямпсія.
269	Targett. Journ. of Obst. and Gyn. 1905, p. 344.	34 г. VIII р га.	2 раза кровотеч. до родовъ.	На 6-мъ мѣс.	Утромъ внезапно боли внизу живота. Небольшое кровотеченіе. Зѣвъ открытъ на 2 пальца. Дно матки у мечевидного отростка. Матка твердая, напряженная. Внутренній зѣвъ нерастяжимъ.	Обморокъ. Отеки ногъ. Бѣлокъ въ мочѣ. Безъ пульса.	Прорванъ пузырь, низведена ножка. Тампонація влагалища. Чревосѣченіе. На маткѣ субсерозные кровоподтеки. Въ маткѣ 3—4 литра крови и совершенно отдѣлившійся послѣдъ. Надвлагалищная ампутація матки.	Выздоров. (двусторонній тромбозъ бедренныхъ венъ).	†	Альбуминурія.
270	Devraigne. Bulletin de la Soc. d'Obstétr. de Paris. 1905, p. 199.	? IV рага.	2 раза эклямпсія, 1 разъ роды норм.	Конецъ 8-го мѣс.	Сильныя боли. Крайне напряженіе живота, так что наружное изслѣдованіе невозможно. Сердцебіеніе не опредѣляется. Пузырь дряблый.	Бѣлка нѣтъ. Діабозъ колебался между многоводіемъ и ретроплацентарной гематомой съ мертвымъ плодомъ.	Діагнозъ поставленъ благодаря гемоглобинометріи. Роды произвольны. Черезъ 5 минутъ вышелъ послѣдъ. Съ нимъ 270 грм. жидкой крови и 630 грм. сгустковъ.	Выздоров.	†	?
271	Guiraud. Thèse de Montpellier. 1905.	36 л. IV рага.	Всѣ роды норм.	7 1/2 мѣс.	Ночью начались боли въ животѣ и сильное кровотеченіе. Матка твердая, стоитъ высоко. Сердцебіенія нѣтъ.	Отеки на конечностяхъ и на лицѣ. Въ мочѣ бѣлокъ. Холодный потъ, шумъ въ ушахъ.	Разрывъ плоднаго пузыря. Подкожныя вливанія, коффеинъ. Роды произвольны. Вслѣдъ за ребенкомъ вышелъ и послѣдъ съ обиліемъ сгустковъ.	„	† 2250.	Альбуминурія.
272	„	23 г. I рага.	—	На 7-мъ мѣс.	Въ періодѣ открытія жестокія боли въ животѣ. Матка у мечевидного отростка, твердая, как дерево, судорожно сокращена. Наружное изслѣдованіе невозможно. Сердцебіенія нѣтъ. Плодный пузырь очень напряженъ. Наружнаго кровотеченія нѣтъ.	Въ мочѣ очень много бѣлка. Одышка, головокруженіе. Крайняя анэмія. Безпокойство; разстройство зрѣнія.	Расширеніе шейки по Bonnaire, разрывъ плоднаго пузыря, наложеніе щипцовъ. Одновременно съ плодомъ вышелъ типичный послѣдъ съ объемистыми сгустками.	† (черезъ 15 дней отъ урэміи).	†	Урэмія.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
273	Davis. Bullet. of the Lying-in Hosp. 1905. Sept.	37 л. IX рага.	?	На 9-мъ мѣс.	Нѣсколько часовъ послѣ удара въ животъ появились боли въ животѣ. Признаки наружнаго и внутренняго кровотеченія. Зѣвъ закрытъ.	Колляпсъ.	Тампонація шейки и влагалища. Умерла не разрѣшившись. Вскрытіе подтвердило діагнозъ.	†	†	Травма.
274	Robinson. Medic. Record. 1905. 29. April.	30 л. II рага.	Первые роды: обвитіе пуповины вокругъ шеи.	На 37-й нед.	Наканунѣ 2 часа шила на машинѣ. Ночью появились сильныя боли въ животѣ, къ утру кровотеченіе. Несмотря на пріемъ опія, начались родовыя схватки и кровотеченіе стихло.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Роды произвольны. Въ послѣдовомъ періодѣ матка сокращалась плохо. Черезъ ½ часа послѣдъ выжатъ по Credé. По разрыву оболочекъ видно, что онъ сидѣлъ нормально.	Выздоров.	Живъ.	Не было ни одной изъ обычныхъ причинъ.
275	Riddle Gosti. Annal. of Gyn. 1905. p. 315.	29 л. ?	?	На 6 мъ мѣс.	Боли внизу живота и кровоотдѣленіе съ недѣлю. Шейка пропускаетъ палецъ.	—	Несмотря на разрывъ пузыря кровотеченіе продолжается. Влагалищное кесарское сѣченіе.	„	†	?
276	Fabre. Lyon médic. 1906. 10 oct.	28 л. I рага.	—	Первая нед. 6-го мѣс.	Боли въ животѣ, кровотеченіе, шейка плотная. Признаки смерти плода. Въ мочѣ бѣлокъ въ большомъ количествѣ.	Колляпсъ.	Тампонація влагалища. Вливаніе физ. раств. безъ успѣха. Попытка расширить шейку балломъ и насѣчками безъ успѣха. Влагалищное кесарское сѣченіе.	„	†	Бѣлокъ исчезъ. На послѣдѣ многочисленныя свѣжія кровоизліянія. Инфарктовъ нѣтъ. Въ decidua „Metritis alveolaris“.
277	Jolly. Zentralblatt f. Gyn. 1906. Nr. 18.	44 г. XII рага.	?	На 8-мъ мѣс.	Внезапное сильное кровотеченіе. Сердцебіеніе плода не слышно. Шейка несглажена. Родовой дѣятельности нѣтъ.	—	Расширеніе по Bossi-Frommer'y (35 минутъ) до 3-хъ пальцевъ открытія. Рукой введено въ матку, удаленъ отдѣлившійся послѣдъ. Поворотъ. Перфорація послѣдующей головки.	„	†	Нефритъ.

№	АВТОРЫ.	роды. Которые	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
278	Jolly. Zentralblatt für Gyn. 1906. Nr. 18.	26 л. I рага.	—	Конецъ берем.	Внезапное сильное кровотеченіе. Плодъ живъ. Зѣвъ открытъ на 1 палецъ.	—	Расширеніе по Bossi-Preiss, до полнаго открытія. Поворотъ, извлеченіе доношеннаго плода.	Выздоров.	Живъ.	Въ мочѣ много бѣлку.
279	„	28 л. II рага.	?	„	Въ началѣ родовъ сильное кровотеченіе. Сердцебіеніе плода не слышно. Открытіе 2 п. водъ нѣтъ.	—	Расширеніе по Bossi-Frommer'y (20 минутъ). Поворотъ на ножку. Ввиду признаковъ жизни плода немедленное извлеченіе. Пуповина длиной 35 ctm., обвита вокругъ шеи. На разрывъ шейки 2 шва.	„	„	Короткость пуповины (?).
280	„	29 л. VII рага.	?	?	Кровоточила 8 дн. Шейка существуетъ, пр. пускаетъ одинъ палец. Пузырь цѣлъ.	Кровотеченіе въ теченіе 8-ми дней замѣтно ослабили больную.	Расширеніе по Bossi-Frommer'y (20 минутъ). Поворотъ. Извлеченіе (длина 35 ctm). На разрывъ шейки 3 шва (разрывъ произошелъ при извлеченіи плода).	„	Живъ, умеръ 36 ч. спустя отъ врожденной слабости.	Этіологія неизвѣстна.
281	Schickele. Monatsschrfft für Geb. u. Gyn. Bd. XXIV. Heft 1.	46 л. XI рага.	Всѣ роды норм.	На 7-мъ мѣс.	Воды прошли въ н. чалѣ родовъ, въ бо. шомъ колич. (4 — 5 ст. тровъ). Небольшое кр. вотеченіе. Зѣвъ съ д. донь. Предлежатъ мелк. части. Спустя получ. рождается послѣдъ, т. терииской поверхност. впередъ. Всѣдъ за н. плодъ въ ножномъ п. ложеніи. Кровотеченіе очень небольшое.—П. центарное мѣсто на з. ней стѣнкѣ. Нижній к. его на 3 ctm. выше вн. ренняго зѣва.	—	Prolapsus placentae.	„	† свѣжеумерш. длина 33 стм. вѣсъ 1100.	Многоводіе. Внезапное уменьшеніе матки.

НБ КГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
282	Zimmermann. Beiträge zur Geb. u. Gyn. Bd. XI. Heft 1.	26 л. IV para.	Всѣ роды норм.	Конецъ берем.	При прыжкѣ съ высоты 5-ти метровъ, упала на ягодицы и промежность (на камень). Fractura malleoli. Схватки, кровотеченіе. Сердцебіеніе плода въ началѣ слышно, вскорѣ прекратилось. Матка мягкая.	—	Произвольные роды, въ ягодичномъ положеніи. Послѣдъ вышелъ черезъ 1½ часа.	Выздоров.	† свѣжеумерш.	На краѣ послѣда разрывъ длиною въ 4 стм., продолжающійся на оболочки. Травма дала разрывъ послѣда, послѣдній повлекъ за собою частичное отдѣленіе послѣда и смерть плода (асфиксія).
283	Armanet. Thèse de Paris, 1906. Observ. 27.	27 л. ?	?	На 9-мъ мѣс.	Боли въ животѣ и наружное кровотеченіе. Шейка длинная, еле пропускаетъ палецъ. Послѣ горячихъ душей, боли и кровотеченіе стихли. Сердцебіеніе прекратилось. Черезъ недѣлю родовыя боли.	—	Произвольные роды. Немедленно вышелъ послѣдъ. Пуповина два раза обвита вокругъ плеча. Послѣдъ покрытъ старыми сгустками.	"	† мацерир. (2050 гр.).	Короткая пуповина отслоила послѣдъ.
284	Herz. Przeglad lekarski, 1906. № 24 и 25. Цит. по Zentralblatt, № 52.	?	?	?	Преждевременная отслойка нормально сидящаго послѣда.	—	Глубокое разсѣченіе шейки. Поворотъ и извлеченіе.	?	?	?
285	Gaston. Annales de gyn. et d'obst. 1906.	27 л. 1 para.	—	На 7-мъ мѣс.	Послѣднія 2 недѣли боли внизу живота. Матка шарообразна, твердая. Сильное кровотеченіе. Сердцебіеніе плода понемногу исчезло. Матка тетанически сокращена, лишь справа флюктуирующій участокъ.	Слѣды рахита. Слѣды бѣлка въ мочѣ.	Пузырь прорванъ. По рожденіи ребенка сильное кровотеченіе. Въ маткѣ найденъ совершенно отдѣлившійся послѣдъ и обиліе сгустковъ (800 грм.). Подкожное вливаніе.	Выздоров.	†	Альбуминурія. Изслѣдованіе послѣда: гибель многихъ ворсинокъ; между клѣтками deciduae фибринозная ткань; клѣтки, особенно ихъ ядра, красятся плохо; въ сосудахъ тромбы.

НБ ХНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
286	Gaston. Annales de gyn. et d'obst. 1906.	21 г. I рага.	—	На 6-мъ мѣс.	Внезапно сильныя боли и кровотеченіе. Матка твердая, какъ дерево; лишь у лѣваго рога флюктуирующій участокъ. Сердцебіенія нѣтъ.	Блѣдность. Въ мочѣ бѣлокъ. Отековъ нѣтъ.	Роды произвольн. Вслѣдъ за плодомъ вышелъ послѣдъ и съ нимъ сгустки. (600 грм.).	Выздоров.	† (800 гр.).	Альбуминурія. Въ послѣдѣ признаки сифилиса.
287	„	42 г. IX рага.	Всѣ норм.	На 7-мъ мѣс.	На 4-мъ мѣсяцѣ беременности были отеки. Сильныя боли внизу живота. Полное открытіе зѣва; очень напряженный пузырь.	Въ мочѣ много бѣлка.	Роды произвольны. На послѣдѣ черный сгустокъ, величиною съ мандаринъ, сдавившій ткань послѣда.	„	† (мацерир. 835 гр.).	Альбуминурія.
288	„	28 л. I рага.	—	6½ мѣс.	Внезапно сильное кровотеченіе. Матка очень твердая.	Коллапсъ, пульсъ нитевидный. Рвота. Бредъ. Разстройство зрѣнія.	Подкожныя вливанія. Тампонація влагалища. Введеніе баллона Champetier. Надрѣзы шейки; перфорація головки. Изъ-за невозможности извлечь плодъ влагалищное кесарское сѣченіе (по Dührssen'y). Одна часть послѣда тонкая, уплощенная, атрофичная, другая часть покрыта сгустками.	Выздоров. (медленное).	†	Альбуминурія. endometritis alveolaris; сжатіе многихъ ворсинокъ.
289	Devraigne. Thèse 1906. Цит. по Mauran и Crasson.	38 л. III рага.	?	?	Матка очень твердая, болѣзненная. Сердцебіеніе не слышно. Кровотеченіе. Больная замѣтила, что животъ увеличивается. Гемоглобинъ по Gowers'y 59.	Блѣдность. Въ мочѣ бѣлокъ.	Двуручное расширеніе зѣва; наложеніе щипцовъ. Черезъ 10 минутъ вышелъ послѣдъ съ огромнымъ количествомъ сгустковъ. Вскорѣ атоническое кровотеченіе. Приняты всѣ мѣры, въ томъ числѣ внутривенное вливаніе. Смерть.	† На задней стѣнкѣ матки у дна неполный разрывъ (отъ перерастяженія матки) печень экламптическая.	† (1650 гр.).	Альбуминурія.

НБ ХГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
290	Jardine. Scottish med. and surg. journ. 1906. Sept. Цит. по Zentralbl. Набл. 2.	28 л. IV para.	?	Въ срокъ.	Сильное наружное кровотеченіе. Матка твердая. Зѣвъ пріоткрытъ. Схватокъ нѣтъ.	Блѣдность, безпокойство.	Ручное расширеніе зѣва. Поворотъ и извлеченіе мертваго ребенка. Атонія матки. Тампонація матки. Колляпсъ.	Выздоров. (puerper. негладко).	†	?
291	Набл. 7.	31 г. IX para.	?	На 6-мъ мѣс.	Кровотеченіе, начиная съ 2-го мѣсяца беременности. Матка на уровнѣ пупка. Плодъ живъ.	Крайняя блѣдность и слабость.	Роды произвольные. На послѣдѣ свѣжіе и старые сгустки.	Выздоров.	†	?
292	Le Lorier. Annales de gyn. et d'obst. 1906. Juin.	26 л. III para.	1 род. норм. 2 род. преждевр., реб. мертвъ.	9 мѣс.	Во время періода раскрытія—паденіе сердцебіенія плода. Матка стала какъ деревянная; внутренній зѣвъ пріоткрытъ, ригиденъ, какъ желѣзное кольцо. Наружнаго кровотеченія нѣтъ.	Бѣлка нѣтъ. Блѣдность крайняя. Пульсъ малый. Обмороки; шумъ въ ушахъ.	Разрывъ плоднаго пузыря. Классическое кесарское сѣченіе. На маткѣ экхимозы, и небольшой разрывъ серознаго покрова. Послѣдъ лежалъ въ маткѣ совершенно отдѣлившійся. Для изслѣдованія взятъ кусочекъ изъ стѣнки матки.	„	† (2800 гр.).	? Гистологически въ стѣнкѣ матки найдена липь легкая геморрагическая инфильтрація. Сама же мускулатура нормальна.
293	Bar et de Kervilly. Bullet. de la Soc. d'Obstétr. de Paris. 1906. 15. mars.	VI para.	Всѣ дѣти живы.	На 7-мъ мѣс.	Съ вечера не чувствуетъ движеній плода. Матка слишкомъ велика, постоянно твердая. Сердцебіеніе не слышно. Шейка длинная, ригидная. Кровотеченія нѣтъ. Наступили жестокія боли, матка еще увеличилась. Кровотеченіе.	Одышка. Тяжелое острое малокровіе. Пульса нѣтъ.	Вливаніе. Введеніе въ матку баллона Champetier de Ribes. Классическое кесарское сѣченіе. При разрѣзѣ вылилось много черной крови. Удалены плодъ, послѣдъ, сгустки. Кровотеченіе шло изъ дна, тамъ, гдѣ больная ощущала боль. Тампонація матки.	† на другое утро.	†	?

НБКИМ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
294	Crasson. Thèse de Paris, 1906. Obs. I.	30 л. I рага.	—	8-ми мѣс.	Безъ видимой причины кровотеченіе. Схватки очень болѣзненны, матка напряжена, твердая, сокращенная. Сердцебіеніе не слышно. Кровь течетъ черная. Объемъ матки не соотвѣтствуетъ сроку беременности.	Въ мочѣ бѣлокъ. Блѣдность. Пульсъ медленный, но слабый.	Разрывъ плодныхъ оболочекъ, черезъ 20 минутъ родился плодъ, черезъ 5 минутъ вышелъ послѣдъ, съ нимъ 300 грм. сгустковъ и 500 грм. крови. Обиліе старыхъ и свѣжихъ кровоизліяній въ послѣдѣ. Черезъ полчаса внутреннее кровотеченіе, ручное удаленіе сгустковъ, мѣры противъ малокровія.	Выздоров.	† (2030 гр.).	Альбуминурія.
295	Obs. II.	33 г. III рага.	Роды норм.	8½ мѣс.	Внезапно боли въ животѣ, вскорѣ сильное кровотеченіе. Матка большая, твердая, постоянно сокращена. Части плода не опредѣляются. Сердцебіеніе не слышно.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Разрывъ плодныхъ оболочекъ при полномъ открытіи зѣва. При прохожденіи плечиковъ сильная струя черной крови. Послѣдъ вышелъ съ обиліемъ сгустковъ и жидкой крови. На немъ глубокое вдавленіе, въ которомъ сидитъ сгустокъ.	»	† (2800 грм.).	?
296	Obs. III.	31 г. XI рага.	7 норм. родовъ; 2 выкидыша и 1 разъ преждевр. роды.	8½ мѣс.	Утромъ послѣ удара по животу прекратились движенія ребенка. Матка твердая, наружное изслѣдованіе невозможно. Сердцебіеніе не слышно. Предлежатъ ягодицы.	Въ мочѣ слѣды бѣлка.	Разрывъ плодныхъ оболочекъ. Черезъ нѣсколько минутъ по выходѣ плода родился послѣдъ; на немъ широкое вдавленіе, въ которомъ лежалъ огромныхъ размѣровъ сгустокъ.	»	† (2900 грм.).	Травма (ударъ), альбуминурія.
297	Obs. IV.	29 л. III рага.	1 разъ эклямпсія на 6-мъ мѣс.	7½ мѣс.	Наружное кровотеченіе. Матка твердая, сокращенная. Сердцебіеніе не слышно.	Въ мочѣ бѣлокъ.	Роды произвольны. За послѣдомъ вышли черные сгустки, вѣсомъ въ 350 грм.	»	† (1850 грм.).	Альбуминурія.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
298	Crasson. Thèse de Paris, 1906. Obs. V.	19 л. I рага.	—	Конецъ берем.	Сердцебіеніе не слышно. Шейка проходима.	Въ мочѣ бѣлокъ.	Произвольные роды. Черезъ 3 минуты вышелъ послѣдъ, какъ-бы выпираемый сгусткомъ. (1.150 грм.).	Выздоров.	† (2750 грм.).	Альбуминурія.
299	Obs. VI.	26 л. I рага.	—	7-ми мѣс.	Съ вечера не слышитъ движеній: начались схватки. Плодъ мертвый. Животъ напряженъ; матка твердая; наружное изслѣдованіе затруднено.	Въ мочѣ бѣлокъ.	Произвольные роды. Сперва вышелъ сгустокъ вѣсомъ въ 150 грм., потомъ послѣдъ. На немъ вдавленіе, соотвѣтствующее сгустку.	„	† (1720 грм.).	Альбуминурія.
300	Obs. VIII.	30 л. V рага.	Роды норм.	8-ми мѣс.	Движенія плода прекратились 3 дня назадъ. Наружное кровотеченіе. Матка твердая, напряженная. Сердцебіеніе неслышно.	Въ мочѣ много бѣлка.	Роды произвольны. Черезъ 10 минутъ вышелъ послѣдъ со сгустками (600 грм.).	„	† (2700 грм.).	Альбуминурія.
301	Obs. X.	24 г. I рага.	—	6½ мѣс.	Въ теченіе беременности hemichorea. Сердцебіеніе неслышно. Пузырь виденъ въ половой щели.	Въ мочѣ бѣлокъ.	Произвольные роды. Съ послѣдомъ вышло 500 грм. сгустковъ.	„	† (1650 грм.).	Альбуминурія.
302	Landon. Thèse de Paris, 1906. Obs. II.	36 л. V рага.	Всѣ роды нормальны.	9 мѣс.	Рахитическій тазъ. Въ періодѣ изгнанія сердцебіеніе плода внезапно падаетъ, начинается кровотеченіе. При введеніи руки за головку сильная струя крови.	—	Рука, введенная въ матку, опредѣлила совершенно отдѣлившійся послѣдъ. Поворотъ и извлеченіе. Двукратное обвитіе пуповины вокругъ шеи. Вслѣдъ за головкой вышелъ послѣдъ.	„	† (2950 грм.).	Относительная короткость пуповины (68 стм.).
303	Obs. IV.	27 л. IV рага.	1 разъ былъ выкид.	8 мѣс.	Лежа въ постели замѣтила отхожденіе. крови (алой).	—	Роды произвольные. На послѣдѣ небольшое кровоизліяніе, оченьбольшое на оболочкахъ.	„	Живъ. (1720).	Mésocordon.

НБ ХГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
304	Landon. Thèse de Paris. 1906. Obs. V.	40 л. IV para.	2 раза прежевр. роды мацерир. плодами.	?	Рахитическій тазъ. Въ началѣ родовъ кровотеченіе. Сердцебіеніе не слышно. Матка тверда, какъ дерево. Части плода не опредѣляются. Пузырь плоскій и очень напряженный.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. Блѣдность; рвота. Колляпсъ.	Разрывъ плоднаго пузыря. При отодвиганіи плода—кровотеченіе. Низведеніе ножки. По извлеченіи плода изверженіе обилія свѣжей крови. Рукой извлеченъ совершенно отдѣлившійся послѣдъ и опредѣленъ разрывъ нижняго сегмента (неполный). Сгустковъ—650 грм. Мѣры противъ колляпса. Смерть.	†	†	Многоводіе. (?)
305	Nicholson. Univers. Pensylvania med. Bull. 1906. № 7.	?	?	8 мѣс.	Угрожающее кровотеченіе.	—	Въ матку введенъ баллонъ. Кровотеченіе остановилось. Затрудненіе родовъ вслѣдствіе большого объема живота плода. Попытка къ повороту. Щипцы. Краніотомія.	†	†	?
306	Balika. Zentralblatt f. Gyn. 1907. Nr. 42.	41 г. XV para.	?	Въ срокъ.	Въ началѣ родовъ небольшое кровотеченіе. Зѣвъ открытъ на 1 палецъ. Пузырь цѣлъ. Плодъ мертвый.	Явленія остраго малокровія. P. 136. T° повышена. Въ мочѣ бѣлокъ.	Повторная тампонація влагалища. Расширеніе шейки баллономъ Champetier. Перфорація и краніоклазія. Ввиду сильнаго кровотеченія, ручное удаленіе послѣда. Послѣдъ былъ прикрѣпленъ къ передней стѣнкѣ матки небольшимъ участкомъ. Тампонація матки.	Выздоров. (бѣлокъ исчезъ на 12-й день).	†	Альбуминурія.
307	Engström. Finska Handlingar 1907. № 12. Реф. въ Zeitschr. für Geb. und Gyn. Bd. 66.	34 г. I para.	—	2 нед. до срока.	Сильныя боли въ верхней части живота. Движенія прекратились. Вскорѣ наружное кровотеченіе. Дно матки упирается въ реберную дугу. Близъ дна поперечно-расположенное выпячиваніе матки (шириною въ 15 ctm.). Головка во входѣ; шейка существуетъ; боли слабыя.	—	Пять часовъ послѣ отхожденія водъ щипцы. Послѣдъ удаленъ рукой (на немъ центральное кровоизліяніе).	† черезъ 2 часа послѣ родовъ отъ слабости сердца.	†	?

19 07 г.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
308	Hoffström. Finska Handlingar. 1907. № 5. Реф. въ Zeitschr. für Geb. und Gyn. Bd. 66.	35 л. IX para.	?	Мѣсяцъ до срока.	Кровотеченіе безъ видимой причины. Спустя 3 часа зѣвъ пропускаетъ палецъ. Пузырь цѣлъ.	Врожденный порокъ сердца. Нефритъ нѣтъ. Одышка. Анэмія.	Расширеніе по Bossi въ теченіе 40 минутъ. Поворотъ. Извлеченіе плода, причемъ послѣдъ слѣдуетъ немедленно. Коллапсъ. Одышка. Смерть.	† 5 часовъ послѣ родовъ (параличъ сердца).	?	Порокъ сердца, давшій измѣненія въ сосудахъ послѣда и deciduae.
309	Schwarcz. Orvosi Hetilap. 1907. Цит. по Jahresbericht.	?	?	?	?	Острая анэмія.	Поворотъ и извлеченіе при зѣвѣ, открытомъ на 2 пальца.	† отъ анэміи.	?	—
310	Платоновъ. Журн. акуш. и женск. болѣзн. 1907. № 7.	22 г. I para.	—	Конецъ беремен.	Узкій тазъ: conj. vera 7 ctm. Боли начались съ вечера и вслѣдъ за ними появилось сильное кровотеченіе. Шейка не сглажена, пропускаетъ палецъ. Головка баллотируетъ. Сердцебіеніе слѣва ниже пупка.	Сильная анэмія.	Тампонація влагалища. Кровотеченіе возобновилось. Классическое кесарское сѣченіе. Извлечена дѣвочка въ асфиксіи. Нижній сегментъ послѣда оказался уже отдѣлившимся. Трубы перевязаны и перерѣзаны. Солевая клизма, солевой растворъ и эрготинъ подъ кожу. Давящая повязка.	Выздоров.	Живъ, немного недонош.	?
311	Germann. Inaug. Dissertat. Jena 1907.	21 г. II para.	Норм. роды.	„	За 2 дня до родовъ сильное кровотеченіе. Въ теченіе родовъ — постоянное кровотеченіе.	Туберкулезъ легкихъ. Слабый кашель. Въ мочѣ ни бѣлка, ни сахара.	Разрывъ плоднаго пузыря при полномъ открытіи зѣва. Послѣдъ безъ особенностей (430 grm.).	„	Живъ (2070 грм.) умеръ на 2-й день.	?
312	„	26 л. IV para.	Норм. роды (при первыхъ разрывъ оболочекъ).	?	Внезапно сильное кровотеченіе. При появленіи схватокъ кровотеченіе остановилось. Воды цѣлы. Головка надъ входомъ. Сердцебіеніе хорошее.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Введенъ кольпейринтеръ. На утро введенъ Tarnier, извергнутый къ вечеру при сильныхъ боляхъ. Произвольные роды.	„	Живъ (1770 грм.) умеръ къ вечеру.	?

№	АВТОРЫ.	роды. Которые	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
313	Germann. Inaug. Dissertat. Jena 1907.	31 г. VI para.	2 родовъ— 3 раза мертв. плоды.	8 мѣс.	Наружное кровотеченіе. Животъ равномѣрно напряженъ. Сердцебіеніе плода подъ сомнѣніемъ. Предлежащая часть не опредѣляется.	Моча—нормальна.	2 раза тампонація влагалища. Спустя 3 дня начались схватки. Подъ наркозомъ введенъ метрейринтеръ. Произвольные роды въ ножномъ положеніи. Послѣдъ рваный, въ немъ бѣлые узлы.	Выздоров.	† (асфиксія, не оживленъ). 2620 gr.	?
314	„	? II para.	Щипцы; puerperium негладко.	9 мѣс.	Очень сильное кровотеченіе.	Моча—нормальна.	2 раза метрейризъ. Послѣ чего появились схватки. Роды произвольные. Общая потеря крови въ клиникѣ 650 grm. Послѣдъ безъ особенностей.	„	Живъ. 3180 gr.	?
315	„	25 л. V para.	Всѣ роды нормальны.	?	Кровотеченіе послѣ того, какъ больная поскользнулась.	Моча—нормальна.	Тампонація влагалища. Произвольные роды. По выхожденіи плода—вышелъ большой сгустокъ. На послѣдѣ нѣсколько кровоизліяній.	„	Живъ. 2700 grm.	Травма (?).
316	„	39 л. V para.	„	10-й мѣс.	Кровотеченіе началось одновременно съ болями. Головка плотно въ тазу. Сердцебіеніе подъ сомнѣніемъ.	Моча—нормальна.	Тампонація влагалища. Произвольные роды. Послѣдъ 600 grm.	„	† 3000 grm.	?
317	„	22 г. V para.	2-е живыхъ 2-е мертвыхъ.	9 мѣс.	Въ періодѣ изгнанія кровотеченіе во время каждой схватки.	Въ дѣтствѣ рахитъ. Питаніе плохое. Моча нормальна.	Произвольные роды. На одной половинѣ послѣда крѣпко сидитъ сгустокъ.	„	Живъ.	?

НБ КНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
318	Germann. Inaug. Dissertat. Jena 1907.	39 л. X рага.	Роды норм.	10 мѣс.	Въ теченіе беременности повторныя кровотеченія. Сильно растянутый животъ. Зѣвъ открытъ на 2 п. Очень слабыя боли. Сердцебіеніе хорошее.	Пульсъ доходилъ до 120.	Холодныя и горячія примочки на животъ. Разрывъ плодныхъ оболочекъ. Метрейринтеръ съ тягой. Плодъ родился вмѣстѣ съ большимъ количествомъ крови. Послѣдъ легко выжатъ.	Выздоров.	Живъ 3700.	?
319	„	29 л. VII рага.	1 разъ поперечное положеніе, 1 разъ кровотеченіе въ родахъ.	9 мѣс.	Сильное кровотеченіе, зѣвъ пропускаетъ 1 палецъ. Сердцебіеніе не слышно.	Въ дѣтствѣ скрофулезъ. Пульсъ очень малъ. Признаки нефрита (въ мочѣ 1‰ бѣлка, зернистые и гіалиновые цилиндры).	Влагалищное кесарское сѣченіе. Поворотъ, извлеченіе. Камфора, эрготинъ. По краю послѣда сидѣло нѣсколько сгустковъ.	„	† длина 39 стм.	Нефритъ.
320	Brindeau. Bulletin de la Soc. d'Obst. de Paris, 1907, № 9. Цит. по Jahresbericht.	?	?	?	Наружное кровотеченіе незначительное. Роженица умерла отъ внутренняго кровотеченія.	?	Ткань послѣда разрушена кровоизліяніями; въ межворсистыхъ пространствахъ геморрагическіе инфаркты; краевой синусъ надорванъ. Эндометрита нѣтъ.	†	†	?
321	Мусатовъ. Медицинское Обозрѣніе. 1907. № 6.	32 г. VIII рага.	2 раза рожала мертвыхъ.	2 нед. до срока.	Сильно обезкровленъ. Схватокъ нѣтъ. Заболѣла послѣ паденія. Шейка ригидна, пропускаетъ палецъ. Сердцебіеніе не слышно. Матка напряжена, болѣзненна.	Анэмія.	Введенъ метрейринтеръ; черезъ 2 часа разорванъ пузырь. Прободеніе головки, наложеніе краніокласта. Извлечь не удалось изъ-за спазма внутренняго зѣва. Растяженіе шейки по Bonnaire; двусторонній разрѣзъ шейки. Попытка къ повороту; низведеніе ручки и экзартикуляція ея. Трудный поворотъ на ножку и извлеченіе. Извлеченъ вполнѣ отдѣлившійся послѣдъ.	† черезъ $1^1/_2$ часа.	†	Паденіе.

НБ КНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
322	Мусатовъ. Медиц. Обозрѣніе 1907. № 6.	43 г. XII para.	?	?	Въ періодѣ раскрытія кровотеченіе. Сердцебіеніе не слышно. Шейка пропускаетъ 2 п. Животъ болѣзненъ. Маткавнѣ схватокъ напряжена.	Отекъ ногъ. Явленія остраго малокровія.	Поворотъ на ножку и извлеченіе. Послѣ рожденія ребенка вышли 3 сгустка величиною съ послѣдъ. Черезъ 5 минутъ выброшенъ послѣдъ.	† черезъ 2 ч.	†	?
323	„	19 л. I para.	—	На 10-мъ мѣс.	Сильное кровотеченіе. Сердцебіеніе неясно. Зѣвъ закрытъ.	—	Шейка расширена Гегарами до 24 номера. Постепеннымъ введеніемъ пальцевъ шейка раскрыта. Поворотъ, извлеченіе. Уже отдѣлившійся послѣдъ тотчасъ же извлеченъ.	Выздоров.	† на слѣдующій день.	?
324	Herzfeld. Archiv für Gyn. Bd. 82.	38 л. VI para.	1 разъ преждеврем. роды.	Въ срокъ.	Косое положеніе. Животъ сильно вздутъ; кровотеченіе.	Отекъ ногъ. Внезапный коллапсъ; холодный потъ.	Поворотъ и извлеченіе. Вслѣдъ за головкой вышелъ послѣдъ, обиліе сгустковъ и жидкой крови. Мѣры противъ атоніи матки и малокровія.	„	† свѣжеумерш.	?
325	Lobenstine and Harrar. Bullet. of the Lying-in Hosp. 1907. № 2.	46 л. I para.	—	„	Въ началѣ родовъ сильнѣйшее кровотеченіе.	Тяжелая анэмія.	Классическое кесарское сѣченіе. Матка полна сгустковъ.	„	Живъ.	?
326	Herz. Wiener med. Wochenschr. 1907. № 5.	? III para.	Кровотеченіе при всѣхъ берем.	На 8-мъ мѣс.	Послѣ паденія сильное кровотеченіе. Животъ вздутъ; части плода не опредѣляются; сердцебіенія не слышно. Внутренній зѣвъ закрытъ.	Пульсъ нитевидный.	Влагалищное кесарское сѣченіе по Dührssen'y.	„	†	Гемофилія, паденіе.

НБ КНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
					19	08 г.				
327	Döderlein. Zentralblatt f. Gyn. 1908. № 11.	?	?	На 8-мъ мѣс.	Сильное кровотеченіе въ матку (около 2-хъ килогр.). Шейка проходима для пальца.	—	Влагалищное кесарское сѣченіе. Вѣсъ удаленной изъ матки крови 2 килогр.	Выздоров.	Живъ.	?
328	Osterloh. Zentralblatt f. Gyn. 1908. № 16.	35 л. II рага.	Одинъ 4-хъ-мѣс. выкид.	На 8-мъ мѣс.	Очень слабыя боли, для усиленія которыхъ тампонація влагалища. Предлежатъ мелкія части. По отхожденіи водъ родился послѣдъ (материнской поверхностью впередъ) съ оболочками. Пуповина не пульсируетъ. Поперечное положеніе съ выпаденіемъ ручки. Prolapsus placentae.	—	Извлеченіе плода за паховой сгибъ conduplicato corpore.	"	† свѣжеумерш. длина 42.	Бѣлка не было. Быстрое отхожденіе водъ ($1\frac{1}{2}$ литра) при отсутствіи крупной части надъ зѣвомъ.
329	Krull. Zentralblatt f. Gyn. 1908, p. 535.	?	?	На 6-мъ мѣс.	Двойни. Кровотеченіе. Послѣ разрыва пузыря — родился при сильныхъ схваткахъ первый плодъ. Сильное кровотеченіе. Во влагалищѣ оказался послѣдъ.	—	Послѣ выпаденія одного послѣда во влагалище — извлеченіе второго плода за ножки; послѣ чего вышли оба послѣда.	?	?	Двойни.
330	Lépage. Soc. d'obstétr. et de gyn. 12 oct. Цит. по Zentralbl. 1909. № 25.	? VI рага.	?	Въ срокъ.	Поступила въ родахъ, въ колляпсѣ. Дно матки на 38 ctm. выше лона. Зѣвъ немного открытъ. Наружное кровотеченіе.	Колляпсъ. Пульсъ 148.	Несмотря на разрывъ плодныхъ оболочекъ, кровотеченіе продолжалось и матка увеличивалась. Быстрое расширеніе зѣва. Перфорація плода. Извлеченіе послѣда. Тампонація матки.	† черезъ нѣсколько часовъ послѣ родовъ.	†	?

НБ ГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
331	Pulvirenti. Ginecologia 1908. Fasc. 4. Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1909. № 11.	40 л. Multip.	?	На 36-й нед.	Наружное кровотеченіе. Зѣвъ открытъ.	Рѣзкая анэмія. Въ мочѣ бѣлокъ и цилиндры.	Наложены щипцы. Послѣдъ вышелъ немедленно. Микроскопически найдены измѣненія, „характерныя для альбуминуріи“.	?	?	Альбуминурія.
332	„	40 л. Multip.	Предпослѣдн. беременность прервана изъза нефрита; послѣдняя кончилась выкидышемъ.	На 23-й нед.	Во время искусственнаго выкидыша сильное кровотеченіе.	Отеки. Кровянистыя выдѣленія. Въ мочѣ бѣлокъ и цилиндры.	Несмотря на быстрое опорожненіе матки, вскорѣ наступила смерть. На послѣдѣ старые сгустки.	†	†	Нефритъ.
333	„	33 года. Multip.	?	На 33-й нед.	Наканунѣ отошло много водъ. Вскорѣ начались боли. Кровотеченіе. Поперечное положеніе плода.	Повышенная t°. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Поворотъ и извлеченіе. Послѣдъ большей частью былъ отдѣленъ.	Выздоров.	†	Поперечное положеніе.
334	„	24 г. I рага.	—	На 26-й нед.	Наканунѣ получила ударъ въ животъ, послѣ чего начались схватки и кровотеченіе. Значительное увеличеніе и напряженіе матки. Сердцебіеніе слышно.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Роды произвольные.	„	Живъ, но очень скоро †	Ударъ по животу.
335	„	30 л. I рага.	—	На 7-мъ мѣс.	Большая, болѣзненная матка. Зѣвъ закрытъ. Сердцебіеніе не слышно.	Рѣзкая анэмія. Въ мочѣ бѣлокъ, цилиндры.	Операція Porro. Вскрытіе обнаружило сморщенную почку. Во внутреннихъ органахъ мелкіе экхимозы.	† вскорѣ послѣ операціи.	†	Хроническій нефритъ.

НБ КГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
336	Stern. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 27. Heft 6.	38 л. IX рага.	?	На 8-мъ мѣс.	Животъ растянутъ; многоводіе; поперечное положеніе; сердцебіеніе слышно плохо. Боли сильныя; кровотеченія нѣтъ. Открытіе зѣва полное. Пузырь сильно напряженъ. Prolapsus placentae.	—	Пузырь разорванъ; немедленно сильная схватка. Зѣвъ сократился до 2-хъ пальцевъ. Надъ внутреннимъ зѣвомъ оказался свободно лежащій послѣдъ; оттѣснен. въ сторону. Поворотъ; извлеченіе; выпалъ послѣдъ. Разрывъ оболочекъ 8—10 стм. отъ края послѣда.	Выздоров.	† (въ асфиксіи, не оживленъ).	Многоводіе, поперечное положеніе.
337	Pottet. Annales de Gyn. et d'Obstétr. 1908.	?	?	5½ мѣс.	Больна 10 дней: признаки общей инфекціи и внутренняго кровотеченія. Матка твердая.	—	Разрывъ плоднаго пузыря; извлеченіе плода. При ручномъ удаленіи послѣда найдена разложившаяся ретроплацентарная гематома (гнилостный газъ). Перитонитъ. Чревосѣченіе. Ротго. Смерть на 4-й день.	†	†	?
338	Шевалдышевъ. L'Obstétr. 1908. p. 403.	37 л. Multipar.	?	?	Признаки внутренняго кровотеченія.	—	Ручное расширеніе шейки, перфорація головки, извлеченіе. Разрывъ шейки. Атонія. Влагалищная экстирпація матки.	Выздоров.	†	?
					19	09 г.				
339	Sorbi. La Ginecologia Fasc. 15—17. Цит. по Журналу акуш. 1910.	32 л. Multipar.	?	4—4½ мѣс.	Во время беременности неправильныя, необильныя кровотеченія. Увеличеніе матки, несоотвѣтствующее сроку беременности. Шейка закрыта. Поставленъ діагнозъ-пузырный заносъ.	Значительное малокровіе.	Произведенъ искусственный выкидышъ (введеніе бужа, тампонація шейки глицериновой марлей). Извлеченъ мертвый плодъ 4½ мѣс. Вслѣдъ за нимъ вышелъ послѣдъ съ громаднымъ количествомъ сгустковъ, какъ свѣжихъ, такъ и давнихъ.	Выздоров.	†	?

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
340	Bernheim-Stern. Bul. de la Soc. d'Obst. de Paris. №3.	? III para.	?	Въ срокъ.	14 дней до родовъ небольшія схватки. Въ родахъ схватки судорожны. Ничтожное кровотеченіе.	Немного бѣлка въ мочѣ.	Разрывъ плоднаго пузыря: ни капли водъ. Самопроизвольные роды. Вскорѣ вышелъ послѣдъ съ объемистыми сгустками.	Выздоров.	†	?
341	Härtel. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 31. p. 532.	?	?	Близко къ концу беремен.	Небольшое наружное кровотеченіе при явленіяхъ сильнаго внутренняго кровотеченія. Плодъ уже мертвъ.	Симптомы анэміи и чрезмѣрно высокаго внутриматочнаго давленія.	Роды произвольные. Послѣдъ вышелъ немедленно съ большимъ количествомъ старыхъ сгустковъ. Послѣдъ плоскій, обнаруживаетъ складчатость (отъ ретроплацентарнаго кровоизліянія).	Выздоров.	†	Травма (не было ни нефрита, ни явленій эндометрита).
342	„	?	?	Близко къ концу беремен.	Поступила съ небольшимъ наружнымъ кровотеченіемъ и явленіями сильнаго внутренняго кровотеченія. Плодъ мертвъ.	Симптомы анэміи и чрезмѣрно высокаго внутриматочнаго давленія.	Роды произвольные. Послѣдъ вышелъ черезъ полчаса съ большимъ количествомъ сгустковъ. Послѣдъ плоскій, съ образованіемъ складокъ.	Выздоров.	†	Этіологія не ясна (не было ни нефрита, ни явленій эндометрита).
343	Скробанскій. Журналъ акуш. и женск. бол. 1909. № 5—6.	32 г. VII para.	4 норм. род. и 2 раза выкидышь.	На 8-мъ мѣс.	Умѣренное кровотеченіе и небольшая боль въ животѣ. Сердцебіеніе не выслушивается. I поперечное положеніе. Родовыхъ болей нѣтъ. Шейка существуетъ, пропускаетъ палецъ.	Блѣдность; слабость, головокруженіе.	Тампонація влагалища, кровотеченіе сквозь тампонъ. Влагалищное кесарское сѣченіе по Dührssen'y. Поворотъ; извлеченіе. Послѣдъ вышелъ за плодомъ съ большимъ количествомъ сгустковъ.	Выздоров.	†	Механическая причина: двукратно обвитая вокругъ шеи пуповина натянувшись отслоила послѣдъ.
344	Mauran. Thèse de Paris. 1909. Obs. VIII.	25 л. II para.	Преждевр. роды на 7-мъ мѣс.	?	Очень сильное кровотеченіе. Матка твердая, какъ дерево. Сердцебіенія не слышно. Шейка пропускаетъ палецъ, пузырь очень напряженъ.	Альбуминурія. Блѣдность.	Разрывъ плоднаго пузыря; введеніе баллона Tarnier. Плодъ родился черезъ 22 часа. Вмѣстѣ съ плодомъ вышло много черной крови. Въ послѣдѣ старыя кровоизліянія. Смерть.	†	†	Альбуминурія.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
345	Mauran. Thèse de Paris. 1909. Obs. IX.	? XI рага.	?	8½ мѣс.	При нагибаніи почувствовала сильную боль въ животѣ; появилось кровотеченіе.	Обезкровлена.	Тампонація влагалища. Умерла неразрѣшившись. Вскрытіе. Плодное яйцо со всѣхъ сторонъ отдѣлено. Пуповина лежитъ петлей вокругъ ножки плода.	†	†	Относительная короткость пуповины.
346	" Obs. XIX.	? IV рага.	1 разъ щипцы.	?	Послѣ тяжелой работы начались боли. Наружное кровотеченіе.	—	Разрывъ плодныхъ оболочекъ. Умерла неразрѣшившись. Вскрытіе обнаружило преждевременное отдѣленіе послѣда.	†	†	?
347	Duquet. Thèse de Paris. 1909. Obs. V.	37 л. II рага.	Щипцы. Реб. мертвъ.	Въ срокъ.	Животъ очень напряженъ. Наружное изслѣдованіе затруднено. Головка надъ входомъ, черезъ лѣвозадній сводъ опредѣляется мягкая міома. Сильное кровотеченіе. Кровь черная.	Обмороки, разстройство зрѣнія. Блѣдность. Коллапсъ.	Разрывъ плоднаго пузыря. Классическое кесарское сѣченіе. Удаленіе матки по Рогго.	†	†	?
348	Brandt. Norsk magaz. for Laegev. p. 769. Цит. по Jahresbericht. 1909.	?	?	?	Преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста.	—	Консервативное влагалищное кесарское сѣченіе	Выздоров.	† (мацерир.).	?
349	Калмыковъ. Врачебн. Газета. 1909. № 33.	21 г. I рага.	—	Въ срокъ.	Безъ видимой причины сильное кровотеченіе, боли въ животѣ. Движенія прекратились. Животъ сильно увеличенъ; стѣнки матки напряжены, болѣзненны. Сердцебіеніе не слышно; части плода не прощупываются. Родовая дѣятельность очень слабая.	Анэмія, слабость, головокруженіе. П.—120. Въ мочѣ слѣды бѣлка, единичные зернистые цилиндры.	Введенъ метрейринтеръ; разорванъ пузырь, зѣвъ расширенъ пальцами. По рожденіи плода матка осталась очень большой. Послѣдъ выжатъ съ большими сгустками, 2 сгустка имѣли величину послѣда. Половина послѣда сдавлена; обиліе мелкихъ инфарктовъ.	Выздоров.	† 3500.	?

№	АВТОРЫ.	роды. Которые	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
350	Калмыковъ. Врачебн. Газета. 1909 № 33.	35 л. VIII рага.	Всѣ роды N.	8½ мѣс.	2 недѣли назадъ поскользнулась и упала. Ночью кровотеченіе, боли. Движенія прекратились. Матка напряжена, родовая дѣятельность слабая. Части плода не прощупываются.	Анэмія; головокруженія. П.—120.	Разорванъ пузырь, зѣвъ расширенъ пальцати, метрейризъ. Поворотъ, рука опредѣлила лежащій свободно послѣдъ. Послѣдъ вышелъ вслѣдъ за плодомъ. Атонія. Смерть.	†	† 2700.	Паденіе.
351	Scheffen. München. med. Wochenschr. 1909. Nr. 46.	38 л. VIII рага.	?	На 10 мѣс.	Внезапно сильная боль въ животѣ, рвота; замѣчаетъ увеличеніе живота. Черезъ 2 дня ничтожное кровоотдѣленіе; еще черезъ 3 дня начались схватки. Крайнее растяженіе живота, особенно кпереди. Матка напряжена, крайне болѣзненна, верхній ея отдѣлъ производитъ впечатлѣніе туго наполненной кисты. Сердцебіеніе не слышно. Части плода не опредѣляются.	Коллапсъ; сильная одышка; крайняя анэмія. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Послѣ разрыва пузыря выдѣлилось огромное количество крови. Родился плодъ. Послѣдъ, лежащій въ рукавѣ, выжатъ. ¾ послѣда заняты углубленіемъ, ткань здѣсь сжата. На плодовой поверхности 2 кисты. Обиліе инфарктовъ.	?	†	Эндометритъ.
352	„	27 л. I рага.	—	Конецъ берем.	Днемъ поднимала тяжелую корзину съ бѣльемъ. Ночью кровотеченіе и боли, особенно справа. Вздутіе живота. Матка у реберной дуги, напряжена, болѣзненна. Сердцебіеніе не слышно.	Анэмія. П.—120. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Разрывъ плоднаго пузыря, начались боли. Послѣ рожденія плода вышло обиліе сгустковъ. Послѣдъ, лежащій во влагалищѣ, выжатъ, очень маленькій, блѣдный.	?	†	Травма (подняла корзину).
353	Potocki. 1909. Цит. по Lévy.	? XI рага.	?	7 мѣс.	Очень сильное кровотеченіе, продолжавшееся несмотря на разрывъ оболочекъ.	—	Введеніе баллона Champetier (400 грм.). Кровотеченіе остановилось. Эмбріотомія.	Выздоров.	†	?

НБ АГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
354	Gans. Gynäkolog. Rundschau. 1909, p. 66.	34 г. VIII para.	1 разъ щипцы. Остальные норм.	Въ срокъ.	Послѣ отхожденія обильныхъ, чистыхъ водъ небольшое кровотеченіе. Во влагалищѣ оказалась ножка и послѣдъ. Кровотеченія нѣтъ. Prolapsus placentae.	Бѣлка въ мочѣ нѣтъ.	Извлеченіе плода за ножки. Внутренняго кровотеченія не было. Микроскопически измѣненій въ послѣдѣ не найдено.	Выздоров	† Anencephalus 3050 грм.	Многоводіе (внезапное отхожденіе водъ).
355	Krüger. Inaug. Dissert. Leipzig. 1909.	26 л. VI para.	1 разъ эклампсія.	10 мѣс.	Наружнаго кровотеченія нѣтъ; сердцебіеніе плода не слышно. Рѣзко напряженный пузырь.	Головная боль; рвота; обморокъ. Бѣлокъ въ мочѣ, зернистые цилиндры.	Произвольные роды. Послѣдъ вышелъ немедленно, со сгустками и обиліемъ крови.	„	†	Почка беременныхъ.
356	„	42 г. XII para.	Всѣ роды норм.	10 мѣс.	Внезапно сильная боль. Наружное кровотеченіе. Матка напряжена, болѣзненна. Ни сердцебіенія, ни движеній плода не слышно.	Обморокъ; въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Разрывъ плоднаго пузыря. Плодъ родился въ темянномъ положеніи. Послѣдъ со сгустками.	„	†	?
357	„	25 л. II para.	Ягодичн. полож.	9 мѣс.	Внезапно сильное кровотеченіе. Матка растянута, твердая. Косое положеніе.	Анэмія; въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Кольпейринтеръ; разрывъ пузыря. Рядомъ съ головкой опредѣленъ свободнолежащій послѣдъ. Поворотъ, извлеченіе. Матка двурогая.	„	† (2420)	Двурогая матка.
358	„	40 л. IX para.	Всѣ роды нормальны.	8 мѣс.	Наружное кровотеченіе. Плодъ мертвъ, въ ножномъ положеніи.	Головная боль. Въ мочкѣ много бѣлка.	Введеніе баллона Tarnier. Извлеченіе за ножку. Послѣдъ вышелъ вмѣстѣ съ головкой.	„	† (1400)	Почка беременныхъ.
359	„	29 л. IV para.	Всѣ роды нормальны.	9 мѣс.	Безъ видимой причины, боли, внутреннее кровотеченіе. Матка напряжена.	Обморокъ; бѣлка нѣтъ.	Кольпейризъ; разрывъ пузыря; послѣдъ вышелъ съ обиліемъ сгустковъ и крови (1460 к. с.).	„	† (2230)	?

ХАРЬКОВСКІЙ ГОСУД. МЕДИЦ. ИНСТИТУТ
БИБЛІОТЕКА
ЧИТАЛЬНЯ
ИСТОРІЯ МЕДИЦИНЫ

НБ ХМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
360	Krüger. Inaug. Dissert. Leipzig. 1909.	35 л. IV рага.	При первыхъ родахъ судороги.	10 мѣс.	Наружное кровотеченіе.	Бѣлка нѣтъ.	Разрывъ пузыря; введеніе баллона Champetier. Поворотъ, извлеченіе.	Выздоров.	Живъ (3270)	?
361	„	29 л. II рага.	?	10 мѣс.	Чисто внутреннее кровотеченіе. На маткѣ рѣзкое выпячиваніе.	Въ мочѣ бѣлокъ.	Произвольные роды въ ягодичномъ положеніи. На послѣдѣ вдавленіе. Кровопотеря: 680 к. с.	„	Живъ.	Альбуминурія.
362	Getzow. Inaug. Dissert. Freiburg. 1909.	23 г. II рага.	Норм.	Въ срокъ.	По рожденіи перваго плода паденіе сердцебіенія второго. Кровотеченія не было.	Бѣлка нѣтъ.	Разорванъ пузырь, наложены щипцы. Большая часть послѣда занята сгусткомъ.	„	Оба живы.	Двойни.
363	„	36 л. VI рага	Всѣ роды норм.	9 мѣс.	По рожденіи перваго плода—вышелъ послѣдъ второго. Prolapsus placentae.	—	Второй плодъ выжатъ по Kristeller'y (спустя минуту послѣ выхожденія послѣда). Спустя 5 минутъ родился послѣдъ перваго плода.	„	„	Двойни.
364	„	32 г. I рага.	—	Въ срокъ.	При полномъ открытіи зѣва и стоячихъ водахъ—замедленіе сердцебіенія плода.	—	Разорванъ пузырь, наложены щипцы.	„	Живъ.	Короткость пуповины. (?)
365	„	27 л. I рага.	—	Въ срокъ.	Умѣренное кровотеченіе.	—	Произвольные роды. Двукратное обвитіе пуповины вокругъ шеи.	„	Живъ (асфиксія).	Короткость пуповины.
366	„	29 л. I рага.	—	9 мѣс.	Наружное кровотеченіе до начала болей.	Бѣлка 2½ ‰.	Разорванъ пузырь. Начались боли. Плодъ выжатъ по Kristeller'y. Послѣдъ съ большими сгустками, со вдавленіемъ.	„	†	Альбуминурія.

НБ ХГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
367	Getzow. Inaug. Dissert. Freiburg. 1909.	34 г. V рага.	Одинъ выкидышъ.	8 мѣс.	Наружное кровотеченіе началось до начала болей. Плодъ мертвъ.	Отеки ногъ, живота, лица. Бѣлка $9^1/_2\,^0/_{00}$.	Произвольные роды. Одновременно вышелъ послѣдъ и сгустки.	Выздоров.	†	Нефритъ.
368	„	33 г. VII рага.	Всѣ роды нормальны.	?	Матка сильно напряжена; наружное изслѣдованіе невозможно; сердцебіеніе не слышно. Полное открытіе. Небольшое кровотеченіе.	Отекъ ногъ, Въ мочѣ бѣлокъ (15—$20^0/_{00}$), и красные шарики. Анэмія. П.—140.	Разорванъ пузырь, наложены щипцы. Одновременно съ плодомъ вышелъ послѣдъ и 1950 гр. крови. Атонія нижняго сегмента. Тампонація; способъ Fritsch'a. Наконецъ надвлагалищная ампутація по Hegar'y. Смерть.	† (отъ анэміи).	†	Нефритъ.
369	„	30 л. VI рага.	Одинъ выкидышъ.	?	Небольшое кровотеченіе при сильныхъ болѣхъ и полномъ открытіи зѣва.	—	Разорванъ пузырь; произвольные роды. Очень мало водъ.	Выздоров.	Живъ (асфиксія).	Поздній разрывъ плоднаго пузыря; мало переднихъ водъ.
370	„	24 г. I рага.	—	9 мѣс.	Небольшое наружное кровотеченіе при полномъ открытіи. Слабыя боли. Очень мало переднихъ водъ.	Бѣлка нѣтъ.	Пузырь разорванъ; роды произвольны. Послѣдъ безъ особенностей.	„	Живъ.	Очень мало переднихъ водъ.
371	„	37 л. XV рага.	1 разъ извлеченіе.	Въ срокъ.	Наружное кровотеченіе (400 грм.) при полномъ открытіи зѣва. Пузырь виденъ въ половой щели.	—	Пузырь разорванъ; водъ 50 грм. роды произвольные.	„	„	Поздній разрывъ плоднаго пузыря: мало переднихъ водъ.
372	„	25 л. II рага.	Роды норм.	„	Небольшое кровотеченіе при полномъ открытіи. Пузырь виденъ въ половой щели.	—	Пузырь разорванъ; роды произвольные.	„	„	Поздній разрывъ плоднаго пузыря.

НБ ХГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
373	Getzow. Inaug. Dissert. Freiburg. 1909.	24 г. ?	?	Въ срокъ.	Наружное кровотеченіе при полномъ открытіи зѣва и и цѣломъ пузырѣ.	—	Пузырь разорванъ; роды произвольные.	Выздоров.	Живъ.	Поздній разрывъ плоднаго пузыря; мало переднихъ водъ.
374	„	32 г. I рага.	—	„	При полномъ открытіи зѣва плодный пузырь виденъ въ половой щели. Учащеніе сердцебіенія плода.	—	Разрывъ пузыря. Порожденіи ребенка вышли сгустки, соотвѣтствующіе вдавленіямъ на послѣдѣ.	„	Живъ (асфиксія).	Поздній разрывъ плоднаго пузыря.
375	„	23 г. I рага.	—	7-ми мѣс.	Кровотеченіе при каждой схваткѣ. Учащеніе сердцебіенія плода.	—	Разорванъ пузырь; извлеченъ плодъ; одновременно вышелъ послѣдъ.	„	Живъ.	Поздній разрывъ плоднаго пузыря.
376	„	34 г. IV рага.	2 раза мертвыя дѣти.	9 мѣс.	При полномъ открытіи зѣва рѣзкое учащеніе сердцебіенія плода.	—	Разорванъ пузырь; роды произвольные.	„	„	Тоже.
377	„	22 г. II рага.	Норм.	Въ срокъ.	Небольшое кровотеченіе при полномъ открытіи зѣва. Мало переднихъ водъ.	—	Разорванъ пузырь; роды произвольные.	„	„	Тоже.
					19	10 г.				
378	Haendly. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 66, p. 452.	? I рага.	—	?	Одновременно съ мерцаніемъ въ глазахъ, начались схватки. Вскорѣ послѣ метрейриза—припадокъ эклямпсіи.	Головная боль. Отеки. Въмочѣ 30‰ бѣлка.	Метрейризъ. Послѣ припадка — поворотъ и извлеченіе. °/₀ послѣда разрушены гематомой.	Выздоровл. (бѣлокъ исчезъ черезъ нѣск. недѣль).	† Мацерир.	Нефритъ. Эклямпсія.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
379	Thies. Zeitschrift lür Geb. u. Gyn. Bd. 66, p. 453.	17 л. ?	?	6-ти мѣс.	14 дней до выкидыша упала во время танцевъ на животъ; потеряла сознаніе. Образовалась ретроплацентарная гематома, приведшая къ выкидышу.	—	Произвольный выкидышъ.	Выздоровл.	† (пуповина узломъ затянута надъ бедромъ).	Механическая причина (ушибы).
380	Hoffmann. Zeitschrift für Geb, u. Gyn. Bd. 66. p. 608.	23 л. I рага.	—	На 8-мъ мѣс.	3 дня безъ водъ, послѣ чего при вертикальномъ положеніи кровотеченіе.—Начались сильныя боли и кровотеченіе. При полномъ открытіи зѣва опредѣлено, что въ зѣвѣ лежитъ отдѣлившійся послѣдъ. Prolapsus placentae.	Въ мочѣ лейкоциты, бѣлокъ, зернистые и гіалиновые цилиндры.	Поворотъ и извлеченіе. Одновременно выщелъ послѣдъ. Разрывъ почти центральный. Третъ послѣда некротична, обиліе сгустковъ.	Выздоровл. (ко дню выписки исчезъ бѣлокъ и цилиндры).	Реб. живъ (извлеченъ минутъ 10—12 послѣ отдѣленія послѣда).	Некрозъ большого участка послѣда—причина его отдѣленія.
381	Ahlbeck. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 31, p. 371.	? XII рага.	?	?	Матка сильно растянута внутреннимъ кровотеченіемъ. Наружнаго кровотеченія не было. Зѣвъ пропускаетъ 1 пальцъ.	Слабость. Сильная альбуминурія.	Поворотъ на ножку по Braxton-Hicks.	Выздоров.	†	Альбуминурія.
382	Adler. Orvosok Lapja. 1910. № 18 u. 19. Цит. по Zentralbl. für Gyn. 1911. Nr. 31.	?	?	?	Кровотеченіе во время родовъ.	—	Быстрое окончаніе родовъ при помощи щипцовъ.	»	живъ.	?
383	Deak. Orvosok Lapja. 1910, № 6. Цит. по Zentralblatt für G. 1911. Nr. 31.	?	?	?	Плацентарное кровотеченіе. Зѣвъ открытъ на 4 пальца.	—	Поворотъ на ножку и немедленное извлеченіе.	»	»	?
384	Lequeux. La Presse médicale, 1910, p. 982.	32 г. I рага.	—	8 мѣс.	Нѣсколько часовъ внутреннее кровотеченіе. Шейка длинная, закрытая. Матка большая, плотная.	Бѣлокъ въ мочѣ. Анэмія. Скорый пульсъ.	Классическое кесарское сѣченіе.	»	† черезъ 24 часа.	Альбуминурія.

НБ КНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
385	Fabre et Bourret. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1910. 23 fevr.	? Multipara.	?	6½ мѣс.	Матка напряжена. Плодъ мертвый.	?	Двуручное расширеніе шейки по Bonnaire (черезъ часъ на 6 стм.). Краніотомія, извлеченіе, сильное кровотеченіе, разрывъ матки. Смерть.	†	†	?
386	„	? Multipara.	?	На 8-мъ мѣс.	Признаки ретроплацентарнаго кровоизліянія. Плодъ мертвый. Зѣвъ открытъ на 1 стм.	Пульсъ 108—140.	Влагалищное кесарское сѣченіе. Краніотомія, краніоклазія. Смерть черезъ 45 минутъ.	†	†	?
387	Foges. Gynäkolog. Rundschau, 1910. p. 137.	34 г. II рага.	?	?	Плодъ мертвъ.	Анэмія.	Перфорація. Послѣдъ легко выжатъ. Эрготинъ; душъ; вливаніе; тампонація матки; камфора; дигаленъ. Экстирпація матки. Смерть.	†	†	?
388	„	30 л. II рага.	Внѣматочная берем.	?	Отдѣленіе послѣда.	—	Положены щипцы. По выхожденіи послѣда — 2½ литра крови. Эрготинъ, душъ, вливаніе, тампонація, камфора, дигаленъ. Экстирпація матки.	† черезъ 2 часа послѣ родовъ	†	?
389	„	36 л. II рага.	Преждеврем. отдѣл. посл.	?	Отдѣленіе послѣда.	Крайняя анэмія.	Насѣчки зѣва; перфорація; послѣдъ удаленъ рукой; разрывъ шейки зашитъ. Прижатіе аорты. Эрготинъ; вливаніе; камфора; коффеинъ; адреналинъ.	† черезъ полчаса послѣ родовъ.	†	Острый паренхиматозный нефритъ.

НБХИМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
390	Foges. Gynäkolog. Rundschau, 1910, p. 137.	41 г. II рага.	?	?	Отдѣленіе послѣда.	—	Перфорація. Послѣдъ извлеченъ; уплощенъ, со сгустками. Крови вышло 1640 грм. Обычныя мѣры. Повторная тампонація матки.	† Чрезъ 5¾ ч.	†	?
391	„	30 л. IX рага.	?	?	Отдѣленіе послѣда.	—	Поворотъ по Braxton-Hicks. Извлеченіе; послѣдъ вышелъ немедленно. Коллапсъ. Обычныя мѣры. Ввиду кровотеченія сквозь тампонъ — экстирпація матки черезъ влагалище.	Выздоров.	?	?
					19 11 г.					
392	Гусевъ. Русскій Врачъ. 1911. № 52.	28 л. V рага.	Всѣ роды норм.	7 мѣс.	Открытіе зѣва полное. Схватки весьма слабыя и рѣдкія. Черезъ 7 часовъ послѣ начала родовъ боли совершенно прекратились. Спустя 1 часъ 25 мин. весьма сильное кровотеченіе, появившееся сразу.	—	Выжиманіе по Kristeller'y безуспѣшно. Впрыснута вытяжка изъ мозгового придатка. Черезъ 5 минутъ родился плодъ. Одновременно вышелъ послѣдъ цѣликомъ.	Выздоровл. (раннее вставаніе).	Живъ. (1150 grm.).	?
393	„ „	41 г. XI рага.	8 срочныхъ родовъ и 2 выкидыша.	Въ срокъ.	Наружное кровотеченіе. Схватокъ нѣтъ. Сердцебіеніе хорошо слышно. Зѣвъ закрытъ. Распознано частичное преждевремен. отдѣленіе послѣда.	—	Впрыснута вытяжка мозгового придатка. Черезъ 4 мин. начались схватки. Черезъ 11½ часа родился плодъ. Черезъ 15 мин. вышелъ послѣдъ вмѣстѣ съ нимъ масса старыхъ сгустковъ.	Выздоров.	Живъ. (3350 grm.).	?

НБ УНМУ

№	АВТОРЫ.	роды. Которые	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
394	Сазоновъ. Медиц. Обозрѣніе. 1911. № 7.	? VIII para.	?	На 8-мъ мѣс.	Колоссальное кровотеченіе. Матка очень твердая, дно ея у мечевиднаго отростка. Шейка пропускаетъ палецъ. Сердцебіеніе не слышно.	Нитевидный пульсъ.	Вливаніе солевого раствора, вдыханіе О. Влагалищное кесарское сѣченіе по Bumm'y. Поворотъ и извлеченіе. Послѣдъ выдѣлился тотчасъ же за плодомъ. Вся полость матки выполнена старыми и свѣжими сгустками.	† спустя 20 мин.	† (2350 грм.)	?
395	Couvelaire. Annales de Gynéc. 1911, p. 591.	26 л. I para.	—	На 8-мъ мѣс.	Боли въ животѣ. Матка твердая, сердцебіеніе не слышно. Дно матки поднимается (съ 27 стм. до 32 стм. надъ лономъ). Шейка еле начинаетъ раскрываться. Нижній сегментъ и шейка деревянной плотности. Ничтожное кровотеченіе.	Анэмія, головная боль, разстройство зрѣнія, отекъ ногъ. Въ мочѣ много бѣлка. Безпокойство. Похолоданіе конечностей. Шокъ. Азотэмія.	Разорванъ пузырь: воды съ кровью. Ввиду тяжелаго состоянія Porro. При разрѣзѣ вылилось много крови. Послѣдъ лежалъ отдѣлившійся.	Выздоров. (крайне медленное; изъ-за непроходимости кишекъ наложенъ Anus praeternaturalis).	† 1600	Токсемія (альбуминурія, задержка азота и хлора).
396	Lévy. Thèse de Paris. 1911.	20 л. I para.	—	8 мѣс.	Сильное кровотеченіе. Зѣвъ пріоткрытъ.	Бѣлокъ въ мочѣ.	Разрывъ плоднаго пузыря.	Выздоров.	†	Альбуминурія.
397	„	32 г. VIII para.	?	5 мѣс.	Кровотеченіе при нѣсколько открытомъ зѣвѣ.	Бѣлокъ въ мочѣ.	Послѣ разрыва оболочекъ кровотеченіе прекратилось.	„	†	Альбуминурія; двойни.
398	„	23 г. I para.	—	7 мѣс.	Кровотеченіе.	Бѣлокъ въ мочѣ.	Разрывъ пузыря при полномъ открытіи зѣва.	„	†	Альбуминурія.
399	„	40 л. V para.	?	8 мѣс.	Сильное кровотеченіе. Открытіе зѣва на 1 палецъ.	Бѣлокъ въ мочѣ. П.—124.	Пузырь разорванъ, кровотеченіе прекратилось.	„	†	Альбуминурія.

НБИМ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
400	Lévy. Thèse de Paris. 1911.	37 л. VI рага.	?	9 мѣс.	Кровотеченіе. Зѣвъ пріоткрытъ.	Бѣлокъ въ мочѣ. П.—70.	Широкій разрывъ пузыря, кровотеченіе прекратилось.	Выздоров.	†	Альбуминурія.
401	„	33 г. I рага.	—	7 мѣс.	Кровотеченіе. Зѣвъ открытъ.	Бѣлокъ въ мочѣ. П. 116.	Разрывъ пузыря.	„	†	Альбуминурія.
402	„	21 г. I рага.	—	7 мѣс.	Кровотеченіе. Зѣвъ пріоткрытъ.	Эклямпсія. Бѣлокъ въ мочѣ.	Разрывъ пузыря. Кровотеченіе прекратилось.	† отъ экл.	†	Эклямпсія. Альбуминурія.
403	„	35 л. V рага.	?	8 мѣс.	Кровотеченіе.	Бѣлокъ въ мочѣ. П.—100.	Разрывъ пузыря. Кровотеченіе прекратилось.	Выздоров.	†	Альбуминурія.
404	„	42 г. XI рага.	?	8 мѣс.	Очень сильное кровотеченіе. Зѣвъ открытъ на ладонь.	Бѣлокъ въ мочѣ. П.—132.	Разрывъ пузыря. Кровотеченіе прекратилось.	„	†	Альбуминурія.
405	„	29 л. VI рага.	?	6 мѣс.	Очень сильное кровотеченіе. Зѣвъ пріоткрытъ.	Бѣлокъ въ мочѣ. П.—132	Широкій разрывъ пузыря. Кровотеченіе прекратилось.	„	†	Альбуминурія.
406	„	23 л. II рага.	?	9 мѣс.	Внутреннее кровотеченіе.	—	Пузырь разорванъ. Вмѣстѣ съ послѣдомъ вышли сгустки вѣсомъ въ 1600 грм.	„	†	?
407	„	28 л. II рага.	?	Въ срокъ.	Кровотеченіе. Полное открытіе.	—	Разрывъ пузыря.	„	† (3270)	?
408	„	22 л. II рага.	?	6 мѣс.	Очень сильное кровотеченіе. Зѣвъ пріоткрытъ.	Бѣлокъ въ мочѣ. П.—110.	Разрывъ пузыря. Кровотеченіе прекратилось.	„	†	Альбуминурія.

НБ ХГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
409	Lévy. Thèse de Paris. 1911.	36 л. VII рага.	?	9 мѣс.	Очень сильное кровотеченіе. Зѣвъ пріоткрытъ.	Бѣлокъ въ мочѣ. П.—96.	Разрывъ пузыря. Кровотеченіе прекратилось.	Выздоров.	†	Альбуминурія.
410	„	26 л. I рага.	—	8 мѣс.	Кровотеченіе. Полное открытіе.	Бѣлокъ въ мочѣ. П.—112.	Разрывъ пузыря. Кровотеченіе прекратилось.	„	†	Альбуминурія.
411	„	25 л. I рага.	—	7 мѣс.	Кровотеченіе.	Бѣлокъ въ мочѣ. П.—86.	Введенъ баллонъ Champetier (450 грм.). Разрывъ пузыря и поворотъ.	„	†	Альбуминурія.
412	„	37 л. V рага.	?	7 мѣс.	Кровотеченіе.	Бѣлокъ въ мочѣ. П.—112.	Введенъ баллонъ Champetier (300 грм.). Разрывъ пузыря и поворотъ.	„	†	Альбуминурія.
413	„	40 л. IV рага.	?	7 мѣс.	Многоводіе, ягодичное положеніе, кровотеченіе.	—	Несмотря на разрывъ пузыря кровотеченіе продолжалось; ручное расширеніе шейки, извлеченіе за ягодицы.	†	†	Многоводіе.
414	„	26 л. I рага.	—	9 мѣс.	Кровотеченіе.	П.—120.	Ручное расширеніе шейки. Краніотомія.	Выздоров.	†	?
415	„	22 г. I рага.	—	9 мѣс.	Кровотеченіе.	Бѣлокъ въ мочѣ.	Разрывъ пузыря. Кровотеченіе возобновилось при полномъ открытіи. Щипцы.	„	†	Альбуминурія.
416	„	43 л. XI рага.	?	9 мѣс.	Кровотеченіе.	П.—116.	Базіотрипсія при неполномъ зѣвѣ.	„	†	?

НБХМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
417	Davies Colley. „Brit. medic. Journ. 1911. Juin.	?	?	6 мѣс.	Угрожающее кровотеченіе.	П.—110.	Введенъ баллонъ Champetier. Умерла неразрѣшившись. Матка оказалась содержащей 900 грм. сгустковъ.	†	†	Нефритъ.
418	„	? X рага.	?	9 мѣс.	Тяжелое внутреннее кровотеченіе.	П.—132.	Тампонація влагалища, баллонъ Champetier. Щипцы. На вскрытіи найденъ наружный разрывъ въ днѣ матки и 400 грм. крови въ полости брюшины.	†	†	?
419	Savage. Lévy. Thèse de Paris. 1911.	41 г. XI рага.	3 раза кровотеченіе во время берем.	9 мѣс.	Послѣ отхода водъ сильное кровотеченіе. Матка растянута, болѣзненна. При отодвиганіи головки сильное кровотеченіе.	Анэмія; колляпсъ; Пульсъ 150. Слѣды бѣлка; цилиндры.	Операція Porro: въ маткѣ вполнѣ отдѣлившійся послѣдъ и много сгустковъ.	† на 8-й день.	Живъ 2869	Альбуминурія.
420	Basset. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XXXIII, p. 421.	37 л. X рага.	Всѣ норм.	Конецъ берем.	Поперечное положеніе. Наружное кровотеченіе ничтожно. По отхожденіи водъ изслѣдованіе послѣда не обнаружило. Слабость родовыхъ болей. Prolapsus placentae.	Крайняя анэмія; одышка; безпокойство.	Когда надъ зѣвомъ былъ обнаруженъ послѣдъ, произведенъ поворотъ и извлеченіе. Вслѣдъ за плодомъ выпалъ послѣдъ съ большимъ сгусткомъ.	† ¾ часа послѣ родовъ	† 50 стм.	Поперечное положеніе (?).
421	Küster. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XXXIII, p. 517.	30 л. V рага.	При первыхъ родахъ placenta praevia.	6 мѣс.	Внезапный обморокъ, потомъ начались схватки и наружное кровотеченіе. Сердцебіеніе не слышно. Сильныя схватки. Послѣдъ въ зѣвѣ нигдѣ не опредѣляется.	—	По отхожденіи обилія водъ вышло все плодное яйцо, причемъ послѣдъ шелъ впередъ. Вслѣдъ за плодомъ обиліе сгустковъ.	Выздоров.	Выздоров. 32 стм.	Многоводіе.

НБКИМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
422	Heimann. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XXXIII, p. 517.	?	?	?	Кровотеченіе послѣ рожденія перваго плода. Поперечное положеніе второго плода. Въ зѣвѣ обнаруженъ послѣдъ. При попыткѣ разорвать пузырь—послѣдъ выпалъ.	Крайняя анэмія.	Поворотъ и извлеченіе. Послѣдъ былъ одинъ (двойни двуяйцевые).	Выздоров.	Оба живы.	Двойни. Поперечное положеніе второго плода.
423	Voigts. Deutsche medic. Wochenschrift, 1911. Nr. 49.	21 г. I para.	—	Въ срокъ.	Изъ-за слабости болей при цѣломъ пузырѣ впрыснуто 0,75 pituitrin. Черезъ 10 минутъ начались сильныя частыя схватки. Спустя полчаса появилось кровотеченіе.	Безпокойство. Пульсъ частый.	Такъ какъ послѣ разрыва пузыря кровотеченіе прекратилось, шейка расширена по Bossi; плодъ извлеченъ щипцами. Послѣдъ вышелъ немедленно, со сгустками.	„	Живъ (легкая асфиксія).	Слишкомъ сильныя боли (pituitrin).
424	Тавилдаровъ. Русскій Врачъ. 1911. № 13.	37 л. I para.	—	„	Небольшое наружное кровотеченіе. При 2-мъ пальцахъ открытія разорванъ пузырь, введенъ метрейринтеръ. Кровотеченія не было до рожденія мертваго плода, вслѣдъ за которымъ появилось сильнѣйшее кровотеченіе.	Отеки лица, стопъ. Бѣлокъ въ мочѣ.	Послѣдъ вышелъ черезъ 5 минутъ послѣ младенца; вновь появилось угрожающее кровотеченіе. 12 минутъ послѣ родовъ началась агонія.	† отъ анэміи.	†	Альбуминурія.
425	Какушкинъ. Журналъ акуш. и женск. бол. 1912. Мартъ.	? Multipara.	?	На 7-мъ мѣс.	?	?	Влагалищное кесарское сѣченіе.	† вскорѣ послѣ операціи отъ потери крови.	† (вѣсъ 1150).	?
426	„	? Multipara.	?	На 8-мъ мѣс.	?	?	Влагалищное кесарское сѣченіе.	Выздоров.	† (вѣсъ 1300).	?

19 12 г.

НБКНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
427	Кипарскій. СПБ. 1912.	30 л. V рага.	1 разъ вык. на 3-емъ мѣс. 3 раза норм. роды.	На 10-мъ мѣс.	Наружное кровотеченіе. Матка напряжена, чувствительна, — дно ея доходитъ до подреберья. Схватокъ нѣтъ. Сердцебіеніе не слышно. Шейка не сглажена, пропускаетъ палецъ.	Общее сост. тяжелое. Блѣдность; одышка. Отекъ ногъ. Въ мочѣ бѣлокъ и цилиндры.	Влагалищное кесарское сѣченіе. Перфорація и краніоклазія. Послѣдъ по Credé. Послѣ него выдѣлилось 2 сгустка, одинъ въ два кулака величиною, другой въ 1 кулакъ. Центральная часть послѣда вдавлена.	Выздоров.	†	Нефритъ.
428	„	32 г. VII рага.	Роды нормальн. 1 разъ эклямпсія.	Въ срокъ.	Многоводіе, слабыя боли. Разорванъ пузырь, выпущено много водъ. Наружное кровотеченіе.	Слабость, блѣдность.	Поворотъ на ножку и извлеченіе. Послѣдъ вышелъ черезъ 20 минутъ съ массой старыхъ и свѣжихъ сгустковъ.	„	Живъ.	Многоводіе.
429	„	23 г. II рага.	Роды длились 3 сутокъ.	На 10-мъ мѣс.	Первичная слабость болей: боли рѣдкія, слабыя, но очень болѣзненныя (морфій, хлороформъ).	—	По рожденіи перваго ребенка, рука введена во влагалище, причемъ оказалось, что предлежитъ послѣдъ второго плода (Prolapsus placentae). Роды произвольны.	„	1) живъ. 2) †	Двойни.
430	„	? VIII рага.	Кромѣ одного всѣ дѣти умирали во время родовъ (разъ была перфорація).	Въ срокъ.	Сердцебіенія нѣтъ. Полное открытіе зѣва, выпаденіе ручки; предлежитъ головка. Кровотеченіе.	—	Подъ наркозомъ заправлена выпавшая ручка. При этомъ выпала непульсирующая пуповина и масса старыхъ сгустковъ. Перфорація и краніоклазія.	„	† (2950 грм.).	Чрезмѣрная ретракція полаго мускула.
431	„	36 л. XIII рага.	Всѣ роды норм.	„	Кровоотдѣленіе во время схватокъ. Водъ нѣтъ. Сердцебіеніе было слышно лишь въ началѣ родовъ.	—	Роды произвольные. Вслѣдъ за ребенкомъ вылилась жидкая кровь и болѣе 500 грм. старыхъ сгустковъ. Послѣдъ вышелъ черезъ 20 мин.	„	† (4000 грм).	?

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
432	Кипарскій. СПБ. 1912.	22 г. III рага.	Роды норм.	Въ срокъ.	Кровотеченіе (свѣтлая кровь со старыми сгустками). Воды цѣлы.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Разрывъ плоднаго пузыря. Родился плодъ, обвитіе пуповины вокругъ шеи. Длина пуповины 37 стм.	Выздоров.	Живъ (2990 грм.).	Относительная короткость пуповины.
433	„	28 л. IV рага.	1 разъ щипцы.	„	Плоскій тазъ; кровотеченіе; нижній сегментъ растянутъ. Сердцебіеніе не слышно. У дна матки, больше справа, большой выступъ на подобіе большой на широкомъ основаніи сидящей міомы. Негелевское склоненіе.	—	Перфорація и краніоклазія. Сейчасъ же вышелъ послѣдъ со сгустками. Послѣдъ имѣлъ на ½ части своей поверхности темный сгустокъ. Тампонація матки.	„	† (3800 безъ мозга).	Механическіе моменты sub partu.
434	„	30 л. X рага.	?	-	Сильное напряженіе стѣнокъ матки. Наружнаго кровотеченія нѣтъ.	Рѣзкая анэмія; пульса нѣтъ; потемнѣніе сознанія.	Разрывъ плоднаго пузыря, поворотъ, извлеченіе съ перфорацій послѣдующей головки. Изъ матки извлечено много сгустковъ. Смерть во время операціи. Вскрытіе: На верхне-задней поверхности матки 2 поверхностныхъ разрыва серозной оболочки. Разрывъ шейки до свода.	† (отъ анэміи и паралича сердца).	† (3820 грм.).	?
435	„	35 л. VI рага.	1 разъ выкидышъ.	„	Рѣзкая боль внизу живота; животъ сталъ вздуваться, черезъ ½ часа кровотеченіе. Матка напряжена; сердцебіеніе не слышно. Шейка пропускаетъ 1 палецъ. Части плода не опредѣляются. Родовой дѣятельности нѣтъ.	Отеки ногъ и лица. Слабость; коллапсъ. Головокруженіе; зѣвота.	Введенъ метрейринтеръ при цѣломъ пузырѣ. Двуручное пальцевое расширеніе шейки. Поворотъ по Braxton-Hicks. Извлеченіе съ эвисцераціей и перфораціей головки. Послѣдъ тутъ-же выпалъ съ обиліемъ сгустковъ. Тампонація матки. Смерть. Вскрытіе: въ брюшной полости кровь. На маткѣ нѣсколько надрывовъ серозной оболочки, причемъ два изъ нихъ проникаютъ въ мускулатуру.	†	†	Нефритъ хроническій.

НБ КГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
436	Кипарскій. СПБ. 1912.	20 л. I рага.	—	На 10-мъ мѣс.	Во время схватки выдѣляется жидкость, похожая на воды съ примѣсью крови.	Въ мочѣ немного бѣлка; зернистые цилиндры.	Perineotomia. Плодъ—уродъ, мацерированный. Послѣдъ по Credé, за нимъ выдѣлился большой сгустокъ крови. На послѣдѣ старыя кровоизліянія.	Выздоров.	† мацер. уродъ (2200 грм.).	Нефритъ хронический (поздній разрывъ плоскаго пузыря ?).
437	„	35 л. IV рага.	Всѣ роды нормальны.	Начало 10-го мѣс.	Матка плотная, рѣзко напряжена. Части плода не прощупываются. Сердцебіеніе не слышно. Обильное кровотеченіе при 2½ п. открытія. Между головкою и лономъ прощупываются старые сгустки.	Въ мочѣ много бѣлка, красные кровяные шарики. Отеки ногъ, лица и кожи живота.	Разрывъ плоднаго пузыря. Плодъ мертвый. Вслѣдъ за нимъ вышелъ послѣдъ съ обиліемъ старыхъ сгустковъ.	„	† 3250 грм.	Тяжелый нефритъ.
438	„	32 г. I рага.	—	7-ти мѣс. мѣс.	Безъ видимой причины сильное кровотеченіе. Перестала слышать движенія плода. Матка больше 7-ми мѣс. беременности.	Отеки ногъ, лица, кожи живота. Въ мочѣ очень много бѣлка. Блѣдность.	Разрывъ плоднаго пузыря. Роды произвольные. Почти половина послѣда занята плотнымъ, чернымъ сгусткомъ.	„	† (1170 грм.).	Нефритъ.
439	„	38 л. VIII рага.	1 разъ былъ выкидышъ.	На 10-мъ мѣс.	Ноющія боли въ поясницѣ. Животъ вздулся. Движеніе плода прекратилось. Появилось кровотеченіе. Матка вытянута въ длину, продолговатой формы, сильно напряжена. Пузырь сильно напряженъ.	Обморокъ. Въ мочѣ бѣлокъ. Рѣзкая блѣдность.	Разрывъ плоднаго пузыря. Тампонація влагалища. Перфорація, краніоклазія. Много крови и старыхъ сгустковъ. На послѣдѣ нѣсколько углубленій, онъ фиброзно—перерожденъ.	Выздоров. (тромбозъ лѣвой ноги).	† трупное окоченѣніе.	Нефритъ хроническій.
440	„	26 л. I рага.	—	8-ти мѣс.	Было-ли кровотеченіе—не отмѣчено.	Въ мочѣ бѣлокъ. Отеки ногъ и лица.	Роды произвольны. По выходѣ плода большое количество сгустковъ старой крови.	Выздоров.	живъ (рѣзк. асф.).	Альбуминурія.

НБ КИМУ

№	АВТОРЫ.	роды. Которые	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
441	Кипарскій. СПБ. 1912.	39 л. XI рага.	2 раза были выкид.	8-ми мѣс.	Безъ видимой причины сильное кровотеченіе. Матка напряжена. Части не прощупываются. Сердцебіеніе не слышно.	Въ мочѣ слѣды бѣлка.	Двуручное растяженіе зѣва. Разрывъ плоднаго пузыря. Роды произвольные. Послѣдъ со сгустками.	Выздоров.	‡ мацериров. (2160 грм.)	?
442	„	20 л. I рага.	—	на 8-мъ мѣс.	Слабыя боли; небольшое кровотеченіе. Сердцебіеніе не слышно.	Въ мочѣ слѣды бѣлка. T° 38,4.	Произвольные роды. На послѣдѣ сгустокъ давняго происхожденія.	„	† мацерир. (1750 грм.).	?
443	„	31 г. V рага.	2 выкидыша; 1 разъ преждевр. роды.	на 10-мъ мѣс.	Матка туго напряжена, не разслабляется. Небольшое кровоотдѣленіе. Сердцебіеніе не слышно. Матка шарообразной формы, больше доношенной. Схватокъ нѣтъ.	Блѣдность; лицо одутловато. Въ мочѣ немного бѣлка.	Разрывъ плоднаго пузыря. По рожденіи плода вышло много старой крови. Послѣдъ въ сгусткахъ.	„	† (2460 грм.).	?
444	„	27 л. I рага.	—	на 9-омъ мѣс.	Соскочивъ съ экипажа, почувствовала тупую боль въ животѣ. Черезъ 2 дня сильное кровотеченіе. Сердцебіеніе не слышно.	Рѣзкая анэмія. Въ мочѣ немного бѣлка.	Тампонація влагалища. Плодъ извлеченъ за ягодицы. На послѣдѣ плотный сгустокъ, сидящій во вдавленіи. Послѣдъ фибринозно-перерожденъ. Пуповина 2 раза обвита вокругъ шеи.	„ (тромбозъ вены).	÷ (2200 грм.).	Измѣненія въ слизистой оболочкѣ матки и травма при относительной короткости пуповины.
445	„	27 л. V рага.	?	Въ срокъ.	—	—	Произвольные роды. Сейчасъ-же отходитъ послѣдъ. На немъ слѣды частичнаго преждеврем. отдѣленія.	Выздоров.	Живъ (3500 грм.).	?
446	„	22 г. I рага.	—	7-ми мѣс.	Дома кровотеченіе. Сердцебіеніе не слышно. Боли слабыя. Выдѣленіе темной крови.	—	Разрывъ плоднаго пузыря. Плодъ вышелъ съ послѣдомъ. На немъ отпечатки и вдавленіе отъ скопленій крови.	„	‡ (1250 грм.).	?

НБ КНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ бере-менности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
447	Кипарскій, СПБ. 1912.	41 г. XI рага.	2 раза были выкидыши.	7 мѣс.	Напряженно-растянутая матка (по величинѣ почти доношенная). Части плода не прощупываются. Сердцебіеніе не слышно. Пузырь рѣзко напряженъ.	Рѣзкая блѣдность, обмороки. Слѣды бѣлка.	Разрывъ плоднаго пузыря; поворотъ по Braxton-Hick'y. По извлеченіи плода вышелъ послѣдъ и много старыхъ и свѣжихъ сгустковъ. Атонія матки.	Выздоров.	† (1740 грм.).	?
448	„	42 г. XIII рага.	2 выкид. 1 разъ прежд. роды.	Конецъ беремен.	Кровотеченіе, потомъ слабыя схватки.	Отекъ лица, ногъ и кожи живота. Моча бѣлка не содержитъ.	Роды произвольные. По краю послѣда лежитъ продолговатый старый сгустокъ. Изъ матки извлеченъ большой плотный сгустокъ.	„	Живъ (2790 грм.).	Интерстиціальный нефритъ.
449	„	32 г. VII рага.	Всѣ роды нормальны.	На 9-мъ мѣс.	Вдругъ сильныя боли въ животѣ, потомъ кровотеченіе. Матка рѣзко напряжена, болѣзненна. Сердцебіенія нѣтъ.	Отекъ ногъ и лица; головокруженіе; тошнота. Помраченіе сознанія. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Разрывъ плоднаго пузыря; выпала не пульсирующая пуповина. Роды произвольные. Сейчасъ же родился послѣдъ съ массою приставшихъ сгустковъ.	„	† (1570 грм.).	?
450	Barchet. Beiträge für Geb. u. Gyn. Bd. 17. Heft 2.	19 л. I рага.	—	Въ срокъ.	Въ періодѣ раскрытія небольшое кровотеченіе. Родился первый плодъ. Сильное кровотеченіе.	—	Разрывъ второго пузыря въ половой щели. Родился мертвый плодъ. Одновременно вышелъ общій послѣдъ съ большимъ сгусткомъ.	„	1) живъ (40 стм.). 2) † (42 стм.).	Двойни.
451	„	31 г. V рага.	Всѣ роды нормальны.	„	Въ періодѣ раскрытія внезапно сильное кровотеченіе. Матка поразительно длинная, напряжена. Части плода не прощупываются. Сердцебіеніе не слышно. При отодвиганіи головки сильное кровотеченіе.	Головокруженіе, рвота, слабость. Въ мочѣ много бѣлка.	Перфорація головки, извлеченіе послѣ разсѣченія зѣва. Вслѣдъ за ребенкомъ вышелъ сгустокъ величиною въ дѣтскую голову и послѣдъ съ ретроплацентарной гематомой. Атонія матки. Тампонація.	„	† свѣжеумерш. (52 стм.).	Альбуминурія.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
452	Barchet. Beiträge für Geb. u. Gyn. Bd. 17. Heft 2.	36 л. V рага.	Всѣ роды норм.	На 10-мъ мѣс.	Безъ схватокъ, внезапно сильное кровотеченіе. Животъ раздутъ въ длину: матка напряжена; части плода не опредѣляются. Сердцебіеніе не слышно. Лѣвая круглая связка туго натянута. Схватокъ нѣтъ.	Головокруженіе. Пульсъ крайне напряженъ. Въ мочѣ $2^{0}/_{00}$ бѣлку. Гіалиновые и зернистые цилиндры.	Разрывъ плодиз го пузыря, перфорація и извлеченіе. Отхожденіе обилія темной крови. Послѣдъ съ тремя сгустками въ дѣтскую головку. Кровотеченіе. Тампонація матки. Смерть.	†	† свѣже умерш. (47 стм.).	Вскрытіемъ опредѣлено, что нефрита не было.
453	„	36 л. VII рага.	Каждый разъ кровотеченіе въ послѣродовомъ періодѣ.	Въ срокъ.	Въ началѣ родовъ значительное кровотеченіе. Матка тугая, не разслабляется во время паузы. Сердцебіеніе слабое, временами пропадаетъ.	—	Разрывъ пузыря. Роды произвольные. На послѣдѣ темная гематома величиною въ кулакъ.	Выздоров.	Живъ. (51 стм.).	?
454	„	23 г. I рага.	—	На 7-омъ мѣс.	Послѣ изслѣдованія акушеркой кровотеченіе ($^{1}/_{4}$ литра). Движенія плода прекратились. Матка сильно напряжена и болѣзненна, по величинѣ соотвѣтствуетъ 9 мѣс. берем. Сердцебіеніе не слышно.	Значительная анэмія. Въ мочѣ $5^{0}/_{00}$ бѣлку, гіалиновые и зернистые цилиндры.	Расширеніе шейки по Hegar'у. Введеніе метрейринтера. Перфорація и извлеченіе. Позади послѣда большое количество крови и черныхъ сгустковъ.	„	† (42 стм.).	Альбуминурія.
455	„	33 г. V рага.	2 раза кровотеченіе въ послѣдовомъ періодѣ; 1 разъ выкидышъ.	Въ срокъ.	Въ началѣ родовъ сильное кровотеченіе. Поперечное положеніе съ выпаденіемъ ручки.	Въ мочѣ бѣлокъ.	Поворотъ и извлеченіе. Вполнѣ отдѣлившійся послѣдъ выжатъ. Сильное фибринозное перерожденіе.	„	Живъ (3550 грм.).	Альбуминурія. Поперечное положеніе.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
456	Barchet. Beiträge für Geb. u. Gyn. Bd. 17. Heft 2.	? VI para.	1 разъ преждевременные роды.	На 9-мъ мѣс.	Схваткообразныя боли и чувство напряженія въ животѣ. Вскорѣ кровотеченіе. Движенія прекратились. Животъ туго напряженъ, болѣзненъ. Сердцебіеніе не слышно. Справа эластическое выпячиваніе.	Анэмія.	Роды произвольные. Вслѣдъ за плодомъ извергается сгустокъ величиною съ кулакъ и послѣдъ съ большой гематомой.	Выздоров.	† (слегка мацерир. 2150 гр.).	?
457	„	43 г. XVI para.	1 разъ поперечное полож.	Конецъ берем.	На 5-мъ мѣс. 2 раза было кровотеченіе. Въ началѣ родовъ кровотеченіе.	—	Поворотъ и извлеченіе. Вмѣстѣ съ туловищемъ идетъ послѣдъ, который выпадаетъ во время освобожденія ручекъ.	„	† вскорѣ. Уродъ-гидроцефалъ.	Поперечное положеніе.
458	„	30 л. IV para.	1 разъ ручное удаленіе послѣда.	Въ срокъ.	Многоводіе. Матка по отхожденіи водъ на глазахъ увеличилась; сердцебіеніе замедлилось.	Отекъ ногъ. Головокруженіе, тошнота, блѣдность.	Разрывъ плоднаго пузыря; медленное выпусканіе водъ. Поворотъ и извлеченіе. Послѣдъ выжатъ. Атонія матки. Placenta circumvallata.	„	† вскорѣ. Уродъ—polydactylia. palatum fissum.	Многоводіе.
459	Voron. Soc. de Lyon. Цит. по Zentralbl. für Gyn. 1912. Nr. 16.	?	?	?	Напряженіе матки и малокровіе были столь незначительны, что клинически не были отмѣчены.	Альбуминуріи не было.	Ретроплацентарная гематома.	?	?	Травма (эндометрита не было).
460	Labhardt. Zentralblatt f. Gyn. 1912. Nr. 23.	32 г. XI para.	7 разъ щипцы.	Въ срокъ.	Внезапно боль въ животѣ и значительное кровотеченіе. Матка напряжена, болѣзненна. Сильныя схватки. Кровь темная, жидкая.	Анэмія. Въ дальнѣйшемъ коллапсъ.	Пузырь разорванъ; зѣвъ расширенъ пальцами и насѣчками; наложены щипцы. Черезъ 10 минутъ вышелъ послѣдъ. Сгустки. Сильнѣйшее атоническое кровотеченіе: Momburg, тампонація. Amputatio uteri supravaginal. Смерть во время операціи.	†	†	?

НБКНИУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
461	Hartmann. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XXXV. Heft 5.	25 л. III рага.	Отеки и бѣлокъ при каждой берем.	6-ти мѣс.	Наружное кровотеченіе; шейка пропускаетъ пальцъ; надъ зѣвомъ ткань послѣда. Введенный въ матку баллонъ съ грузомъ вызвалъ схватки, но шейку расширилъ очень мало. Баллонъ удаленъ; вытекло обиліе смѣшанныхъ съ кровью водъ; выдѣлился плотный сгустокъ величиною въ кулакъ. При давленіи на дно матки въ половой щели показывается послѣдъ. Выпала ручка. Prolapsus placentae.	Нефритъ; сильные отеки; 14‰ бѣлка, обиліе зернистыхъ и гіалиновыхъ цилиндровъ. Анэмія; безпокойство.	Поворотъ по Braxton-Hicks'y, промываніе матки. Морфій, коффеинъ. Одышка. Смерть. Послѣдъ съ обиліемъ инфарктовъ, съ кровоизліяніемъ. Большая часть его сжата сгустками. Вскрытіе: хроническій нефритъ; гипертрофія лѣваго сердца; водянка грудной полости, перикарда и живота. Плацентарное мѣсто высоко въ днѣ матки и и сзади.	†	†	Нефритъ хроническій.
462	„	28 л. II рага.	?	на 6-омъ мѣс.	Родовыя боли начались одновременно съ кровотеченіемъ. При изслѣдованіи найдено, что воды отошли и оболочки показываются изъ половой щели. По доставленіи въ клинику во влагалищѣ найденъ послѣдъ. Окрытіе зѣва на 4 п. Prolapsus placentae.	—	Сперва удаленъ послѣдъ, потомъ поворотъ и извлеченіе. Тампонація матки.	Выздоров.	†	?
463	Zweifel. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXXVI. Festnummer.	? IX рага.	Роды норм.	10-ый мѣс.	Сильное кровотеченіе. Воды цѣлы. Плодъ мертвъ.	Крайняя анэмія. Безпокойство. Бѣлка нѣтъ. Пульсъ нитевидный.	Разрывъ пузыря, поворотъ, извлеченіе. Вслѣдъ за плодомъ вышелъ послѣдъ и сгустки. Вліваніе. Атоническое кровотеченіе. Тампонація матки. Смерть. Вскрытіе: послѣдъ сидитъ въ днѣ.	†	†	?

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
464	Zweifel. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXXVI. Festnummer.	27 г. VII рага.	?	9-ый мѣс.	Сильное наружное кровотеченіе. Плодъ мертвъ.	Бѣлка нѣтъ. Анэмія.	Поворотъ и извлеченіе. Рука опредѣлила вполнѣ отдѣлившіяся, опустившіяся послѣдъ. Атонія. Тампонація матки 3 раза. Эрготинъ; вливаніе; аутотрансфузія. Momburg. Смерть.	†	†	?
465	„	26 л. III рага.	?	9-ый мѣс.	Безъ видимой причины сильное кровотеченіе. Матка крайне напряжена. Части не опредѣляются; сердцебіеніе не слышно. Шейка пропускаетъ 1 палецъ.	Въ мочѣ мало бѣлка. Крайняя анэмія. Нв. 28%. Безъ пульса.	Введеніе кольпейринтера. Чревосѣченіе. Полная экстирпація по Doyen-Zweifel. Въ полости живота-кровь. На задней стѣнкѣ матки надрывы серознаго покрова.	Выздоровл.	†	Альбуминурія.
466	„	37 л. V рага.	Всѣ роды норм.	10-ый мѣс.	Поступила съ сильнымъ кровотеченіемъ, затампонированная. Плодъ мертвъ.	Въ мочѣ много бѣлка. Нв. 28%.	Полная экстирпація матки по Doyen-Zweifel.	„	†	Альбуминурія.
467	„	34 л. IV рага.	?	10-ый мѣс.	Родила дома при явленіяхъ преждевременнаго отдѣленія послѣда. Сильное атоническое кровотеченіе.	Въ мочѣ много бѣлка. Крайняя анэмія. Безпокойство.	Тампонація матки и влагалища безъ успѣха. Поврежденій шейки нѣтъ. Вторичная тампонада. Смерть.	„	†	Альбуминурія.
468	„	26 л. V рага.	?	9-ый мѣс.	Наружное кровотеченіе. Ножное положеніе.	Въ мочѣ бѣлокъ— 1%.	Повторный метрейризъ. Низведеніе ножки. Произвольное изгнаніе. Послѣдъ слѣдуетъ немедленно. Кровотеченіе. Швы на шейку. Ввиду продолжающагося кровотеченія экстирпація матки.	†	Живъ.	Альбуминурія.

НБ ХНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
469	Zweifel. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXXVI. Festnummer.	? IV рага.	?	9-й мѣс.	Чрезвычайно сильное наружное кровотеченіе. Плодъ мертвъ. При отодвиганіи головки обильное изверженіе крови.	Обмороки; шумъ въ ушахъ; безпокойство; одышка.	Перфорація головки. Послѣдъ слѣдуетъ немедленно. Атонія. Массажъ, эрготинъ, аутотрансфузія. Смерть. Потеря крови въ клиникѣ 1300 куб. дм.	†	†	?
470	„	? II рага.	?	8-й мѣс.	Наружное кровотеченіе. Плодъ мертвъ. Ягодичное положеніе.	Въ мочѣ бѣлокъ 7‰.	Разрывъ пузыря; низведеніе ножки; извлеченіе плода. Перфорація послѣдующей головки.	Выздоров.	† (2000 грм. безъ мозга).	Альбуминурія.
471	„	? III рага.	?	10-й мѣс.	Плоскій, рахитическій тазъ. Во время родовъ наружное кровотеченіе.	Бѣлка нѣтъ.	Высокіе щипцы. Потеря крови—800 куб. стм.	„	Живъ (3700 грм.).	?
472	„	? I рага.	—	10-й мѣс.	Наружное кровотеченіе при глубокостоящей головкѣ.	Бѣлка нѣтъ.	Наложены щипцы. Потеря крови—150 куб. стм.	„	Живъ.	?
473	„	? VI рага.	?	10-й мѣс.	Наружное кровотеченіе. Слабость болей. Плодъ мертвъ.	Бѣлка нѣтъ.	Кольпейризъ. Перфорація головки. Большіе сгустки и послѣдъ выходятъ вслѣдъ за ребенкомъ. Потеря крови — 1200 куб. стм.	„	†	?
474	„	? XIII рага.	?	10-й мѣс.	Сильное наружное кровотеченіе. Плодъ живъ.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Комбинированный поворотъ. Извлеченіе. Потеря крови въ клиникѣ—660 куб. стм.	„	† (асфиксія, не оживленъ 3150 грм.).	?

НБ ХГМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
475	Zweifel. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXXVI. Festnummer.	? I рага.	—	9-й мѣс.	Плоскій тазъ. 8 дней т. н. упала съ лѣстницы. Были истерическіе припадки. Обильное кровотеченіе въ началѣ родовъ.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Введеніе баллона Tarnier. Поворотъ. Вслѣдъ за плодомъ вышелъ послѣдъ. Потеря крови въ клиникѣ—480 к. с.	Выздоров.	†	Паденіе съ лѣстницы (?).
476	„	? I рага.	—	9-й мѣс.	Плоскій тазъ. Плодъ мертвъ.	Слѣды бѣлка.	Введеніе баллона Tarnier, кольпейризъ; перфорація. Вслѣдъ за плодомъ обиліе отчасти старыхъ сгустковъ. Атонія. Массажъ. извлеченіе сгустковъ. Потеря крови 580.	„	†	Альбуминурія.
477	„	? I рага.	—	8-й мѣс.	Наружное кровотеченіе. Плодъ мертвъ.	—	Кольпейризъ. Комбинированный поворотъ (пріемъ Siegemund).	„	†	?
478	„	? XXIII рага.	?	10-й мѣс.	Отвислый животъ. Ягодичное положеніе. Плодъ мертвъ. Наружное кровотеченіе.	Бѣлка нѣтъ.	Низведеніе ножки, по рожденіи ребенка сильное атоническое кровотеченіе. Ручное удаленіе послѣда.	„	†	?
479	„	? VI рага.	?	10-й мѣс.	Плоскій тазъ. Поперечное положеніе.	Бѣлка нѣтъ.	Внутренній поворотъ; извлеченіе. Атонія. Душъ, тампонація.	„	Живъ	?
480	„	? II рага.	?	10-й мѣс.	Кровотеченіе до начала родовъ. Плодъ мертвъ.	Бѣлка нѣтъ.	Наложены щипцы. Послѣдъ выжатъ. Атонія. Душъ.	„	†	?

НБ ХНМУ

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
481	Zweifel. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXXVI. Festnummer.	? IV рага.	?	9-ый мѣс.	Наружное кровотеченіе. Плодъ мертвъ.	Слѣды бѣлка.	Метрейризъ. Перфорація.	Выздоровл.	†	Альбуминурія.
482	„	? II рага.	?	8-ой мѣс.	Ножное положеніе. Плодъ мертвъ.	Въ мочѣ бѣлокъ.	Введенъ баллонъ Tarnier. Метрейризъ. Извлеченіе. Послѣдъ вышелъ вмѣстѣ. Потеря крови въ клиникѣ 500 грм.	„	†	„
483	„	? IV рага.	?	9-ый мѣс.	Наружное кровотеченіе. Плодъ мертвъ.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Кольпейризъ. Изгнаніе произвольное. Обиліе сгустковъ. Потеря крови въ клиникѣ 1460 к. с.	„	†	?
484	„	? IV рага.	?	10-ый мѣс.	Плоскій тазъ. Наружное кровотеченіе. Выпаденіе ручки при головномъ предлежаніи.	Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Введеніе баллона Champetier. Внутренній поворотъ и извлеченіе. Послѣдъ вышелъ съ обиліемъ сгустковъ. Потеря крови въ клиникѣ 210 к. с.		?	?
485	Холмогоровъ. Журналъ акуш. и женск. бол. 1912. Май-іюнь.	35 л. XI рага.	?	На 9-омъ мѣс.	Во время сна сильное кровотеченіе. Сердцебіеніе не слышно. Шейка почти хрящевой плотности, пропускаетъ палецъ.	Слабость; головокруженіе; блѣдность; отеки; бѣлокъ въ мочѣ.	Влагалищное кесарское сѣченіе. Поворотъ и извлеченіе какъ перваго, такъ и второго плода. Рукой удаленъ отдѣлившійся послѣдъ и сгустки.	„	† 1950 грм. † 2000 грм.	Альбуминурія.
486	Phillips. Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Empire, Vol. XXI. № 3.	33-хъ лѣтъ. XI рага.	9 родовъ. 1 выкид. кровотеч. во время и послѣ родовъ.	8½ мѣс.	Проснулась изъ-за сильной боли. Матка соотвѣтствуетъ по величинѣ доношенной беременности, напряжена. Части плода не опредѣляются. Шейка толстая, пропускаетъ 2 пальца. При изслѣдованіи—сильная струя крови.	Обмороки; блѣдность; пульсъ 120, слабый. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.	Тампонація влагалища; брюшной бандажъ. Кровотеченіе сквозь тампонъ. Надвлагалищная ампутація. Въ маткѣ много крови и сгустковъ. Послѣдъ лежалъ отдѣлившійся. Солевое вливаніе съ pituitrini'номъ; стрихнинъ, digitalin, кислородъ.	Выздоров. (омертвѣніе культи).	†	?

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
487	Окинчицъ. Русскій Врачъ, 1912. № 38.	56 л. (?) XII para.	9 родовъ, 2 выкидыша.	На 8-мъ мѣс.	Внезапно наступило безсознательное состояніе. Матка напряжена, упруга; родовой дѣятельности нѣтъ. Шейка не сглажена. Наружнаго кровотеченія нѣтъ. Установлено присутствіе свободной жидкости въ брюшной полости.	Безъ сознанія; лицо отечно; пульсъ едва прощупывается; t°—35,8; на ногахъ и частяхъ расширенія вѣнъ. Въ мочѣ много бѣлка.	Чревосѣченіе. Въ брюшной полости свободная кровь. Въ области широкихъ связокъ и вдоль боковыхъ реберъ матки четковидные узлы. У лѣваго угла матки надъ однимъ изъ такихъ узловъ брюшина разорвана. На передней поверхности матки нѣсколько трещинъ. Кесарское сѣченіе по Polano. Надвлагалищная ампутація.	Выздоров.	†	Хроническій нефритъ.
3	Berggren. Archives mens. d'Obstétrique et de Gyn. 1912. Août.	37 л. IV para.	Кровотеченіе при послѣдн. родахъ.	9 мѣс.	Въ началѣ родовъ наружное кровотеченіе. Очень болѣзненныя схватки. Матка напряжена, деревянной плотности. Части плода не опредѣляются. Справа у дна матки очень болѣзненное выпячиваніе. Зѣвъ открытъ на 2 п.; пузырь очень напряженъ. Сердцебіеніе.	Тяжкая анэмія. Въ мочѣ много бѣлка, гіалиновые, зернистые цилиндры.	Кесарское сѣченіе. Послѣдъ лежалъ совершенно свободно, большое обиліе сгустковъ. Изсѣченіе трубъ. Къ разрѣзу матки пришитъ сальникъ.	„	Живъ (асф.) 2350 грм. † на друг. день.	Почка беременныхъ.
489	Meinardus. Inaug. Dissert 1912. Berlin.	36 л. IV para.	Нормальн.	Въ срокъ.	Въ началѣ родовъ наружное кровотеченіе. Сильнѣйшая боль въ животѣ. Матка увеличена, тверда какъ дерево, очень болѣзненна. Части плода не прощупываются; сердцебіеніе не слышно. Схватки мало замѣтны.	Отеки; блѣдность; учащенное дыханіе. Въ мочѣ бѣлокъ, эпителій, зернистые цилиндры. Разстройство зрѣнія.	Пузырь разорванъ, введенъ метрейринтеръ. Съ послѣдомъ вышло 1000 куб. стм. черныхъ сгустковъ. На послѣдѣ большое вдавленіе; множество инфарктовъ.	„	† мацерир.	Почка беременныхъ.

№	АВТОРЫ.	Которые роды.	Прежніе роды.	Срокъ беременности.	Мѣстныя явленія.	Общія явленія.	ЛЕЧЕНІЕ.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.	Этіологія.
480	Meinardus. Inaug. Diss. 1912. Berlin.	28 л. V рага.	1 разъ преждевременные роды.	7-ой мѣс.	Одновременно со схватками началось кровотеченіе. Матка очень напряжена; части плода не прощупываются, сердцебіеніе не слышно. Движеній не чувствуетъ уже 4 дня. Сильныя боли въ животѣ.	Отекъ, блѣдность. Въ мочѣ много бѣлка, зернистые цилиндры, перерожденный почечный эпителій.	Пузырь разорванъ. Плодъ въ поперечномъ положеніи, родился сдвоеннымъ тѣломъ. Немедленно вышелъ послѣдъ и 650 куб. стм. черныхъ сгустковъ.	Выздоров.	† мацериров.	Хроническій нефритъ.
491	Либовъ. Врачебн. Газета. 1912. № 51.	30 л. IV рага.	Всѣ норм.	9 мѣс.	Наружное кровотеченіе. Схватокъ нѣтъ. Животъ напряженъ. Шейка пропускаетъ палецъ. Сердцебіеніе не слышно.	Анэмія. Одышка. Отекъ ногъ. Бѣлокъ въ мочѣ.	Влагалищное кесарское сѣченіе. Прободеніе. Послѣдъ по Credé. Вышло нѣсколько сгустковъ.	„	†	Альбуминурія.
492	Bickle. Brit. med. J. 1912, 6 Janv.	?	?	?	Сильное кровотеченіе при полномъ открытіи зѣва. Во время схватки головка немного понижалась, послѣ чего опять отходила обратно.	Тяжелое общее состояніе.	Наложены щипцы. Пуповина была 5 разъ обвита вокругъ шеи, немедленно перевязана и перерѣзана, послѣ чего плацентарный ея конецъ исчезъ изъ виду.	„	Живъ.	Относительная короткость пуповины.
493	„	?	?	?	Несильное кровотеченіе.	—	Наложены щипцы. Общая длина пуповины 10 дм.	„	„	Абсолютная короткость пуповины.

Исторіи родовъ.

Родовспомогательное Заведеніе.

I. 1900 г. Журналъ № 1594.

Т. М., 27-ми лѣтъ, поступила въ Р. З. 29-го мая въ 12 ч. 15 мин. пополудни. Рожала 4 раза, причемъ каждый разъ передъ родами было кровотеченіе. Послѣдніе роды (28-го апрѣля 1899-го года) сопровождались припадками эклампсіи. Въ живыхъ одинъ ребенокъ. Послѣднихъ регулъ не помнитъ, также какъ и перваго движенія. Тазъ—нормальный. Родовыя боли начались 29. V въ 10 ч. утра, одновременно началось кровотеченіе изъ родовыхъ путей. При поступленіи (12 ч. 15 мин. дня) довольно значительное кровотеченіе изъ матки. Больная очень блѣдна; жалуется на слабость. Открытіе зѣва—2½ поперечныхъ пальца; предлежитъ головка, надъ входомъ въ тазъ. Немедленно разорванъ пузырь, послѣ чего головка стала опускаться во входъ малаго таза. Кровотеченіе прекратилось. Предлежащей плаценты нигдѣ замѣчено не было. По отхожденіи водъ—окружность живота—104 стм. Признаковъ двоенъ не было. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Боли вначалѣ наблюденія довольно слабыя, впослѣдствіи, когда головка была въ выходѣ таза, прекратились совершенно. Нѣсколько разъ была рвота. Въ 2 часа 10 минутъ дня—полное открытіе зѣва. Во время прорѣзыванія головки судорожное сокращеніе мышцъ тазового дна; въ это же время роженица впала въ глубокій обморокъ. По способу Kristeller'a выдавить плодъ не удалось; пришлось прибѣгнуть къ выведенію головки по Ritgen'y.

Выведеніе туловища также замедлилось благодаря судорожному сокращенію мышцъ тазового дна. Вслѣдъ за туловищемъ выскочилъ и послѣдъ, вмѣстѣ съ обиліемъ водъ и значительнымъ количествомъ крови. Кровотеченіе остановилось послѣ массажа матки и горячихъ спрынцеваній влагалища. Продолжительность родовъ—4 ч. 50 мин. Теченіе послѣродового періода гладкое: высшая температура—37,0. Родильница выписалась на 8-ой день.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, мертвый, безъ признаковъ мацерації.

Вѣсъ—4300 грм. Длина 51 стм.

Вѣсъ послѣда—800 грм. Длина пуповины 56 стм.

Оболочки плотныя; разрывъ ихъ краевой.

„Hydramnion. Debilitas dolorum. Haemorrhagia externa. Separatio placentae praematura sub partu maturo".

II. 1900 г. Журналъ № 2743.

Л. П., 17-ти лѣтъ, I рага, поступила въ Р. З. 19 сентября въ 12 час. 40 мин. Регулы носитъ съ 12-ти лѣтъ правильно. Послѣднія крови и первое движеніе плода не помнитъ. Размѣры таза: 29—26—23—19. Окружность живота—96 стм. Боли начались 18 IX въ 12 час. ночи. Роженица жалуется на головокруженіе, большую слабость и частыя болѣзненныя схватки. Она очень анэмична, но пульсъ удовлетворительный, 92 уд. въ мин. Зрачки узкіе. Матка находится въ состояніи судорожнаго сокращенія, изъ котораго выходитъ лишь на короткое время. Наружное изслѣдованіе изъ-за напряженія матки затруднено, части плода не прощупываются; сердцебіеніе не слышно. Изъ влагалища по немногу сочится кровь. Зѣвъ пропускаетъ палецъ; края его толсты; воды цѣлы; пузырь рѣзко напряженъ. Предлежащая часть баллотируетъ надъ входомъ. Ввиду судорожныхъ схватокъ впрыснуто подъ кожу morph. mur. 0,015. Клизма изъ солевого раствора.

Въ 5 час. 40 мин. дня кровотеченіе возобновилось: прорванъ пузырь, водъ почти не было видно; предлежащая часть оказалась головкой.

Въ 7 ч. 30′ веч. Открытіе зѣва 2 п., шейка вполнѣ сглажена.

Въ 8 ч. 30′ веч. Открытіе зѣва 4 п. T° 36,7.

Въ 9 ч. 30′ веч. началось врѣзываніе головки, а въ 9 час. 45 м. веч. родился мацерированный плодъ. Вслѣдъ за плодомъ вышло большое количество свернувшейся крови; и послѣдъ. Жидкой крови было мало. Вѣсъ выѣвшихся за плодомъ сгустковъ—800 грм. Матка сокращается плохо. Животъ туго забинтованъ, на низъ живота положенъ пузырь со льдомъ, къ ногамъ грѣлки; подъ кожу эрготинъ и эфиръ.

Въ теченіе слѣдующаго часа кровотеченія не замѣчалось, матка плотна, пульсъ полный.

Продолжительность родовъ 21 час. 50 мин.

Плодъ, мальчикъ, мацерированный. Вѣсъ 2150.

Длина 47. Размѣры головки—35—12—10—7.

Вѣсъ послѣда—420 грм. Длина пуповины 42 стм., витая.

Прикрѣпленіе ея центральное. Разрывъ оболочекъ центральный. Послѣродовой періодъ осложнился эндометритомъ съ высшей t°—38,3. Выписалась 28-го сентября, на 9-й день.

Случай вошелъ въ статью д-ра Грюнинга.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa et interna. Diruptio velamentorum".

III. 1901 г. Журналъ № 986.

Е. С. 29-ти лѣтъ, III рага, поступила въ Р. З. 15-го марта въ 7 час. 40 м. веч. Послѣдніе регулы 29. VI. 1900 г. Около мѣсяца назадъ появились отеки. 23-го февраля было кровотеченіе, продолжавшееся 3 дня. Тазъ нормальный. При поступленіи бросается въ глаза сильная анэмичность роженицы. Значительные отеки ногъ, живота и лица. Больная жалуется на головокруженіе и тошноту.

Въ мочи незначительное количество бѣлка. Изъ родовыхъ путей выдѣляется кровь сгустками. Открытіе зѣва—на палецъ, пузырь напряженъ; предлежитъ крупная часть. Въ 10 час. 5 мин. веч. началось врѣзываніе ягодицъ и черезъ 5 минутъ родился мертвый недоношенный плодъ. Спустя еще 5 минутъ вышелъ послѣдъ. Такъ какъ родильница жаловалась на тошноту и головокруженіе, были назначены солевыя клизмы каждый часъ. Въ 2 часа ночи сдѣлался припадокъ, сопровождавшійся судорогами, пѣной у рта, хриплымъ, рѣдкимъ ды-

ханіемъ и безсознательнымъ состояніемъ. Возбуждающія, мускусъ, эфиръ, камфора, tra valerian.

Въ 3 часа утра безсознательное состояніе продолжается.

Т—35,3. Пульсъ 90, напряженный. Дыханіе рѣдкое, 8—12 разъ въ минуту. Больная обложена грѣлками.

Клизмы не удерживаются. Дыханіе временами совершенно прекращается, пульсъ въ эти моменты замедляется и слабѣетъ.

Камфора временно поднимаетъ пульсъ.

Въ 4 часа 15′ утра родильница скончалась.

Продолжительность родовъ 10 часовъ 20 мин.

Плодъ—дѣвочка, мертвая, недоношенная. Вѣсъ—2300 грм. Длина—41 стм. Вѣсъ послѣда—400 грм. Часть послѣда сдавлена большимъ старымъ сгусткомъ крови и рѣзко уплощена. Тамъ же, гдѣ не было кровоизліянія, ткань послѣда особенностей не представляетъ.

Длина пуповины—45 стм., гладкая. Прикрѣпленіе ея центральное.

„Nephritis gravidar. Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Anaemia gravis. Eclampsia post partum. Mors".

IV. 1901 г. Журналъ № 2206.

К. Г., 38-ти лѣтъ, IV рага, поступила въ Р. З. 29 сентября въ 12 час. 15 мин. дня. Регулы начала носить 16-ти лѣтъ, черезъ 4 недѣли, по 3 дня. Рожала 3 раза, послѣдняго $1^1/_2$ года назадъ. Беременности, роды и послѣродовые періоды протекали правильно. Послѣдніе регулы—15-го января 1901 г., первое движеніе замѣтила въ іюнѣ.

Боли начались 29 IX въ 10 час. утра. При осмотрѣ найдено: среднее тѣлосложеніе; ростъ 158 сант. плохое питаніе, блѣдножелтая окраска кожи и значительная блѣдность слизистыхъ оболочекъ. Въ мочѣ много бѣлка.

Окружность живота—104 стм., высота матки—36 стм.

Размѣры таза—30—25—22—22. При наружномъ изслѣдованіи оказалось: Матка круглой, шарообразной формы, стѣнки ея напряжены, флюктуація выражена слабо, части плода прощупываются съ большимъ трудомъ, сердцебіеніе нигдѣ не выслушивается. Боли слабыя. Пульсъ 100, достаточно полный. Открытіе зѣва на $2^1/_2$ пальца, края зѣва толсты, головка подвижна, надъ входомъ, воды цѣлы. Въ началѣ 5-го часа появилось незначительное и скоро прекратившееся кровотеченіе.

Вскорѣ—минутъ черезъ 20—кровотеченіе повторилось и на этотъ разъ довольно сильное. Зѣвъ тотъ же, края толстые, пузырь сильно напряженъ; ни предлежанія, ни низкаго прикрѣпленія дѣтскаго мѣста не опредѣляется. Пузырь прорванъ, при чемъ выдѣлилось небольшое количество водъ съ примѣсью крови. Головка вставилась въ тазъ правильно, кровотеченіе прекратилось. Роженица вскорѣ заснула, пульсъ хорошій. Въ 7 час. 40 мин.—полное открытіе зѣва; въ 8 час. родился мертвый ребенокъ; вслѣдъ за рожденіемъ его сильное кровотеченіе изъ матки; при массажѣ ея тотчасъ же вышелъ послѣдъ съ большимъ количествомъ плотныхъ, темныхъ кровяныхъ сгустковъ. Матка сократилась хорошо, но кровотеченіе продолжалось сильной струей, несмотря на энергичный массажъ матки и горячій маточный душъ. Шейка обнажена зеркалами, причемъ разрывовъ ея не обнаружено. Ввиду этого полость матки туго затампонирована марлей; при этомъ сдѣлано наблюденіе, что одно низведеніе матки пулевыми щипцами кровотеченія не прекращало. Тампонада сводовъ влагалища. Кровотеченіе остановилось. Приняты обычныя мѣры противъ малокровія: возвышенное положеніе нижней половины туловища, солевыя клизмы, обильное и горячее питье, эрготинъ, мускусъ и камфора подъ кожу, горячій пузырь на голову. Т° 35,9. Пульсъ 120. Ночью родильница была очень слаба, къ утру оправилась.

Продолжительность родовъ—10 часовъ 5 мин.

Плодъ—мальчикъ, мертвый. Вѣсъ 3300 грам., длина 51 стм. Вѣсъ послѣда ?; длина пуповины—40 стм.; прикрѣпленіе ея центральное.

Послѣродовой періодъ осложнился легкимъ эндометритомъ съ высшей t°—37,9 Выписалась на 10-й день послѣ родовъ въ удовлетворительномъ состояніи.

«Nephritis gravidar. Separatio placentae praematura, sub partu maturo. Metrorrhagia externa et interna. Metrorrhagia post partum. Tamponatio uteri. Anaemia acuta».

Случай вошелъ въ статью д-ра Грюнинга.

V. 1901 г. Журналъ № 2754.

Е. С., 29-ти лѣтъ, VII рага, поступила въ Р. З. 10-го ноября въ 6 час. 45 мин. веч. Всѣ роды правильные, дѣти большія (11—12-ти, а послѣдній ребенокъ 14-ти фунтовъ). Послѣдніе роды $1^1/_2$ года тому назадъ. Послѣ первыхъ-же родовъ животъ сталъ отвислымъ. Послѣдніе регулы 17-го января 1901 г. Первое движеніе не помнитъ. Беременность безъ особенностей. Окружность живота—116 стм. Размѣры таза—31—28—26—$20^1/_2$. Ростъ—152 стм. Опредѣлена значительная отвислость живота. Головка надъ входомъ, подвижна. Сердцебіеніе плода хорошо выслушивается справа ниже пупка по средней линіи.

При внутреннемъ изслѣдованіи опредѣляется задній видъ перваго лицевого положенія: подбородокъ вправо и кзади, лобъ слѣва и спереди. Головка надъ входомъ, мало вдавливается въ тазъ; зѣвъ открытъ на 3 пальца, растяжимъ; значительное выстояніе мыса и задней поверхности лона. Боли достаточной силы. Бинтованіе живота изъ-за отвислости его. Около 2-хъ час. 30 мин. ночи появляется кровотеченіе изъ матки: сердцебіеніе плода падаетъ. Зѣвъ открытъ на $3^1/_2$ п., легко растяжимъ до $4^1/_2$ п. Головка въ томъ же положеніи. Ввиду явленій преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста и яснаго еще сердцебіенія плода,—рѣшено приступить къ повороту. Подъ глубокимъ наркозомъ, въ полость матки введена правая рука, захвачена и низведена во влагалище правая ножка, послѣ чего при одновременномъ отдавливаніи головки кверху довольно легко законченъ поворотъ. Во время поворота ясно ощущывается свободно въ маткѣ лежащій послѣдъ. Ввиду явленій острaго малокровія тотчасъ же приступлено къ извлеченію, которое представляло затрудненія вслѣдствіе запрокидыванія лѣвой ручки. Извлеченъ младенецъ въ сильной степени асфиксіи, но оживленъ (по Шульце). Тотчасъ же за извлеченіемъ плода выдавленъ послѣдъ съ большимъ количествомъ свѣжихъ свѣтло-красныхъ сгустковъ. Сильное атоническое кровотеченіе уступило энергичному массажу матки и горячему душу. Кровоточивый разрывъ варикознаго узла у клитора и разрывъ спайки зашиты. Противъ остраго малокровія приняты обычныя мѣры. Родильница оправилась. Бѣлка въ мочѣ не найдено. Хлороформу израсходовано 50,0.

Плодъ—мальчикъ, живой—вѣсъ 4.550 грм., длина 52 стм.

Вѣсъ послѣда—650 грм. Длина пуповины—52 стм.; прикрѣпленіе ея краевое.

Послѣродовой періодъ осложнился эндометритомъ съ высшей t°—39,0.

Родильница выписалась 29-го ноября на 19-ый день послѣ родовъ.

„Facies praevia. Venter propendens. Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa. Versio in pedem et extractio foetus. Atonia uteri".

Случай вошелъ въ статью д-ра Грюнинга.

VI. 1901 г. Журналъ № 2936.

М. Щ. 44-хъ лѣтъ, IX рага, поступила въ Р. З. 25-го ноября въ 8 час. 15 мин. утра.

Регулы стала носить съ 20-ти лѣтъ, черезъ 4 недѣли, по 4 дня. Рожала 8 разъ, безъ осложненій. Живыхъ дѣтей 6 человѣкъ. Послѣдніе роды $2^1/_2$ года тому назадъ. Послѣднія крови и первое движеніе плода не помнитъ. Во время беременности страдала сердцебіеніями, а въ послѣднее время жаловалась на боли внизу живота. Роды ожидала около 5-го декабря. Вечеромъ 24-го ноября больная сильно испугалась (былъ пожаръ въ домѣ). Въ 12 часовъ ночи она легла спать; почувствовавъ позывъ на низъ, она встала и черезъ нѣсколько минутъ упала въ обморокъ. Очнувшись, она съ трудомъ дошла до своей кровати и тутъ замѣтила, что она кровоточитъ. Появились сильныя схватки, шумъ въ ушахъ и головокруженіе. Ввиду непрекращающагося кровотеченія роженица доставлена въ Р. З.

Роженица крайне анэмична; губы блѣдныя; носъ холодный; пульсъ однако довольно полный, 96—100 ударовъ въ минуту. Изъ влагалища понемногу сочится кровь. (Тѣло, бѣлье и платье запачканы и пропитаны кровью). Размѣры таза: 29—28—26—20. Окружность живота = 103 стм. Открытіе зѣва на $2^1/_2$—3 пальца; края зѣва толстые. Предлежанія дѣтскаго мѣста не опредѣляется. Ввиду кровотеченія, которое во время изслѣдованія значительно усилилось, прорванъ пузырь. 8 часовъ 45 мин. утра. Кровотеченіе почти прекратилось; сердцебіеніе плода не опредѣляется; замѣчается сильный маточный шумъ. 9 часовъ 30 мин. Роженица еще болѣе поблѣднѣла. Сильныя схватки. Жалуется на головокруженіе. Животъ сильно вздутъ; матка шарообразной формы, плотно-эластическая; части плода не прощупываются. Полное открытіе зѣва; стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ таза. При изслѣдованіи отходитъ кровь. Поставленъ діагнозъ: преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, внутриматочное кровотеченіе и смерть плода. Подъ наркозомъ наложены щипцы. Извлеченіе удается легко. За ребенкомъ сейчасъ же выходитъ послѣдъ съ массой кровяныхъ сгустковъ и чрезвычайно большимъ количествомъ жидкой крови. Матка вялая, плохо сокращается. Энергичный массажъ матки, горячій маточный душъ въ 40°; ледъ на животъ; эрготинъ подъ кожу; солевыя клизмы; autotransfusio. Несмотря на значительную анэмію, пульсъ сравнительно порядочный. Въ мочѣ найдено большое количество бѣлка. Продолжительность родовъ 7 часовъ 4 минуты. Плодъ—дѣвочка, мертвая; вѣсъ ея — 3.500 грм.; длина 48 стм. Вѣсъ послѣда — 430 грм.; длина пуповины — 60 стм.; прикрѣпленіе ея боковое.

Послѣродовой періодъ родильница перенесла безъ всякихъ осложненій Выписалась на 8-ой день послѣ родовъ, 3-го декабря.

Случай вошелъ въ статью д-ра Грюнинга.

„Nephritis gravid. Separatio placentae praematura ante partum. Metrorrhagia interna et externa. Applicatio forcipis".

VII. 1901 г. Журналъ № 3339.

М. Б., 19-ти лѣтъ, I рага, поступила въ Р. З. 29-го декабря въ 12 час. дня. Послѣднія крови—20-го мая 1901 г. Первое движеніе плода не помнитъ. Ростъ—157 стм. Размѣры таза—нормальны. Окружность живота—100 стм.

При поступленіи—полное отсутствіе болей и небольшое кровотеченіе изъ

влагалища. Открытіе зѣва на 2 пальца. Предлежащей плаценты нѣтъ. Введенъ кольпейринтеръ въ рукавъ. Въ 8 часовъ вечера—баллонъ удаленъ; кровотеченія нѣтъ. Схватокъ не было; открытіе зѣва тоже. Въ 10 часовъ 30 мин. вечера, ввиду возобновившагося кровотеченія, пузырь разорванъ съ помощью зонда. Съ трудомъ удалось вывести стопу правой ножки изъ зѣва; извлечь всю ножку невозможно. Начались боли, но очень слабыя. Въ 5 часовъ 10 мин. утра родился плодъ въ ножномъ положеніи, представлявшій цѣлый рядъ неправильностей въ развитіи: конечности рѣзко укорочены; на всѣхъ конечностяхъ по шести пальцевъ; головка изуродована; животъ чрезмѣрно великъ. По рожденіи ребенка отошло очень большое количество старой (темной) крови. Попытка выдавить послѣдъ по Credè не увѣнчалась успѣхомъ. При ручномъ выдѣленіи послѣда оказалось, что часть его лежала во влагалищѣ, въ то время какъ другая часть плотно сидѣла на стѣнкѣ матки. Матка промыта горячимъ растворомъ лизола (40‰).

Плодъ—мальчикъ, мертвый; вѣсъ его 2.400; длина 43 стм. Послѣдъ большой, дряблый, темнаго цвѣта; вѣсъ его 600 грм.; длина пуповины—54 стм. прикрѣпленіе боковое.

Теченіе послѣродового періода правильное. Высшая t^0—37,5. Родильница выписалась 6-го января на 9-ый день.

„Separatio placentae praematura partialis sub partu praematuro. Haemorrhagia externa. Diruptio velamentorum. Extractio Monstri".

VIII. 1902 г. Журналъ № 258,

Р. С., 31-го года, VII рага, поступила въ Р. З. 16-го января въ 11 часовъ вечера. Послѣднія регулы были 28-го августа 1901 г. Первое движеніе плода не помнитъ. Размѣры таза 30—28—26—$17^1/_2$.

Беременность пятимѣсячная. Шейка не сглажена, пальца не пропускаетъ. Изъ-за кровотеченія въ 1 часъ ночи введенъ кольпейринтеръ; къ утру удаленъ. Въ 12 часовъ дня status: Больная чрезвычайно анэмична, слизистыя оболочки и кожа очень блѣдны. Появилось сильное кровотеченіе. Палецъ проникаетъ лишь до внутренняго зѣва. Рѣшено провести баллонъ въ полость матки, что и было сдѣлано. Въ 10 часовъ кольпейринтеръ вышелъ самъ; вслѣдъ за нимъ выдѣлилось очень много темныхъ, старыхъ кровяныхъ сгустковъ, съ сильнымъ запахомъ. Головка вставилась въ зѣвъ. Вслѣдствіе продолжавшагося кровотеченія плодъ удаленъ рукой, послѣ чего кровотеченіе не прекращалось. Введенной съ цѣлью удаленія послѣда въ матку рукой опредѣлено, что полость ея представлялась какъ-бы двойной: одна ея часть (дно и передняя стѣнка) сокращена очень хорошо, сзади-же вслѣдствіе чрезвычайно растянутой и тонкой задней стѣнки матки имѣется большая полость, наполненная огромнымъ количествомъ сгустковъ. Послѣдъ частью отдѣленный, частью еще сидѣвшій на задней стѣнкѣ матки отсепарованъ и извлеченъ. Матка долго не сокращалась: полость ея промыта растворомъ сулемы (1 : 3000), впрыснутъ эрготинъ.

Плодъ—дѣвочка, мертвая; вѣсъ ея 200,0, длина 22 стм.

Цѣлость послѣда нарушена; на части его видны объемистыя, старыя кровоизліянія. Послѣродовой періодъ осложнился эндометритомъ и флебитомъ.

Родильница выписалась 29-го января на 12-ый день подъ расписку.

„Abortus V. m., Separatio placentae praematura sub abortu. Metrorrhagia externa et interna. Anaemia gravis. Extractio manualis foetus et placentae".

IX. 1902 г. Журналъ № 587.

У. Ф., 40 лѣтъ, VII рага, поступила въ Р. З. 8-го февраля въ 9 час. 30

мин. вечера. Послѣдніе регулы 29-го мая 1901 г. Первое движеніе плода не помнитъ. Размѣры таза: 31—27—24—19. При поступленіи кровотеченіе незначительное. Открытіе зѣва 2—3 пальца; края толстые; пузырь цѣлъ; ткань послѣда ни въ зѣвѣ, ни черезъ своды не опредѣляется. Предлежитъ головка. Сердцебіеніе плода нигдѣ прослушать не удается. Въ 11 час. 25′ веч. кровотеченіе усилилось, въ виду чего пузырь разорванъ, при зѣвѣ, открытомъ на $4^1/_2$ пальца. Малый родничекъ слѣва и спереди; стрѣловидный шовъ въ правомъ косомъ размѣрѣ таза. Въ 11 час. 40′ ночи родился плодъ; пуповина не пульсировала, въ виду чего она немедленно перевязана и перерѣзана. Черезъ 5 минутъ по рожденіи ребенка вышелъ послѣдъ со значительнымъ количествомъ сгустковъ. Послѣ этого кровотеченіе прекратилось. Продолжительность родовъ 4 час. 45 мин. Плодъ—мальчикъ, мертвый; вѣсъ его 2600 грм.; длина 48 стм. Опредѣляется ригидность всѣхъ мышцъ конечностей.

Правая рука согнута въ локтѣ, двуглавая мышца напряжена, прощупывается ввидѣ твердаго жгута. Пальцы той же руки крѣпко согнуты въ пястно-фаланговыхъ и межфаланговыхъ суставахъ. Попытка ихъ разогнуть удается лишь съ трудомъ; вскорѣ по прекращеніи насильственнаго разгибанія пальцевъ, они снова принимали прежнее согнутое положеніе. Лѣвая рука согнута въ лучезапястномъ суставѣ; кисть находится въ состояніи пронаціи. Нижнія конечности согнуты подъ угломъ нѣсколько большимъ прямого въ тазобедренныхъ суставахъ, колѣни согнуты подъ острымъ угломъ. Ввести палецъ въ ротъ можно съ трудомъ, вслѣдствіе ригидности мышцъ нижней челюсти. Ввиду того, что всѣ вышеизложенныя явленія найдены немедленно по рожденіи ребенка, сдѣлано предположеніе о трупномъ окоченѣніи плода въ полости матки.

Вѣсъ послѣда 600 грм.; длина пуповины 40 стм.; прикрѣпленіе ея центральное.

Послѣродовой періодъ осложнился гастроэнтеритомъ. Высшая t° 38,7.

Родильница выписалась 18-го Февраля на 10-й день.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa et interna. Diruptio velamentorum. Rigor mortis foetus.

X. 1903 г. Журналъ № 273.

П. Б.′ 28-ми лѣтъ, IV раза, поступила въ Р. З. 19-го января въ 11 час 30 мин. дня. Размѣры таза—30—27—25—18. Отмѣчается блѣдность и желтоватая окраска кожи. Родовыя боли правильны, черезъ 3 минуты. Второе черепное положеніе; сердцебіеніе плода ясное; части плода прощупываются легко. Въ 12 час. пополудни—полное открытіе зѣва. Въ 1 часъ 35 мин. дня, послѣ отхода водъ, появилось сильное кровотеченіе изъ половыхъ путей; сердцебіеніе плода стало глухимъ, съ трудомъ выслушивалось. Матка напряжена, вытянута въ длину, части плода стали прощупываться труднѣе. На уровнѣ пупка на стѣнкѣ матки опредѣлялась нерѣзко выраженная перетяжка. Со стороны общаго состоянія роженицы появились угрожающія явленія остраго малокровія.

Подъ вліяніемъ принятыхъ мѣръ (возвышенное положеніе ногъ, возбуждающія внутрь и подъ кожу, пузырь съ горячей водой къ головѣ) роженица нѣсколько оправилась; все-же рѣшено окончить роды посредствомъ извлеченія плода. Правой рукой, введенной въ полость матки, оттѣснена предлежавшая, довольно плотно прижатая ко входу въ тазъ головка, захвачена и низведена лѣвая ножка, при одновременномъ оттѣсненіи снаружи лѣвой рукой головки кверху.

Тотчасъ же, послѣ поворота приступлено къ извлеченію плода, удавшемуся легко. Вслѣдъ за младенцемъ изъ матки вышло большое количество свѣжихъ сгустковъ. Послѣдъ немедленно выжатъ по Credé. Горячій влагалищный душъ; эрготинъ подъ кожу. Матка сократилась хорошо. Продолжительность родовъ 14 часовъ 25 минутъ.

Моча насыщенно-краснаго цвѣта, мутна.

Въ ней опредѣлены слѣды бѣлка.

Плодъ—дѣвочка, въ глубокой асфиксіи, оживлена по Шульце. Вѣсъ ея 3350 грм.; 51 стм.

Вѣсъ послѣда 720 грм., длина пуповины 44 стм.; прикрѣпленіе ея боковое.

Послѣродовой періодъ прошелъ безъ осложненій.

Родильница выписалась на 9-ый день съ ребенкомъ.

„Albuminuria. Separatio placentae praematura sub partu maturo. Metrorrhagia externa et interna. Versio in pedem et extractio foetus. Anaemia gravis".

XI. 1903 г. Журналъ № 304.

А. А., 35-ти лѣтъ, X рага, поступила въ Р. З. 21-го января въ 8 час. 20 мин. веч. Рожала всегда безъ осложненій. Послѣдніе роды $1^1/_2$ года тому назадъ. Послѣднихъ регулъ и перваго движенія плода не помнитъ. Въ 7 час. вечера, повидимому, безъ всякой причины, появилось сильное кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. При поступленіи она крайне обезкровлена, почти безъ пульса. Назначены подкожное вливаніе солевого раствора, обильное питье, эрготинъ подъ кожу. Схватокъ не замѣтно; сердцебіеніе плода не опредѣляется. Шейка матки не сглажена, пропускаетъ палецъ, воды цѣлы, предлежаніе послѣда исключается.

Предлежитъ головка. Влагалище плотно затампонировано стерилизованной марлей. Размѣры таза: 31—29—26—20. Окружность живота—111 стм. Въ теченіе ночи схватки рѣдки и слабы. Сквозь тампонъ кровь не просачивается. Состояніе больной къ утру хотя и улучшилось, но молокровіе осталось значительнымъ и пульсъ очень слабаго наполненія. Въ 12 час. 30 дня изъ влагалища удаленъ пропитанный кровью тампонъ. Влагалище проспрынцовано сулемой (1 : 2000). Шейка все еще не сглажена пропускаетъ 2 пальца. Во время изслѣдованія кровотеченіе возобновляется. Прорванъ плоскій пузырь, введенъ кольпейринтеръ Braun'a вмѣстимостью въ 450 к. с.; къ кольпейринтеру привѣшена тяжесть.

Вскорѣ появились слабыя схватки. Въ 4 часа баллонъ вышелъ. Зѣвъ открытъ на $3^1/_2$—4 поперечныхъ пальца.

Роженица не кровоточитъ. Схватки по выхожденіи кольпейринтера почти совсѣмъ прекращаются, ввиду чего въ 9 час. веч. сдѣланъ горячій душъ, который вызываетъ сильныя схватки. Въ 12 час. ночи рождается мертвый плодъ со слабыми признаками начинающейся мацераціи. Непосредственно за младенцемъ (пуповина еще не перевязана) рождается послѣдъ съ большимъ обиліемъ темныхъ сгустковъ; свѣжей крови почти совсѣмъ нѣтъ. Матка сокращается удовлетворительно. Въ мочи—бѣлокъ. Продолжительность родовъ—37 час. 5 мин.

Плодъ—дѣвочка, мертвая; вѣсъ ея—2800 грм.; длина—49 стм.

Вѣсъ послѣда 500 грм.; длина пуповины—42 стм.; прикрѣпленіе ея центральное. Разрывъ оболочекъ центральный.

Послѣродовой періодъ безъ осложненій. Высшая t° 37,2.

Родильница выписалась 30-го января, на 7-ой день.

„Albuminuria. Separatio placentae praematura ante partum. Haemorrhagia

externa et interna. Tamponatio vaginae. Metreurysis. Diruptio velamentorum. Anaemia gravis".

Случай вошелъ въ статью д-ра Грюнинга.

XII, 1903 г. Журналъ № 773.

Е. К., 29-ти лѣтъ, III para, поступила въ Р. З. 22-го февраля въ 6 час. утра. Анамнезъ безъ особенностей. Послѣдніе роды 2 года т. н. Послѣдніе регулы въ началѣ мая 1902 г., боли начались въ 12 час. ночи. Размѣры таза—30—28—26—19. При поступленіи отмѣчено полное открытіе зѣва; воды прошли, предлежитъ лобъ (большой родничекъ слѣва и спереди; носъ справа и сзади). Головка надъ входомъ, подвижна. Во время изслѣдованія отходятъ окрашенныя меконіемъ воды и появляется порядочное кровотеченіе. Ввиду появившагося кровотеченія и паденія сердцебіенія плода—сдѣланъ поворотъ на ножку, а затѣмъ немедленное извлеченіе. Черезъ 10 минутъ вышелъ послѣдъ. Продолжительность родовъ—9 час. 50 мин.

Плодъ—мальчикъ, въ асфиксіи, оживленъ; вѣсъ его 3000 грм., длина 49 стм. Вѣсъ послѣда 500 грм., длина пуповины 52 стм.; прикрѣпленіе ея центральное. Разрывъ оболочекъ центральный.

Послѣродовой періодъ осложнился эндометритомъ съ высшей t° 39,0.

Родильница выписалась 2-го марта, на 9-ый день.

„Frons praevia. Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa. Asphyxia foetus. Versio in pedem et extractio foetus".

XIII 1903 г. Журналъ № 822.

Е. И., 40 л., X para, поступила въ Р. З. 26-го февраля въ 12 час. 20 мин. дня. Анамнезъ безъ особенностей. Послѣдніе регулы въ іюнѣ 1902 г. Первое движеніе—не помнитъ. Размѣры таза—32—29—26—20. 26-го февраля въ 11 часовъ утра внезапно и совершенно неожиданно появилось сильное кровотеченіе. При поступленіи отмѣчены рѣзко выраженные признаки остраго малокровія; кровотеченіе стихло, открытіе зѣва около 4-хъ поперечныхъ пальцевъ; пузырь напряженъ; головка надъ входомъ въ тазъ. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Плодный пузырь разорванъ; головка давленіемъ снаружи вдавлена въ полость таза; меконіума при этомъ не выдѣлилось. Ввиду тяжелаго общаго состоянія роженицы и возобновившагося кровотеченія рѣшено кончить роды наложеніемъ щипцовъ. Они наложены при зѣвѣ, открытомъ на 4 пальца, въ правомъ косомъ размѣрѣ таза на головку, находящуюся въ полости въ переднемъ видѣ второго затылочнаго положенія. Послѣ немногихъ тракцій головка стала прорѣзываться, щипцы были сняты и головка выведена при помощи ручныхъ пріемовъ. По рожденіи младенца кровотеченіе продолжалось; поэтому послѣдъ былъ немедленно выжатъ по Credé, причемъ вышло много сгустковъ и жидкой крови. Матка промыта горячей водой и туго затампонирована стерилизованной марлей (3 часа дня). Вскорѣ кровь стала просачиваться; а потому въ 6-омъ часу тампонъ извлеченъ, матка вновь промыта горячей водой и, послѣ предварительнаго впрыскиванія въ полость ея іода со спиртомъ, вторично затампонирована. Внутрь давался черный кофе съ коньякомъ; подъ кожу влитъ солевой растворъ и впрыснуто нѣсколько шприцовъ камфоры и эрготина; per rectum введено нѣсколько клизмъ изъ солевого раствора съ коньякомъ. Общее состояніе родильницы тяжелое, многократно она впадала въ обморочное состояніе. Продолжительность родовъ 3 часа 55 минутъ.

Плодъ—мальчикъ, мертвый. Вѣсъ его 3.500 грм.; длина 48 стм. Вѣсъ послѣда 500 грм.; длина пуповины—65 стм., прикрѣпленіе ея центральное.

Послѣродовой періодъ безъ осложненій. Высшая t°—38,0.

Родильница выписалась 12-го марта, на 14-ый день.

„Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia interna et externa. Diruptio velamentorum. Applicatio forcipis. Anaemia acuta. Atonia uteri gravis. Tamponatio uteri et vaginae".

XIV, 1903 г. Журналъ № 1371.

М. К., 27-ми лѣтъ, VI para, поступила въ Р. З. 5-го апрѣля въ 8 час. 30 мин. утра. Анамнезъ безъ особенностей. Послѣдніе регулы въ ноябрѣ 1902 г. Первое движеніе не помнитъ. Ввиду поста послѣдніе два дня никакой пищи не принимала. Боли начались 5-IV въ 1 часъ ночи.

Размѣры таза: 33—30—28—22. При поступленіи схватки нормальны. Шейка открыта на 1 палецъ. Въ 10 час. утра началось сильное кровотеченіе. Зѣвъ открытъ на 2 пальца. Пузырь сильно напрягается. Предлежитъ маленькая головка. Дно матки находится на серединѣ между пупкомъ и мечевидномъ отросткомъ. Ввиду наступившихъ явленій остраго малокровія рѣшено кончить роды: сдѣланъ поворотъ на ножку по способу Braxton-Hicks. Явленія малокровія усиливаются, пульсъ временами исчезаетъ, а потому приступлено къ извлеченію плода, несмотря на недостаточное открытіе зѣва. При потягиваніи за ножку, произошелъ отрывъ ея (плодъ мацерированный); по извлеченіи туловища произошелъ отрывъ головки, такъ что послѣднюю пришлось извлечь по частямъ пальцами и корнцангомъ. Послѣдъ немедленно удаленъ, матка промыта, впрыснутъ эрготинъ. Кровотеченіе остановилось. Родильница чрезвычайно слаба, пульсъ нитевидный, по временамъ исчезаетъ. Частые обмороки. Приняты слѣдующія мѣры: подкожное вливаніе физіологическаго раствора, внутрь дано вино, кофе, чай, молоко.

Продолжительность родовъ 10 часовъ.

Плодъ,—мацерированная дѣвочка; вѣсъ ея 1.300 грм.; длина 25 стм. Свѣдѣній о послѣдѣ не имѣется. Послѣродовой періодъ безъ осложненій. Высшая t°—37,8. Родильница выписалась 12-го апрѣля, на 8-ой день.

„Abortus V mens. Segaratio placentae praematura sub abortu. Haemorrhagia externa. Versio in pedem et extractio foetus macerati".

XV, 1903 г. Журналъ № 2305.

Е. В., 24-хъ лѣтъ, I para, поступила въ Р. З. 4-го сентября въ 11 час. 30 мин. вечера. Размѣры таза: 30—27—25—20. Послѣднія крови въ декабрѣ 1902 г. Первое движеніе не помнитъ. Боли начались 4-го IX въ 6 час. утра. Животъ большой; окружность его 101 стм. Роды идутъ очень медленно. 6-го IX въ 2 часа ночи отошли воды въ большомъ количествѣ. Вскорѣ началось врѣзываніе, причемъ все время изливались воды съ примѣсью крови. Ребенокъ родился безъ признаковъ жизни. Черезъ 5 минутъ вышелъ послѣдъ. Продолжительность родовъ—59 час. 35 минутъ.

Плодъ—доношенный мальчикъ, мертвый. Длина его 47 стм., окружность головки—36 стм.

Вѣсъ послѣда—500 грм.; длина пуповины—46 стм.; пуповина витая; прикрѣпленіе ея центральное.

Оболочки плотныя; мѣсто разрыва ихъ центральное. Теченіе послѣродового періода гладкое. Высшая t°—37,8. Родильница выписалась 14-го сентября.

„Hydramnion. Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa".

XVI. 1903 г. Журналъ № 2465.

М. С., 40 лѣтъ, XV рага, поступила въ Р. З. 16-го сентября въ 3 час. 55 мин. дня. Въ живыхъ пять дѣтей; послѣдняя беременность кончилась двухмѣсячнымъ выкидышемъ въ декабрѣ 1902 г. Послѣднія крови въ концѣ января 1903 г., первое движеніе въ первыхъ числахъ мая. Съ утра 16-го сентября, по словамъ роженицы, началось небольшое кровотеченіе. Размѣры таза: 32—26—25—20. Окружность живота—100 стм. При поступленіи (3 ч. 55 м. дня) выдѣленія кровянисты, необильны. Открытіе зѣва $2^1/_2$ пальца. Пузырь цѣлъ. Предлежитъ головка. Сердцебіеніе плода слышно ясно. Часа черезъ 2 по прибытіи въ Заведеніе кровотеченіе, въ началѣ совершенно остановившееся, возобновилось и стало значительнымъ. При внутреннемъ изслѣдованіи надъ зѣвомъ, слѣва и сзади, опредѣленъ край мясистаго тѣла, по консистенціи похожаго на послѣдъ. Ввиду возникшаго предположенія о низкомъ прикрѣпленіи послѣда, съ цѣлью остановки кровотеченія, разорванъ плодный пузырь, послѣ чего головка опустилась во входъ въ малый тазъ и наружное кровотеченіе прекратилось. Въ то-же время при выслушиваніи живота сердцебіенія плода опредѣлить болѣе не удалось. Общее состояніе роженицы вполнѣ удовлетворительное. Въ 8 час. 30 мин, вечера неожиданно и внезапно появились признаки внутренняго кровотеченія: роженица поблѣднѣла, пульсъ сдѣлался частымъ, слабымъ по напряженію, развилась картина остраго малокровія. Въ то же время при ощупываніи живота замѣчено, что матка значительно увеличилась въ объемѣ и приняла шарообразную форму. Боли очень слабыя. Наружнаго кровотеченія нѣтъ; открытіе зѣва безъ перемѣнъ, края его легко растяжимы. Пальцами довольно быстро удалось расширить зѣвъ почти до 5 пальцевъ открытія. Немедленно, безъ наркоза, наложены щипцы на головку, стоявшую во входѣ въ тазъ; безъ труда извлеченъ мертвый плодъ. Вслѣдъ за ребенкомъ вышло огромное количество кровяныхъ сгустковъ, а вслѣдъ за ними вышелъ и послѣдъ. Ввиду тяжелыхъ явленій остраго малокровія тотчасъ сдѣлано подкожное вливаніе солевого раствора (300 к. с.), примѣнены положеніе съ приподнятыми нижними конечностями, различныя возбуждающія средства. Пульсъ временно улучшался, но вскорѣ опять падалъ. Матка сокращалась очень плохо, причемъ нѣсколько разъ приходилось удалять изъ полости ея сгустки крови. Подъ кожу впрыснутъ эрготинъ, нѣсколько разъ сдѣланъ горячій маточный душъ, послѣ чего матка сократилась и кровотеченіе окончательно остановилось. Общее состояніе родильницы, несмотря на это, не улучшалось. Снова введенъ подъ кожу солевой растворъ (200 и 100 к. с.), сдѣлано нѣсколько солевыхъ клизмъ, примѣнены возбуждающія, бинтованіе конечностей, родильница обложена грѣлками. Несмотря на всѣ эти мѣры больная умерла въ 12 час. 50 мин. ночи т. е. 3 часа 40 мин. послѣ родовъ. Продолжительность родовъ около 9-ти часовъ. Плодъ—мальчикъ, мертвый; вѣсъ его 3.400 грм., окружность головки 36 стм.

Вѣсъ послѣда 300 грм., строеніе его губчатое; оболочки плотныя, мѣсто разрыва ихъ центральное, причемъ изслѣдованіе его обнаружило, что прикрѣпленіе послѣда не могло быть низкимъ. Длина пуповины 50 стм., прикрѣпленіе ея центральное.

„Separatio placentae praematura ante partum. Haemorrhagia externa et interna. Applicatio forcipis. Atonia uteri post partum. Anaemia acuta. Mors".

XVII. 1903 г. Журналъ № 2539.

М. А., 31-го года IV рага, поступила въ Р. З. 21-го сентября въ 4 часа 50 мин. дня. Послѣдніе роды 4 года т. н. Послѣднихъ регулъ указать не можетъ. Первое движеніе плода въ концѣ іюля.

21-го сентября въ 2 часа дня безъ видимой причины внезапно началось сильное кровотеченіе изъ половыхъ путей, вынудившее больную искать помощи въ Р. З. При поступленіи (4 часа 50 мин.) больная въ высшей степени анэмична. На лицо всѣ признаки остраго малокровія. Сильное кровотеченіе. Размѣры таза: 31—27—25—20. Окружность живота — 92 стм. Матка въ состояніи тоническаго сокращенія, напряжена.

Кровотеченіе то прекращается, то опять возобновляется.

Шейка существуетъ, очень ригидна, зѣвъ едва пропускаетъ палецъ. Пузырь цѣлъ. Предлежитъ головка, слегка отклоненная влѣво. Корнцангомъ, введеннымъ въ шейку, разорванъ пузырь; послѣ чего кровотеченіе на время остановилось. Въ матку введенъ кольпеирингеръ вмѣстимостью въ 200 к. с.; привѣшена тяжесть (6 ч. 10 мин. веч.).

Общее состояніе тяжелое, пульсъ малый, 120—150 въ минуту. Въ виду того, что роженица опять начала понемногу терять кровь, рѣшено еще болѣе ускорить роды. Баллонъ удаленъ, введенъ расширитель Bossi (7 час. вечера), шейка расширена до $5^1/_2$ стм., сдѣлано прободеніе головки, наложенъ краніокластъ и въ 7 час. 50 мин. веч. извлеченъ плодъ. Черезъ 10 минутъ вышелъ послѣдъ. Продолжительность родовъ 6 час. 5 мин.

Подкожное вливаніе солевого раствора (200 к. с.), впрыскиваніе эрготина, 2 солевыхъ клизмы. Такъ какъ родильница повременамъ кровоточитъ, въ 2 часа 30 мин. ночи произведена тугая тампонація матки. Въ 6 час. утра пульсъ сталъ слабѣть. Сознаніе полное. Приняты слѣдующія мѣры: 2 шприца ol-camphorae, шприцъ эфира, trae Moschii, 400 к. с. солевого раствора подкожно.

Въ 7 час. 35 мин. утра началась агонія и къ 8 час. утра родильница скончалась.

Плодъ—дѣвочка, мертвая; вѣсъ ея 850 (безъ мозга); длина 32 стм. Вѣсъ послѣда—300 к. с. Длина пуповины 30 стм. Прикрѣпленіе ея центральное. Разрывъ оболочекъ боковой.

„Separatio placentae praematura ante partum. Haemorrhagia externa et interna. Anaemia acuta. Metreurysis. Dilatatio modo Bossi. Perforatio capitis et Cranioclasia. Atonia uteri post partum. Mors".

XVIII. 1903 в. Журналъ № 3214.

А. К., 39-ти лѣтъ, X рага, поступила въ Р. З. 11-го ноября въ 1 час. 45 мин. дня. Анамнезъ безъ особенностей. Послѣдніе регулы въ апрѣлѣ 1903 г. Первое движеніе не помнитъ. 11-го ноября въ 7 час. утра безъ видимой причины началось кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. По совѣту, вызваннаго къ больной врача, она доставлена въ Заведеніе.

Больная въ тяжеломъ состояніи, крайне анэмична, слаба, на вопросы не отвѣчаетъ. Губы ціанотичны. Т° 35,6. Пульсъ неровный, съ перебоями, слабаго наполненія, 96 ударовъ въ минуту, Тоны сердца глухіе; у верхушки акцентъ на второмъ тонѣ Легкіе измѣненій не представляютъ. При катетеризаціи пузыря не получилось ни капли мочи. Матка соотвѣтствуетъ 7-ми мѣсяцамъ беременности. Спинка справа; мелкія части слѣва; надъ входомъ въ тазъ баллотирующая головка. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Слизистая входа во влагалище

синюшна; изъ полости матки порядочное кровотеченіе; шейка существуетъ; какъ наружный, такъ и внутреній ѣвъ проходимы для 1½ пальцевъ; пузырь цѣлъ; предлежитъ головка.

Ввиду крайне тяжелаго состоянія роженицы, рѣшено приступить къ прободенію головки. Послѣ обычнаго обеззараживанія пузырь былъ разорванъ, шейка обнажена зеркалами и низведена пулевыми щипцами. Кожа головки захвачена щипцами Мюзе, надрѣзана и отсепарована пальцемъ. Перфораторомъ проф. Н. Н. Феноменова легко удалось просверлить головку; введенной въ черепъ острой ложкой разрушена и удалена часть мозга, наложенъ краніокластъ Braun'a, медленно выведена головка, послѣ чего легко выведено туловище. Послѣдъ вышелъ при легкомъ давленіи на дно матки немедленно за рожденіемъ ребенка; при этомъ выдѣлилось большое количество сгустковъ. Обнаруженъ правосторонній разрывъ шейки, на который наложено 3 кэтгутовыхъ шва. По выходѣ послѣда матка сокращалась плохо, кровотеченіе не уступало обычнымъ мѣропріятіямъ, а потому матка затампонирована стерилизованной марлей. Подъ кожу впрыснуто 2 шприца камфоры, 2 шприца эрготина, влито 250 куб. стм. солевого раствора. Далѣе приняты слѣдующія мѣры: бинтованіе ногъ, возвышенное ихъ положеніе, пузырь съ горячей водой на голову, клизмы изъ физіологическаго раствора съ коньякомъ, вино внутрь. Послѣ операціи родильница нѣсколько оправилась; пульсъ 108, съ перебоями, средняго наполненія. T° 36,1.

Продолжительность родовъ 67 час. 45 мин. (?).

Плодъ—мальчикъ; вѣсъ 2000 грм.; длина 45 стм.

Вѣсъ послѣда 350 грм., длина пуповины—42 стм.; прикрѣпленіе ея центральное. Разрывъ оболочекъ краевой.

Послѣродовой періодъ безъ осложненій; высшая t 38,0.

Родильница выписалась 20. XI, на 9-ый день.

«Haemorrhagia externa et interna. Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Perforatio capitis et cranioclasia. Ruptura cervicis. Anaemia gravis. Atonia uteri post partum. Tamponatio uteri".

XIX. 1903 г. Журналъ № 3385.

А. И., 41-го года, VI рага, поступила въ Р. З. 16-го ноября въ 6 часовъ вечера. Послѣднихъ регулъ и перваго движенія плода не помнитъ. Боли начались 16-го XI въ 4 часа дня. При поступленіи отмѣчено: Матка все время въ состояніи тоническаго сокращенія; части плода не прощупываются; сердцебіеніе плода не выслушивается. (По словамъ роженицы, она уже 3 дня не слышитъ движеній ребенка). Шейка длинная, твердая, цервикальный каналъ пропускаетъ 1½ пальца. Плодный пузырь напряженъ; головка баллотируетъ надъ входомъ. Въ 8 часовъ вечера: изъ половыхъ путей показалась кровь. Ввиду кровотеченія и малокровія роженицы — рѣшено ускорить роды; плодный пузырь разорванъ и введенъ въ матку кольпейринтеръ съ цѣлью вызвать болѣе скорое открытіе шейки и имѣть возможность, при наличности къ тому показаній, кончить роды. Баллонъ (вмѣстимостью въ 150 к. с.) черезъ 20 минутъ выпалъ, расширивъ шейку до 3-хъ пальцевъ. Схватки потеряли свой судорожный характеръ; и въ 12 час. 40 мин. ночи родился мертвый 7-ми мѣсячный плодъ. Немедленно выдавленъ послѣдъ совмѣстно съ большимъ количествомъ старыхъ и свѣжихъ сгустковъ. Послѣдъ весь перерожденъ; маточная его поверхность покрыта сгустками. Продолжительность родовъ 8 час. 35 мин.

Плодъ—дѣвочка, мертвая. Вѣсъ ея 2.030 грм.; длина 34 стм.

Вѣсъ послѣда 500 грм.; длина пуповины 30 стм.; разрывъ оболочекъ центральный.

Послѣродовой періодъ прошелъ гладко. Родильница выписалась на 9-й день.

„Partus praematurus. Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa et interna. Metreurysis".

XX. 1904 г. Журналъ № 144.

А. Д., 32-хъ лѣтъ, VIII рага, поступила въ Р. З. 8-го января въ 9 час. веч. По словамъ доставившихъ роженицу врача и акушерки, у больной въ 3 час. 30 мин. дня появилось сильное кровотеченіе. Будучи приглашенъ къ больной, въ 7 час. веч. врачъ нашелъ ее въ тяжеломъ состояніи остраго малокровія, съ упорной рвотой; и ввиду неподходящей домашней обстановки настоялъ на поступленіи роженицы въ З.—Размѣры таза: 31—28—26—20. Общее состояніе тяжелое; кожа и видимыя слизистыя оболочки чрезвычайно блѣдны; губы обезкровлены; пульсъ малый, частый (120 въ минуту) временами выпадаетъ. Тоны сердца глухи. Рвота почти безпрерывна, съ примѣсью крови. Сердцебіеніе плода сомнительно. Изъ половыхъ путей течетъ алая кровь сильной струей. Шейка не совсѣмъ сглажена; зѣвъ открытъ на 2 пальца; пузырь напряженъ, край послѣда нигдѣ не опредѣляется; предлежащая головка въ верхней части полости малаго таза. Пузырь разорванъ, головка немедленно стала опускаться въ полость; края зѣва плотно прилегаютъ къ головкѣ. Кровотеченіе прекратилось. Появились довольно сильныя схватки. Приняты слѣдующія мѣры: 3 шприца Ol. camphorae подъ кожу, внутрь дано вино и большое количество жидкости, сдѣлано нѣсколько солевыхъ клизмъ. Пульсъ сталъ нѣсколько оправляться. Спустя 20 минутъ кровотеченіе возобновилось. Приступлено къ внутреннему изслѣдованію: зѣвъ уже не такъ плотно прилегаетъ къ головкѣ; открытіе его—3½ п.; при легкомъ отодвиганіи головки вверхъ, изливается обиліе крови; сзади и очень высоко прощупывается сгустокъ или край послѣда (?). Сердцебіеніе плода не слышно. Рѣшено кончить роды немедленно, такъ какъ общее состояніе роженицы ухудшалось на глазахъ. Безъ наркоза, зеркалами обнажена головка; кожа ея захвачена Мюзе'евскими щипцами и надрѣзана, въ дѣтскій черепъ введенъ перфораторъ прф. Н. Н. Феноменова, мозгъ разрушенъ; наложенъ краніокластъ и головка извлечена легко и скоро. Вслѣдъ за плодомъ вышелъ большой сгустокъ крови, и за нимъ послѣдъ. Послѣ рожденія ребенка, несмотря на принятыя мѣры (горячій маточный душъ, 3 шприца эрготина подъ кожу) кровотеченіе продолжалось, матка упорно не сокращалась. При осмотрѣ шейки на зеркалахъ, поврежденій ея нигдѣ не обнаружено. Матка туго затампонирована стерилизованной марлей. Подъ кожу влито большое количество физіологическаго раствора, впрыснуто ol. camphorae. Состояніе родильницы все болѣе ухудшалось, пульсъ выпадалъ, зрачки расширены, появились признаки слабости сердца; и больная скончалась при явленіяхъ отека легкихъ и паралича сердца. Продолжительность родовъ 8 час. 35 минутъ.

Плодъ — мальчикъ; вѣсъ его 3.300 грм., безъ мозга; длина его 47 стм. Послѣдъ блѣдный, обезкровленный, на немъ большое вдавленіе отъ сидѣвшаго тутъ сгустка.

Вѣсъ его—500 грм. Оболочки плотныя; разрывъ ихъ боковой.

„Separatio placentae praematura ante partum. Haemorrhagia externa et interna. Anaemia acuta. Perforatio capitis et cranioclasia. Atonia uteri post partum. Mors".

XXI. 1904 г. Журналъ № 213.

Е. И. 21-го года, I рага, поступила въ Р. З. 12-го января въ 10 час. 30 мин. вечера. Послѣднія крови 19. IV. 1903 г.; первое движеніе 8-го IX. Родовыя боли начались 12—I въ 8 час. веч. Въ 9 часовъ 30 мин. показалась изъ влагалища кровь. Приглашенный къ роженицѣ врачъ засталъ ее съ сильнымъ кровотеченіемъ. Общее состояніе было удовлетворительно; пульсъ нечастый, хорошаго наполненія. Матка находилась въ длительномъ сокращенномъ состояніи; изъ-за напряженія ея нельзя было опредѣлить положенія плода. Сердцебіеніе его не прослушивалось. При внутреннемъ изслѣдованіи съ трудомъ проведенъ палецъ черезъ каналъ шейки, еще вполнѣ сохранный. Предлежитъ головка. Оболочки разорваны, отошли воды съ кровью, послѣ чего кровотеченіе стало меньше. Роженица доставлена въ Р. З., гдѣ немедленно каналъ шейки и влагалище затампонированы ксероформенной марлей. Черезъ 20 минутъ пришлось убѣдиться, что кровь просачивается черезъ тампонъ. Рѣшено приступить къ accouchement forcé. Сначала шейка расширена крупными номерами расширителей Hegar'a (15—17), введенъ расширитель Bossi, безъ насадокъ; въ теченіе 5-ти минутъ шейка расширена до 3-го дѣленія, затѣмъ надѣты насадки и въ теченіе дальнѣйшихъ 25-ти минутъ расширеніе доведено до 6-го дѣленія. Вслѣдъ за этимъ произведено прободеніе головки по способу проф. Н. Н. Феноменова; наложенъ краніокластъ Braun'a на лѣвую половину головки. 2 раза инструментъ срывался, вырывая кости черепа; послѣ наложенія его въ третій разъ выведеніе головки пошло успѣшнѣе. На помощь краніокласту взяты еще остроконечные зажимы, которыми послѣдовательно захватывались показывающіеся изъ-за зѣва отдѣлы головки. По выведеніи головки приступлено къ извлеченію туловища, при чемъ замѣчено, что головка отрывается; тогда и туловище захвачено остроконечными зажимами, сдѣлана передняя Cleidotomia, послѣ чего съ трудомъ удалось извлечь туловище. Вслѣдъ за плодомъ изъ полости матки вышло нѣсколько большихъ сгустковъ и послѣдъ. При осмотрѣ шейки съ помощью зеркалъ опредѣленъ лѣвосторонній, неправильный разрывъ шейки, зашитый 8-ю швами. Во время зашиванія разрыва, матка нѣсколько разъ распускалась и сильно кровоточила. Впрыснутъ подъ кожу эрготинъ. Примѣненъ массажъ матки, давящая повязка, горячій душъ. Подъ кожу влито 200 к. с. солевого раствора. Продолжительность родовъ 6 часовъ 15 минутъ, продолжительность операціи 1 часъ 45 минутъ. Общее малокровіе значительно. Пульсъ понемногу началъ оправляться.

Плодъ—дѣвочка, съ признаками зрѣлости.

Свѣдѣній о послѣдѣ нѣтъ.

Теченіе послѣродового періода гладкое. Родильница выписалась 25. I, на 13-ый день.

„Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa et interna. Accouchement forcé. Atonia uteri post partum".

XXII. 1904 г. Журналъ № 731.

А. А. 30-ти лѣтъ, II рага, поступила въ Р. З. 15-го февраля въ 10 час. 15 мин. утра. Первые роды благополучны, 6 лѣтъ назадъ. Послѣднія крови въ іюнѣ 1903 г. Родовыя боли начались 15. II въ 8 час. 30 мин. утра. Вскорѣ послѣ начала болей отошли воды. Размѣры таза: 32—28—26—21.

Съ момента поступленія роженицы, при слабой родовой дѣятельности, не вполнѣ сглаженной шейкѣ и пріоткрытомъ на одинъ палецъ внутреннемъ зѣвѣ, замѣчено истеченіе изъ влагалища крови, сначала жидкой, часамъ же къ 12-ти

со сгустками. Сердцебіеніе плода не выслушивалось. Къ часу дня кровотеченіе усилилось, ввиду чего рѣшено ускорить роды.

Подъ хлороформеннымъ наркозомъ введенъ въ полость матки малый кольпейринтеръ Коптева (120 куб. ст. воды); при постепенномъ потягиваніи его и методическомъ наполненіи изъ баллона, соединеннаго съ конечной его трубкой, черезъ 12 минутъ достигнуто стойкое расширеніе шейки на 1 палецъ. Затѣмъ введенъ большой кольпейринтеръ Коптева, который черезъ часъ лопнулъ и былъ извлеченъ.

Открытіе на 2 пальца, края зѣва малоподатливы. Такъ какъ кровотеченіе замѣтно усилилось, приступлено къ расширенію маточнаго зѣва по Bossi (съ колпачками). Въ 10 минутъ зѣвъ раскрытъ до 3-хъ поперечныхъ пальцевъ, что соотвѣтствуетъ 6-ти дѣленіямъ; послѣ чего введенной въ матку правой рукой произведенъ поворотъ на ножку. Онъ представлялъ затрудненіе, такъ какъ захватыванію и низведенію ножки мѣшалъ свободно лежавшій въ маткѣ послѣдъ.

Тотчасъ за поворотомъ произведено извлеченіе плода. Немедленно выжатъ послѣдъ. Вышло очень много свѣжихъ сгустковъ. Полость матки промыта горячей водой; въ нижній отрѣзокъ ея введенъ марлевый дренажъ. Ergotin подъ кожу, ледъ на животъ. Явленія малокровія не рѣзкія. Продолжительность родовъ 6 час. 35 мин.

Плодъ—мальчикъ, мертвый; вѣсъ его 1000 грм.; окружность головки 29 стм. Послѣдъ видимыхъ измѣненій не представляетъ; вѣсъ его 150 грм.

Теченіе послѣродового періода гладкое. Родильница выписалась 23. II. на 8-ой день.

«Separatio placentae praematura sub partu praematuro 7½ mens. Haemorrhagia externa et interna. Metreurysis modo Koptewi. Dilatatio Bossi. Versio in pedem et extractio foetus».

XXIII. 1902 г. Журналъ № 787.

М. Р., 43-хъ лѣтъ, XIII рага, поступила въ Р. З. 19-го февраля въ 6 часовъ 45 минутъ вечера. Всѣ роды благополучны; въ живыхъ пятеро дѣтей. Послѣдніе роды 3 года тому назадъ. Послѣднія крови 6-го мая 1903 г. Первое движеніе 23-го сентября 1903 г. За день до поступленія (18-го. II) сильно отступилась при мытьѣ оконъ. Родовыя боли начались 19-го II въ 12 час. дня.

Въ пріемной комнатѣ появилось сильное кровотеченіе; роженица немедленно поднята въ операціонную. Роженица блѣдная, истощенная женщина. Пульсъ едва ощутимъ. Жажда. Потемнѣніе въ глазахъ. Явленія остраго малокровія. Сердцебіеніе плода не прослушивается. Размѣры таза: 30—27—25—20. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: Шейка сглажена, зѣвъ открытъ на 2 п., края зѣва тонкіе, растяжимые, пузырь цѣлъ, предлежитъ головка въ первомъ затылочномъ положеніи. Рѣшено кончить роды перфораціей. Пока дѣлали необходимыя приготовленія, прошли воды. Открытіе зѣва увеличилось до 4-хъ п.; наложены щипцы на головку, стоявшую въ полости таза, стрѣловиднымъ швомъ въ правомъ косомъ размѣрѣ таза. 2—3 тракціями головка выведена—извлеченъ мертвый плодъ. Вмѣстѣ съ плодомъ родился послѣдъ. Подъ кожу впрыснуто 2 шприца камфоры, сдѣлана солевая клизма, горячій влагалищный душъ. Матка сократилась хорошо; кровотеченія не было.

Плодъ—дѣвочка, мертвая; вѣсъ ея 3450 гр.; длина 53 стм.; окружность головки—35 стм. Вѣсъ послѣда—350 гр.; длина пуповины 50 гр.; прикрѣпленіе ея центральное. Оболочки дряблыя, разрывъ ихъ боковой.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 28-го II на 9-й день.

«Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa. Anaemia acuta. Applicatio forcipis».

XXIV. 1904 г. Журналъ № 1355.

А. Я., 28-ми лѣтъ, IV рага, поступила въ Р. З. 30-го марта въ 4 часа дня. Послѣднія крови кончились около 10-го іюля 1903 г.

Въ 2 часа ночи 30-го III началось кровотеченіе изъ родовыхъ путей.

Приглашенный врачъ туго затампонировалъ влагалище и направилъ больную въ каретѣ скорой помощи въ З., гдѣ она прибыла въ 4 часа дня. Размѣры таза: 31—27—25—20. Окружность живота 110 стм. Матка шарообразной формы, очень напряжена, прощупать части плода не удается. Сердцебіеніе плода не слышно; движеній его больная не ощущаетъ, съ 4-хъ часовъ утра.

Удаленъ тампонъ изъ влагалища; шейка оказалась сглаженной, зѣвъ открытъ на 2½ п., края его растяжимы, податливы, пузырь цѣлъ, предлежитъ головка. Кровотеченіе порядочное. Родовыя боли начались лишь при поступленіи въ З., въ 4 часа дня. Плодный пузырь разорванъ, послѣ чего наружное кровотеченіе прекратилось. Вышло нѣкоторое количество водъ, сильно окрашенныхъ кровью. Головка опустилась въ тазъ. Сдѣлана солевая клизма, дано вино и валеріановыя капли.

Пульсъ 96, средняго наполненія.

Въ 5 часовъ дня уже полное открытіе зѣва, головка въ полости.

Вслѣдствіе неудовлетворительнаго общаго состоянія роженицы и слабой родовой дѣятельности, роды были закончены наложеніемъ щипцовъ. Послѣдъ вышелъ черезъ 20 минутъ. Продолжительность родовъ 1 часъ 20 минутъ. Ввиду атоническаго кровотеченія, впрыснутъ эрготинъ, сдѣланъ горячій влагалищный душъ; массажъ матки, ледъ на животъ, подкожное вливаніе солевого раствора.

Плодъ — мальчикъ, мертвый; вѣсъ 3540 грм., длина — 53 стм.; окружность головки 37 стм. Вѣсъ послѣда 400 грм. Длина пуповины 40 стм., прикрѣпленіе ея центральное. Мѣсто разрыва оболочекъ центральное.

Теченіе послѣродового періода не гладко. Были явленія раздраженія брюшины. Высшая t° 39,9. Выписалась 7. V на 10-ый день.

„Separatio placentae praematura ante partum. Haemorrhagia externa et interna. Anaemia acuta. Debilitas dolorum. Applicatio forcipis".

XXV. 1904 г. журналъ № 2224.

А. З., 33-хъ лѣтъ, X рага, поступила въ Р. З. 4-го августа въ 4 часа 5 минутъ утра. Въ живыхъ одинъ ребенокъ. Послѣдніе роды 3 года назадъ щипцы). Послѣднія крови 1-го ноября 1903 г. Первое движеніе въ концѣ марта. Въ теченіе настоящей беременности были отеки лица и ногъ. Двѣ недѣли тому назадъ было небольшое кровотеченіе, продолжавшееся недолго. Въ ночь на 4-ое августа, въ 2 часа, безъ всякой видимой причины появилось кровотеченіе, заставившее больную немедленно поступить въ З. Размѣры таза: 31—29—26—21. Окружность живота 105 стм. Общее состояніе роженицы удовлетворительно. Пульсъ 108 въ минуту, ровный, средняго наполненія. Матка не напряжена. дно ея у мечевиднаго отростка. Положеніе плода 2-ое головное.

Схватки черезъ 5 минутъ, короткія. Сердцебіеніе плода рѣзко замедленное, 80 въ минуту, справа ниже пупка. Небольшое кровотеченіе изъ родовыхъ путей. Шейка существуетъ, зѣвъ открытъ на 2 п., края его толстые. Пузырь цѣлъ, плоскій. Ниггдѣ ткани послѣда опредѣлить не удается. Предлежащая головка надъ входомъ въ тазъ. Ввиду того, что кровотеченіе все продолжалось, разорванъ пузырь, въ матку введенъ метрейринтеръ средняго размѣра (250 куб. с. воды).

Кровотеченіе уменьшилось. Схватки стали чаще и продолжительнѣе. Въ 8 часовъ утра метрейринтеръ выпалъ; кровотеченіе вновь усилилось. Общее состояніе роженицы ухудшилось; сердцебіеніе плода больше не выслушивается. Шейка сглажена, зѣвъ пропускаетъ 3 п. Рѣшено кончить роды перфораціей. Въ 8 час. 30 мин. утра безъ наркоза, при помощи зеркалъ, кожа головки захвачена щипцами Мюзе. Головка просверлена перфораторомъ проф. Н. Н. Феноменова; наложенъ краніокластъ Braun'a; плодъ извлеченъ. По рожденіи младенца немедленно выпало дѣтское мѣсто съ большимъ количествомъ кровянныхъ сгустковъ. Матка сокращалась плохо: сдѣланъ горячій маточный душъ (40°), подъ кожу впрыснуто 2 шприца эрготина. Кровотеченіе остановилось. Въ заключеніе влито подъ кожу 100 к. с. солевого раствора и впрыснуто 2 шприца камфоры.

Продолжительность родовъ 6 часовъ 30 минутъ.

Плодъ — мальчикъ, мертвый; вѣсъ его 3200 грм. (безъ мозга); длина его 49 стм. Вѣсъ послѣда—450 гр.

Пуповина витая; длина ея 37 стм.; прикрѣпленіе ея боковое. Оболочки плотныя, разрывъ ихъ боковой. Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 13. VII, на 9-ый день.

„Separatio placentae praematura ante partum. Haemorrhagia externa et interna. Diruptio velamentorum. Metreurysis. Perforatio capitis et cranioclasia. Atonia uteri post partum".

XXVI. 1904 г. Журналъ № 2843.

А. Д., 22-хъ лѣтъ, II рага, поступила въ Р. З. 21 сентября въ 12 час. 40 минутъ ночи. Первые роды въ 1900 г. Послѣднія крови 13. I 1904 г. Перваго движенія не помнитъ. Вечеромъ 18. IX (т. е. за 2 дня до начала болей) появилось кровотеченіе безъ всякой видимой причины. Въ теченіе слѣдующаго дня кровопотеря была значительная. 20-го въ 5 часовъ вечера начались родовыя боли. При поступленіи: общее состояніе тяжелое, рѣзко выражены признаки острого малокровія. При изслѣдованіи влагалище оказалось выполненнымъ ватными шариками (введенными акушеркой на дому); шейка сглажена; зѣвъ открытъ на 3 пальца; пузырь плоскій, напрягается. Схватки рѣдкія, но сильныя. Пузырь вскрытъ. зѣвъ пальцами расширенъ до полнаго открытія; приступлено къ выжиманію плода по Kristeller'у, что черезъ 25 минутъ привело къ рожденію плода. Тотчасъ же за плодомъ вышелъ послѣдъ. Кровотеченіе остановилось. Пульсъ сталъ оправляться Подъ кожу влито 100 к. с. солевого раствора. Продолжительность родовъ 8 час. 25 мин. Плодъ—дѣвочка, мертвая, недоношенная; вѣсъ ея 2250 гр.; длина 41 стм., окружность головки 32 стм. Вѣсъ послѣда 400 гр. Маточная его поверхность покрыта темными, старыми сгустками. Пуповина прямая, длина ея 40 стм.; прикрѣпленіе краевое, оболочки дряблыя, разрывъ ихъ центральный. Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 28. IX на 8-ой день.

„Separatio placentae praematura sub graviditate. Haemorrhagia externa et interna. Diruptio velamentorum. Dilatatio cervicis digitalis. Expressio foetus modo Kristeller".

XXVII. 1904 г. Журналъ № 3218.

А. И., 18-ти лѣтъ, I рага, поступила въ Р. З. 26-го октября въ 10 час.

30 мин. вечера. Родовыя боли начались въ 4 часа дня. Воды прошли 17 октября въ 1 часъ 15 мин. ночи. Безъ видимой причины во время родовъ появилось значительное кровотеченіе. Плодъ родился мертвый, съ пуповиной, обвитой 2 раза вокругъ шеи и сильно натянутой. Послѣдъ вышелъ черезъ 25 минутъ. Продолжительность родовъ 10 час. 10 мин. Плодъ — мальчикъ, мертвый; вѣсъ 3500 грм.; длина 52 стм.; окружность головки 36 стм. Вѣсъ послѣда 350 грм.; на участкѣ его, прилегающемъ къ краевому разрыву оболочекъ, помѣщаются объемистые сгустки.

Длина пуповины 52 стм.; прикрѣпленіе ея центральное. Оболочки плотныя; разрывъ ихъ краевой.

Теченіе послѣродового періода негладкое; было повышеніе температуры до 40°. Родильница выписалась 25-го октября, на 9-ый день.

„Separatio placentae praematura sub partu maturo e brevitate funiculi umbilicalis relativa. Haemorrhagia externa et interna."

XXVIII.. 1004 г. Журналъ № 3980.

М. Б., 28-ми лѣтъ, III рага, поступила въ Р. З. 15-го декабря въ 10 час. 35 мин. веч. Послѣдніе роды 3½ года назадъ.

Указать время послѣднихъ регулъ и перваго движенія плода не можетъ. Родовыя боли начались 15-го декабри въ 10 час. веч.

Размѣры таза: 32—29—26—21. Окружность живота—103 стм.

Значительное кровотеченіе при существующей шейкѣ, пропускающей 1 палецъ; рѣшено ускорить роды. Инструментомъ Bossi шейка медленно расширена до 4-хъ дѣленій; во время расширенія отошли воды. Зѣвъ открытъ на 3—3½ пальца, предлежатъ ягодицы, захвачена и низведена ножка. Плодъ медленно извлеченъ. По рожденіи ребенка, выдѣлилось много сгустковъ, и кровотеченіе продолжалось. Тогда рукой введено въ матку, при чемъ оказалось, что послѣдъ частью отдѣленъ, частью находится еще въ связи съ маточной стѣнкой.

На передней губѣ зѣва оказался разрывъ до свода, зашитый 4-мя швами. Кровотеченіе прекратилось. Продолжительность родовъ 4 часа 55 мин.

Плодъ—мальчикъ, недоношенный, живой; вѣсъ его 1250 грм.; длина 37 стм. Онъ представлялъ слѣдующія уродства: на лѣвой верхней конечности ампутировано предплечіе, при чемъ выступаетъ лучевая кость, непокрытая кожей; длина культи предплечья—3 стм. На правой ногѣ pes equino — varus. Вѣсъ послѣда 400 грм.; длина пуповины 45 стм. Оболочки плотныя, разрывъ ихъ краевой. Теченіе послѣродового періода гладкое. Родильница выписалась 23 декабря на 8-й день. Ребенокъ умеръ 17-го декабря.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro mens VII. Haemorrhagia externa et interna. Dilatatio colli uteri modo Bossi et extractio foetus. Extractio manualis placentae. Ruptura colli uteri. Monstrum".

XXIX. 1905 г. Журналъ № 395.

Е. Л., 35-ти лѣтъ, IX рага, поступила въ Р. З. 27-го января въ 9 час. утра. Ввиду тяжелаго состоянія роженицы удалось выяснить только, что вечеромъ 26-го января были легкія схватки и незначительное кровотеченіе, которое къ часу ночи значительно усилилось, при чемъ схватки прекратились. Къ утру состояніе больной стало плохое, кровотеченіе все усиливалось, а потому въ 9 ч. утра ее доставили въ З.

Роженица съ трудомъ отвѣчаетъ на вопросы, крайне блѣдна; кровотеченіе сильное, пульсъ слабый, нитевидный. Ввиду такого тяжелаго состоянія ея, она

немедленно поднята въ операціонную, впрыснутъ шприцъ камфоры и приступлено къ изслѣдованію. Животъ очень большой. Зѣвъ открытъ на 3 пальца, края его толщиною въ 1 стм.; пузырь цѣлъ; предлежитъ головка, подвижная надъ входомъ. Кровотеченіе продолжается, пульсъ временемъ не прощупывается.

Не выводя руки изъ влагалища, пальцами расширенъ зѣвъ, разорванъ пузырь; вся рука введена въ полость матки, захвачена лѣвая ножка, сдѣланъ поворотъ.

Немедленно извлеченъ плодъ, который оказался мацерированнымъ. Одновременно съ плодомъ вышелъ уже вполнѣ отдѣлившійся послѣдъ. Противъ продолжавшагося атоническаго кровотеченія приняты слѣдующія мѣры: 2 шприца эрготина подкожно, комбинированный массажъ матки, горячій маточный душъ (40°) и тампонація матки и влагалища. Одновременно влито подъ кожу 500 грм. солевого раствора, и впрыснуто 2 шприца камфоры. Родильница положена съ приподнятыми нижними конечностями, обложена грѣлками, на голову положенъ пузырь съ горячей водой, сдѣлана солевая клизма съ коньякомъ. Общее состояніе больной крайне тяжелое. Во время операціи она была безъ пульса, а спустя полчаса послѣ операціи скончалась.

Плодъ—дѣвочка, мацерированная; вѣсъ ея 3600 грм., длина 49 стм.; окружность головки 34 стм.

Вѣсъ послѣда 750 грм.; длина пуповины 64 стм. Оболочки тонкія. Околоплодныхъ водъ много.

„Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa. Versio in pedem et extractio foetus. Atonia uteri post partum. Mors".

XXX. 1905 г. Журналъ № 583.

Д. М., 30-ти лѣтъ, IV рага поступила въ Р. З. 25-го февраля на 8-омъ мѣсяцѣ беременности, безъ родовой дѣятельности, по поводу частыхъ кровотеченій изъ горла.

Выяснено, что почти ежедневно, преимущественно въ вечернее время, появляется горловое кровотеченіе. Такими кровотеченіями страдала и въ предыдущую беременность, въ послѣднихъ ея мѣсяцахъ. Со стороны внутреннихъ органовъ отмѣчено притупленіе въ лѣвой лопаточной области, гепатизація верхней доли лѣваго легкаго, рѣзко выраженные шумы на митральномъ клапанѣ сердца. Получала Digitalis и Hydrastis Canadensis безъ видимаго улучшенія.

Въ ночь на 26-ое появилось обильное горловое кровотеченіе, повторившееся на слѣдующее утро. Вслѣдствіе этого рѣшено прервать беременность и приступлено къ возбужденію преждевременныхъ родовъ.

Въ 1 часъ дня сдѣланъ влагалищный душъ, въ 2 часа дня мыльная ванна. Въ 3 часа цервикальный каналъ расширенъ Hegar'ами, въ матку введенъ кольпейринтеръ Braun'a вмѣстимостью въ 300 к. с.; въ 5 часовъ къ нему подвѣшена тяжесть. Въ 6 часовъ вечера начались родовыя боли, сдѣлавшіеся къ 9-ти час. веч. очень сильными. Въ 10 час. вечера родился баллонъ. Изслѣдованіемъ установлено, что зѣвъ очень ригиденъ, пропускаетъ 3 пальца; пузырь сильно напряженъ и грозитъ разрывомъ; очень высоко прощупываются баллотирующія мелкія части. Положеніе плода поперечное, но вслѣдствіе сильнаго напряженія матки мѣстонахожденіе головки не можетъ быть установлено. На высотѣ одной изъ схватокъ пузырь съ шумомъ лопнулъ, излились обильныя воды; съ нѣкоторымъ затрудненіемъ введена полурука въ полость матки. Опредѣлено, что предлежитъ ручка и петля сочной пуповины. Головка обращена вправо.

Матка моментально обхватила плодъ. Съ трудомъ достигнуто колѣно, низведена ножка и сдѣланъ поворотъ. Во время манипуляцій замѣчено кровотеченіе изъ влагалища, приписанное могущему быть разрыву шейки. Въ дѣйствительности же оказалось преждевременное отдѣленіе послѣда: часть послѣда отходила совмѣстно съ туловищемъ плода при его извлеченіи. По выхожденіи головки послѣдъ вывалился тотчасъ же. Состояніе родильницы тяжелое: появилась синюха, удушье и выдѣленіе изъ горла алой крови. Пузырь со льдомъ на область сердца и на матку; къ ногамъ горячіе компрессы. Вскорѣ родильница оправилась.

Плодъ, дѣвочка недоношенная, родилась слабой, въ теплой ваннѣ кричала, но вскорѣ умерла. Вѣсъ ея 1250 грм., длина 43 стм., окружность головки 27 стм. Вѣсъ послѣда 250 грм., длина пуповины 51 стм., прикрѣпленіе центральное. Разрывъ оболочокъ краевой.

Теченіе послѣродового періода гладкое. Родильница выписалась на 8-ой день.

«Tuberculosis pulmonum. Haemoptoe. Partus praematurus VIII mens. arte provocatus. Metreurysis. Situs foetus transversus. Versio in pedem et extratio foetus. Haemorrhagia externa. Separatio placentae praematura».

XXXI. 1905 г. Журналъ № 1261.

А. Б., 24-хъ лѣтъ, I рага, поступила въ Р. З. 26-го марта въ 11 час. 30 мин. дня. Ночью безъ видимой причины началось кровотеченіе. Въ 10 часовъ начались родовыя боли.

Размѣры таза: 31—26—24—20. Общее состояніе удовлетворительно, отмѣчается значительная блѣдность покрововъ, рѣзкая желтуха склеръ. Кровотеченіе небольшое. Зѣвъ открытъ на 1 палецъ, края его толстые, пузырь цѣлъ, ниглѣ ткани послѣда не опредѣляется, предлежитъ головка. Въ теченіе послѣдующихъ часовъ кровотеченіе нѣсколько разъ возобновлялось, большею частью при усиливавшихся схваткахъ и при кашлѣ.

Открытіе зѣва не подвигалось. Въ 11 час. 30 мин. ночи разорванъ пузырь, въ полость матки введенъ метрейринтеръ емкостью въ 250 к. с. 27 III въ 9 ч. 30′ утра кровотеченіе продолжается. Открытіе зѣва—3½ п. Подъ хлороф. наркозомъ произведена перфорація; плодъ извлеченъ краніокластомъ. Во время операціи кровотеченіе изъ матки было довольно значительное. Обнаруженъ небольшой некроваточащій разрывъ шейки. Послѣдъ, ввиду продолжавшагося кровотеченія, выжатъ по Credé (черезъ 20 минутъ). Назначены солевыя клизмы. Продолжительность родовъ 24 часа 20 минутъ.

Плодъ, мертвый, недоношенный мальчикъ. Вѣсъ его безъ мозга—1650 грм.; длина 46 стм.; окружность головки 26 стм. Вѣсъ послѣда—400 грм. Длина пуповины 45 стм., прикрѣпленіе ея центральное. Разрывъ оболочекъ боковой.

Водъ много; грязны.

Послѣродовой періодъ осложнился эндометритомъ.

Максимальная t° 39,4.

Родильница выписалась 13-го IV, на 18-й день.

«Separatio placentae praematura ante partum. Haemorrhagia externa et interna. Diruptio velamentorum. Metreurysis. Perforatio capitis et cranioclasia».

XXXII. 1905 г. Журналъ № 1477.

Е. С., 23-хъ лѣтъ, IV рага, поступила въ Р. З. 10-го апрѣля въ 12 часовъ ночи.

Никогда ничѣмъ не хворала. Всѣ роды провела въ деревнѣ, причемъ первые двое дѣтей умерли черезъ нѣсколько дней послѣ родовъ; послѣдній разъ

родила 2 года т. н.; ребенокъ живъ до сихъ поръ. Послѣднія крови—8-го іюля 1904 г. Никакихъ кровотеченій не было ни въ теченіе беременности, ни въ началѣ родовъ. Роды начались 10-го IV въ 2 ч. д. Въ 11 час. ночи, по словамъ роженицы, внезапно отошли воды въ очень большомъ количествѣ (такъ что роженица подумала, что у нея двойни). Вслѣдъ за тѣмъ появилось сильное кровотеченіе.

Приглашенная къ роженицѣ акушерка М. обнаружила лежащій между бедрами послѣдъ. Послѣднее обстоятельство побудило акушерку доставить роженицу въ 12 ч. ночи въ Р. З.

Размѣры таза: 30—28—25—20. Небольшой отекъ стопъ. Изъ половыхъ частей виситъ на пуповинѣ послѣдъ. Сердцебіеніе плода ниглѣ не слышно.

Открытіе зѣва почти полное; высоко надъ входомъ предлежатъ ножки плода. За ножку извлеченъ мертвый плодъ; послѣ извлеченія плода кровотеченія не было. Тошнота и рвота. Продолжительность родовъ 11 часовъ.

Плодъ, мертвая, доношенная дѣвочка. Вѣсъ ея 2900 грм.; длина 48 стм.; окружность головки 33 стм.

Вѣсъ послѣда—400 грм. Длина пуповины 63 стм., пуповина витая, прикрѣпленіе ея боковое. Оболочки плотныя, мѣсто разрыва ихъ центральное.

Послѣродовой періодъ осложнился психозомъ и явленіями перитонита.

Родильница на 12-ый день взята домой (29-го IV).

„Hydramnion. Pedes praevii. Prolapsus placentae".

XXXIII. 1905 г. Журналъ № 2916.

И. З., 19-ти лѣтъ, II рага поступила въ Р. З. 7-го октября въ 12 час. дня. Родила безъ особенностей одинъ разъ, 2 года назадъ. Послѣднія крови въ началѣ февраля. Первое движеніе 29-го іюля. 7-го X въ 9 часовъ утра безъ видимой причины появилось сильное кровотеченіе. Приглашенный къ роженицѣ врачъ нашелъ больную очень блѣдной; пульсъ еле ощущался. Сердцебіеніе плода не было слышно.

Во влагалищѣ множество сгустковъ; зѣвъ открытъ на 1½ пальца; ткань послѣда ниглѣ не опредѣляется. Тутъ же безъ труда разорванъ пузырь, послѣ чего кровотеченіе нѣсколько уменьшилось. Роженица доставлена въ Р. З., гдѣ въ 12 час. 30 мин. дня въ полость матки введенъ баллонъ Braun'a, вмѣстимостью въ 400 куб. сант. Роженица нѣсколько оправилась. Въ 6 час. веч. метрейринтеръ вышелъ, а вслѣдъ за нимъ родился плодъ. Продолжительность родовъ около 10 часовъ. Плодъ, мертвый, недоношенный мальчикъ; вѣсъ его 1750 грм.; длина 45 стм.; окружность головки 28 стм. Послѣдъ дольчатый; вѣсъ его 380 грм.

Пуповина гладкая, длина ея 45 стм. Оболочки плотныя, мѣсто разрыва краевое. Воды чистыя; ихъ было мало.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 16-го X на 9-ый день.

„Separatio placentae praematura sub graviditate. Haemorrhagia externa. Diruptio velamentorum. Metreurysis".

XXXIV. 1905 г. Журналъ № 3656.

И. К., 35-ти лѣтъ, II рага поступила въ Р. З. 1-го декабря въ 7 часовъ утра. Первые роды преждевременные на 7-омъ мѣсяцѣ въ октябрѣ 1904 г. Страдаетъ меланхоліей, по поводу которой лежала въ больницѣ св. Николая Чудотворца. Указаній относительно регулъ и перваго движенія дать не можетъ. Размѣры таза: 30—27—25—19. Боли начались въ 2 часа ночи. Въ 12 час. дня: боль-

ная на вопросы не отвѣчаетъ, или же даетъ несуразные отвѣты. T° 37,7. Пульсъ 80. Схватки слабыя, рѣдкія, непродуктивныя. Сердцебіеніе плода глухое. Открытіе зѣва полное, водъ нѣтъ, головка въ поперечномъ размѣрѣ выхода. Началось кровотеченіе. Въ 3 часа дня ввиду усилившагося кровотеченія, непродуктивныхъ болей и заглушенія сердечныхъ тоновъ плода, наложены щипцы Simpson'a, въ правомъ косомъ размѣрѣ таза. Головка извлечена легко; ребенокъ въ легкой асфиксіи, оживленъ (на грудной клѣткѣ выслушивалось обилие влажныхъ хриповъ; высасываніе слизи катетеромъ). По извлеченіи плода изъ матки выдѣлилась масса сгустковъ, жидкая свѣжая кровь и послѣдъ. Матка атонична. Горячій душъ, эрготинъ, Secale.

Продолжительность родовъ 11 часовъ.

Плодъ, живая дѣвочка; вѣсъ ея 3300 грм.; длина 52 стм.; окружность головки 34 стм. Вѣсъ послѣда 500 грм. Пуповина витая; длина ея 52 стм.; прикрѣпленіе краевое. Оболочки плотныя; мѣсто разрыва краевое.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Переведена въ больницу св. Николая, вмѣстѣ съ ребенкомъ.

„Melancholia. Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa et interna. Applicatio forcipis.

XXXV. 1905 г. Журналъ № 3784.

И. К. 36-ти лѣтъ, VI para, поступила въ Р. З. 11-го декабря въ 5 часовъ дня. Послѣднія роды—10 лѣтъ назадъ.

За часъ до поступленія, дома у роженицы совершенно неожиданно появилось сильное кровотеченіе, продолжавшееся и на пути въ З. Кровотеченіе было настолько сильное, что она была привезена вся залитая кровью, совершенно обескровленная, безъ пульса, въ обморочномъ состояніи.

Послѣ пріема внутрь коньяка съ tra valerian. у роженицы сталъ появляться пульсъ. Размѣры таза: 32—28—25—23. T° 35,5. На тѣлѣ имѣются разбросанныя точечныя петехіи и незначительная геморрагическая полоса на кожѣ лѣвой голени. Ноги и нижняя часть живота значительно отечны. Животъ шаровидной формы, большой; округлость его 115 стм. При наружномъ изслѣдованіи отмѣчается нѣкоторая резистентность живота; подъ входомъ прощупывается большая головка; сердцебіеніе выслушать не удается. Зѣвъ открытъ на 2 пальца, плодный пузырь цѣлъ, въ зѣвѣ и выше его нигдѣ не обнаруживается ткани послѣда. Предлежитъ головка въ первомъ положеніи. Ввиду кровотеченія пузырь разорванъ, введенъ кольпейринтеръ вмѣстимостью въ 400 куб. сант., съ примѣненіемъ тяжести въ $1^3/_4$ фунта.

Спустя полчаса баллонъ вышелъ, расширивъ зѣвъ до $3^1/_2$ пальцевъ. Кровь не перестаетъ течь; пульсъ правильный, измѣняется въ частотѣ, учащаясь по временамъ до 120 ударовъ въ минуту. Ввиду достаточнаго открытія произведенъ поворотъ на ножку. Головка отодвинута въ сторону, рука съ нѣкоторымъ трудомъ дошла до праваго угла матки, гдѣ была захвачена лѣвая ножка, которая и низведена. Съ небольшимъ трудомъ извлечено туловище; извлеченіе головки представило трудности, вслѣдствіе ущемленія ея въ зѣвѣ; въ концѣ концовъ, при постепенномъ заправленіи зѣва удалось извлечь головку. Непосредственно за плодомъ вышелъ и послѣдъ, при чемъ вылилось огромное количество жидкой крови и сгустковъ. Кровотеченіе продолжалось; при осмотрѣ шейки не обнаружено никакихъ поврежденій, только отмѣчено нѣкоторое разможженіе ткани. Сдѣланы горячіе души; полость матки затампонирована. Въ это время у больной появились всѣ грозные признаки паденія кровяного давленія, такъ что пришлось принять слѣдующія мѣры: высокое положеніе нижнихъ конечностей, бинтованіе ихъ, грѣлки, повторныя подкожныя вспрыскиванія физіологическаго раствора поваренной соли (1.200 грм.), солевыя клизмы, камфора, эфиръ, мускусъ подъ кожу, вдыханіе кислорода, внутрь черный кофе, коньякъ съ мускусомъ. Вторично затампонирована матка, шейка и влагалище. Пульсъ то появлялся, то пропадалъ, зрачки расширялись; не смотря на всѣ принятыя мѣры поднять кровяное давленіе не удалось, и больная скончалась въ 10 часовъ вечера при явленіяхъ паралича сердца.

Плодъ, доношенный, мертвый мальчикъ, вѣсъ его 3.800 грм., окружность головки 34 стм. Вся маточная поверхность послѣда покрыта кровяными сгустками. Вѣсъ послѣда 500 грм. Пуповина витая, длина ея 50 стм. Оболочки дряблыя; разрывъ ихъ краевой. Воды обильны, грязны.

„Diathesis haemorrhagia. Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa et interna. Diruptio velamentorum. Metreurysis. Versio in pedem et extractio foetus. Atonia uteri post partum. Anaemia gravis. Mors".

XXXVI. 1905. Журналъ № 3787.

А. Л. 31-го года, IV para, поступила въ Р. З. 12-го декабря въ 12 час. 40 мин. ночи. Послѣдніе роды 14, XII, 1904 г. Послѣднихъ регулъ и перваго движенія плода не помнитъ. Боли начались 11. XII въ 11 час. веч. Роженица прислана врачемъ по случаю сильнаго кровотеченія. Размѣры таза: 30 — 27 — 25 — 20. Роженица очень блѣдна, на вопросы отвѣчаетъ вяло. Пульсъ частый и слабый. Беременность недоношенная (8 мѣс.). Матка круглой формы, частей плода прощупать не удается. Сердцебіеніе плода нигдѣ не прослушивается. Изъ влагалища удалено четыре пропитанныхъ кровью тампона. Шейка не вполнѣ сглажена, зѣвъ открытъ на 1 палецъ; края его толстые, неподатливые; пузырь цѣлъ. Ввиду явленій остраго малокровія рѣшено немедленно приступить къ родоразрѣшенію. Подъ наркозомъ влагалищная часть обнажена зеркалами, фиксирована за переднюю и заднюю губу пулевыми щипцами. Произведено медленное расширеніе шейки расширителемъ Walcher'a. Въ теченіе сорока минутъ расширеніе доведено до 5-ти дѣленій; все время изъ полости матки выдѣлялась понемногу кровь. Зѣвъ раскрылся до $3^1/_2$ п. Въ полость матки удалось внести 3 пальца; разорванъ пузырь; опредѣлено ягодичное предлежаніе; низведена ножка. Извлеченіе плода удалось безъ особыхъ трудностей. Тотчасъ же послѣдъ выжатъ по Credé вмѣстѣ съ обиліемъ кровяныхъ сгустковъ и жидкой кровью. На боковые разрывы шейки (около 2-хъ стм. съ каждой стороны) наложено по 2 шва, на глубокую трещину задней стѣнки влагалища 4 шва. Полость матки затампонирована марлей, которой выполнено и влагалище. Впрыснута камфора, эрготинъ, подъ кожу влито 950 к. с. солевого раствора. Родильница оправилась. Продолжительность родовъ около 3-хъ часовъ.

Плодъ, недоношенная, мертвая дѣвочка. Вѣсъ ея 1.780 грм. Длина 46 стм.; окружность головки 26 стм. Вѣсъ послѣда 400 грм. Пуповина витая; длина ея 43 стм. Оболочки плотныя. Послѣродовой періодъ осложнился эндометритомъ: максимальная температура 39,6.

„Separatio placentae praematura ante partum. Haemorrhagia externa et interna. Accouchement forcé. Dilatatio cervicis modo Walcher. Descensio pedis et extractio foetus. Tamponatio uteri post partum".

XXXVII. 1906 г. Журналъ № 524.

В. М., 29-ти лѣтъ, VIII рага, поступила въ Р. З. 6-го февраля въ 12 час. 40 мин. дня. Послѣднихъ регулъ и перваго движенія плода не помнитъ. Боли начались въ 11 часовъ утра. Роженица поступила съ сильнымъ кровотеченіемъ. Размѣры таза: 30—28—26—20. Пульсъ весьма частый, нитевидный. Сердцебіеніе плода не слышно. Шейка существуетъ, пропускаетъ $1^1/_2$ пальца. Былъ разорванъ пузырь (корнцангомъ), послѣ чего кровотеченіе немедленно прекратилось. Пульсъ сталъ нѣсколько полнѣе и рѣже. Черезъ часъ кровотеченіе возобновилось, пульсъ сталъ быстро падать, появилась синюха. Ввиду этого рѣшено приступить къ немедленному родоразрѣшенію. Съ помощью расширителя Walcher'a открытіе зѣва доведено до 7-го дѣленія; послѣ чего расширитель удаленъ и произведена перфорація по способу проф. Н. Н. Феноменова; мозгъ разрушенъ, наложенъ краніокластъ и приступлено къ извлеченію; хотя зѣвъ представлялъ нѣкоторое затрудненіе, все же головка выведена и плодъ извлеченъ. Немедленно вышелъ послѣдъ. На правосторонній разрывъ шейки наложено 3 шва. Ввиду сильнаго атоническаго кровотеченія сдѣланъ горячій маточный душъ (40°), матка и влагалище плотно затампонированы; на животъ положенъ пузырь со льдомъ, на голову грѣлка; подъ кожу впрыснуто 3 шприца эрготина, 3 шприца камфоры, влито 850 к. с. солевого раствора; произведена аутотрансфузія. Несмотря на эти мѣры пульсъ все ухудшался. Тампонъ сталъ просачиваться; а потому былъ удаленъ. Послѣ горячаго душа матка вновь затампонирована. Пульсъ сталъ нитевиднымъ, и вскорѣ наступилъ exitus. Продолжительность родовъ 4 часа 25 мин.

Плодъ, доношенная, мертвая дѣвочка. Вѣсъ ея 2.550 грм. (безъ мозга). Длина ея 53 стм., окружность головки 34 стм. Вѣсъ послѣда 500 грм, Пуповина витая, длина ея 60 стм., прикрѣпленіе краевое. Оболочки дряблыя, разрывъ ихъ краевой. Водъ было мало.

„Separatio placentae praematura ante partum. Haemorrhagia externa. Accouchement forcé. Dilatatio cervicis modo Walcher. Perforatio et cranioclasia. Atonia uteri post partum. Tamponatio uteri. Anaemia gravis. Mors".

XXXVIII. 1906 г. Журналъ № 644.

К. Ш., 42-хъ лѣтъ, XI рага, поступила въ Р. З. 14-го февраля въ 6 час. 10 мин. утра. Послѣдніе роды $3^1/_2$ года наз. Послѣднія крови въ маѣ 1905 г. Боли начались 14-II въ 5 час. утра. Поступила съ сильнымъ кровотеченіемъ, продолжающемся около часа. Зѣвъ открытъ на 2 пальца, пузырь цѣлъ; немедленно разорванъ. Кровотеченіе, на короткое время остановившееся, вскорѣ возобновилось. Ввиду тяжелаго общаго состоянія приступлено къ accouchement forcé. Шейка расширена инструментомъ Bossi, произведена перфорація по способу проф. Н. Н. Феноменова; плодъ извлеченъ краніокластомъ. Ввиду продолжавшагося кровотеченія послѣдъ немедленно выдавленъ по Credé, сдѣланъ горячій маточный душъ, который помогъ лишь временно. Черезъ полчаса кровотеченіе возобновилось. Небольшіе разрывы шейки были зашиты; послѣ горячаго душа матка затампонирована; на животъ положенъ ледъ, подъ кожу влитъ солевой растворъ. Черезъ часъ кровотеченіе возобновилось сквозь тампонъ. Ввиду повторныхъ атоническихъ кровотеченій и все ухудшающагося общаго состоянія родильницы рѣшено удалить матку путемъ чревосѣченія. Подъ хлороформнымъ наркозомъ, послѣ обычной подготовки операціоннаго поля сдѣланъ разрѣзъ брюшныхъ покрововъ по средней линіи, сосуды матки перевязаны, наложены лигатуры на круглыя связки, произведенъ круговой разрѣзъ брюшины на уровнѣ внутренняго

зѣва; матка ампутирована (на задней стѣнкѣ матки оказалось произведенное очевидно тампонаторомъ перфораціонное отверстіе; но въ брюшной полости не было ни капли крови). Культя матки прижжена Paquelin'омъ, черезъ шейку выведенъ тампонъ во влагалище; культя закрыта брюшиной. Брюшные покровы зашиты этажнымъ швомъ.

На слѣдующій день родильница скончалась.

Свѣдѣній о плодѣ нѣтъ.

„Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa. Accouchement forcé. Dilatatio cervicis modo Bossi. Perforatio et cranioclasia. Atonia uteri gravis post partum. Amputatio uteri supravaginalis. Mors".

XXXIX. 1906 г. Журналъ № 672.

М. М., 33-хъ лѣтъ, I рага, поступила въ Р. З. 16-го февраля въ 3 часа 15 мин. утра.

Послѣдніе регулы въ іюнѣ 1905 г. Боли начались 15-го февраля въ 5 час. вечера. Ввиду появившагося кровотеченія роженица доставлена въ З., куда поступила съ явленіями остраго малокровія. Размѣры таза: 29—25—23—18. При поступленіи открытіе зѣва на $1^1/_2$ пальца. Воды прошли въ 12 час. 30 мин. дня. Черезъ 10 минутъ начались врѣзываніе. Общее состояніе тяжелое, кожа и слизистыя оболочки чрезвычайно блѣдны; пульсъ около 100, плохого наполненія. Роженица жалуется на головокруженіе. Въ 12 час. 50 мин. родился мертвый плодъ.

Ввиду наступившаго немедленно по выхожденіи плода кровотеченія, въ полость матки введена рука, вполнѣ отдѣлившійся послѣдъ извлеченъ вмѣстѣ съ большимъ количествомъ, почти кофейнаго цвѣта, сгустковъ и жидкой черной крови. Мѣсто прикрѣпленія послѣда ощущалось на задней поверхности матки, невысоко, съ глубокими неровностями. Матка вялая, плохо сокращается. Ввиду продолжавшагося кровотеченія сдѣланъ горячій маточный душъ, впрыснутъ подъ кожу эрготинъ (3 шприца).

Подъ кожу введено 800 куб. стм. солевого раствора, сдѣлана клизма изъ физіологическаго раствора, внутрь дано большое количество жидкости. Общее состояніе продолжало ухудшаться, кровотеченіе не останавливалось. Ввиду этого произведена тампонація матки, прижатіе ея къ лонному сращенію, сдѣлано бинтованіе конечностей и живота, но такъ какъ кровь начала просачиваться сквозь тампонъ, то его извлекли, приподнятая матка согнута надъ лономъ и прибинтована по Fritsch'y. Вскорѣ началась агонія, и родильница скончалась при явленіяхъ остраго малокровія въ 3 часа 30 мин. дня.

Продолжительность родовъ 19 час. 55 мин.

Плодъ — мертвый, мацерированный, недоношенный мальчикъ. Вѣсъ его 2560 грм.; длина 45 стм.; окружность головки 30 стм.

На послѣдѣ большая фасетка отъ прижатія плотнымъ сгусткомъ; кромѣ того два углубленія, совершенно обезцвѣченныя, съ кратерообразными краями, напоминающія гуммы. Вѣсъ его 350 грм.

Пуповина витая, длина 40 стм., прикрѣпленіе центральное.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa et interna. Extractio placentae manualis. Anaemia gravis. Atonia uteri post partum. Mors".

XL. 1906 г. Журналъ № 1450.

Е. К., 26-ти лѣтъ, II рага, поступила въ Р. З. 12 апрѣля въ 9 час. 25 мин. вечера.

Первые роды нормальны въ 1905 году. Послѣдніе регулы 15 августа 1905 г. Первое движеніе плода 7 января 1906 г.

Боли начались 12 апрѣля въ 6 час. веч. Воды отошли 13 апрѣля въ 9 час. 45 мин. утра. Младенецъ родился въ 10 час. 35 мин. утра. Черезъ 20 минутъ вышелъ послѣдъ. Продолжительность родовъ 16 час. 55 мин.

Роды никакихъ видимыхъ отклоненій отъ нормы не представляли, если не считать ручного удаленія мелкихъ кусковъ послѣдовой ткани.

Плодъ, мертвая, недоношенная дѣвочка. Вѣсъ ея 2500 грм., длина ея 51 стм. (?).

Послѣдъ представлялъ интересную картину:

На материнской поверхности располагалось большое, старое, чернаго цвѣта кровоизліяніе, давленіемъ своимъ мѣстами рѣзко истончившее ткань послѣда.

Вѣсъ его 450 грм. Пуповина гладкая, длина ея 48 стм.; прикрѣпленіе центральное. Воды были грязны, въ большомъ количествѣ. Оболочки плотныя.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась на 9-й день, 21 апрѣля.

„Separatio placentae praematura. Partus praematurus. Haemorrhagia interna (retroplacentaris).

XLI. 1906 г. Журналъ № 1462.

Ф. В., 23-хъ лѣтъ, III рага, поступала въ Р. З. 13-го апрѣля въ 7 час. 30 мин. веч. Послѣднія крови въ августѣ.

Перваго движенія плода не помнитъ. Боли начались 12 апрѣля въ 9 час. утра. Въ 5 час. веч. появилось сильное кровотеченіе, по поводу котораго роженица и доставлена въ З. Размѣры таза: 35—30—27—22. Общее состояніе плохое. Кровотеченіе небольшое. Шейка невполнѣ сглажена, открытіе зѣва 2½ пальца, воды стоятъ, нигдѣ не опредѣляется края послѣда. Предлежатъ мелкія части. Сердцебіеніе плода нигдѣ не выслушивается. Немедленно разорванъ пузырь и низведена ножка, и роженица оставлена подъ наблюденіемъ (8 час. веч.). Въ 9 час. 30 мин. веч. родился плодъ, тотчасъ вслѣдъ за нимъ выдѣлился послѣдъ съ большимъ количествомъ сгустковъ и жидкой крови. Въ теченіе двухъ часовъ матка обнаруживала наклонность разслабляться. Цѣлый рядъ мѣръ остался безъ результатовъ: горячіе и холодные души, массажъ матки и тампонація, и лишь при помощи тампонаціи матки съ Sol. ferri sesquichlor. удалось справиться съ кровотеченіемъ. Въ организмъ введено 600 куб. стм. солевого раствора въ клизмахъ и 350 куб. стм. влито подъ кожу. Продолжительность родовъ 13 час.

Плодъ, мертвый мальчикъ, вѣсъ его 3350 грм., длина его 47 стм., окружность головки 32 стм.

Послѣдъ блѣдный, вѣсъ 450 грм. Пуповина гладкая, длина 45 стм., прикрѣпленіе ея центральное. Оболочки плотныя. Воды были чисты.

Послѣродовой періодъ осложнился кольпитомъ, эндометритомъ и язвами на шейкѣ.

Наивысшая температура—39,3.

Родильница выписалась 30-го апрѣля на 18-ый день.

„Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa et interna. Diruptio velamentorum et descensio pedis. Atonia uteri post partum. Tamponatio uteri".

XLII. 1906 г. Журналъ № 1624.

З, Б., 32-хъ лѣтъ, I рага, поступила въ Р. З. 25-го апрѣля въ 12 час.

30 мин. пополудни. Послѣдніе регулы 20 августа 1905 г. Первое движеніе плода 6 января 1906 г. Во время беременности страдала отеками ногъ. Моча содержала бѣлокъ и зернистые цилиндры.

Боли начались 25-го апрѣля въ 10 час. утра, еле замѣтныя. Одновременно изъ половыхъ частей показалась кровь въ умѣренномъ количествѣ. Размѣры таза: 30—28—25—20.

Первое затылочное положеніе, изрѣдка ощущаются умѣренныя, безболѣзненныя сокращенія матки. Моча содержитъ бѣлокъ и зернистые цилиндры.

Шейка сохранена, пропускаетъ 1 палецъ. Введенъ метрейринтеръ вмѣстимостью въ 250 грм. Вскорѣ начались удовлетворительныя, хотя крайне болѣзненныя сокращенія матки. Крови стало выдѣляться меньше. Въ 8 час. веч. при легкомъ потягиваніи за кишку баллонъ вышелъ. Шейка укорочена, края толстые, зѣвъ открытъ на 2½ пальца; пузырь цѣлъ; предлежитъ головка въ верхней части полости, въ правомъ косомъ размѣрѣ таза. По удаленіи баллона боли начали ослабѣвать, кровотеченіе усилилось, а потому въ 9 час. 45 мин. веч. оболочки были разорваны; послѣ чего боли усилились и кровотеченіе стало крайне незначительнымъ. Въ 12 час. 30 мин. ночи — t° 37,6, сильныя боли, но зѣвъ открывается очень вяло.

На головкѣ умѣренная опухоль. Въ 6 час. утра —сердцебіеніе плода стало глуше и медленнѣе. Боли черезъ 2 минуты, крайне болѣзненныя; крови отдѣляется мало. Открытіе зѣва 4 пальца, края толстые, малоподатливые, головка въ узкой части полости. Рѣшено кончить роды: наложены щипцы въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ таза. Не смотря на очень сильныя тракціи головка подвигалась очень медленно. Послѣ того, какъ зѣвъ зашелъ за головку, мягкія родовые пути сразу поддались, и щипцы вмѣстѣ съ головкой выскочили наружу.

Ввиду сильнаго кровотеченія послѣдъ выжатъ по Credé немедленно. На боковые надрывы шейки наложено по 2 шва. Кромѣ того оказались большой разрывъ влагалища справа, меньшій слѣва; полный разрывъ промежности съ поврежденіемъ прямой кишки. Всѣ эти разрывы зашиты погружными и съемными швами. Продолжительность родовъ 21 часъ 15 мин.

Плодъ недоношенный мальчикъ, родился въ асфиксіи, оживленъ. Вѣсъ его 2270 грм.; длина 41 стм.; окружность головки 34 стм. Вѣсъ послѣда 500 грм. Пуповина гладкая; длина ея 50 стм.; прикрѣпленіе центральное. Оболочки плотныя, разрывъ краевой. Воды были чисты; обильны.

Послѣродовой періодъ осложнился кольпитомъ; образовался прямокишечно-влагалищный свищъ. Наивысшая температура—38,9.

Родильница выписалась 14. V на 19-ый день.

„Nephritis gravidarum. Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa. Metreurysis. Diruptio velamentorum. Applicatio forcipis. Rupturae cervicis, vaginae, perinei et recti".

XLIII. 1907 г. Журналъ № 79.

Е. Т., 32-хъ лѣтъ, VII рага, поступила въ Р. З. 6-го января въ 2 часа 30 мин. ночи. Послѣдніе роды 1 годъ 2 мѣс. назадъ. Послѣдніе регулы 10. V. 1906 г. Боли начались 5. I въ 10 час. веч. Воды отошли 6. I въ 3 часа 50 мин. утра. Первый плодъ родился въ 4 часа 5 мин. утра.

По рожденіи перваго ребенка появилось сильное кровотеченіе. Второй плодъ находился во 2-мъ поперечномъ положеніи.

Лѣвой рукой войдено въ полость матки, захвачена правая ножка плода, сдѣланъ поворотъ, и плодъ извлеченъ безъ затрудненій. Вслѣдъ за ребенкомъ вышелъ уже отдѣлившійся послѣдъ. Кровотеченіе не повторялось.

Продолжительность родовъ 6 часовъ 15 мин.

Плоды—двѣ живыя дѣвочки. Вѣсъ ихъ 2900 и 2950 грм., длина ихъ 49 и 48 стм. Окружность головки 33 и 34. Вѣсъ послѣда 850 грм. Пуповины витыя, съ краевымъ прикрѣпленіемъ. Длина ихъ 48 и 46 стм. Оболочки плотны; разрывъ ихъ краевой. Воды были чисты, обильны.

Теченіе послѣродового періода правильное.

Родильница выписалась 13. I на 8-ой день.

„Gemelli. Separatio placentae praematura sub partu maturo. Versio in pedem et extractio foetus secundi".

XLIV. 1907 г. Журналъ № 569.

Д. А., 23-хъ лѣтъ, II рага, поступила въ Р. З. 7-го февраля въ 1 часъ 20 мин. дня.

Первые роды были 23. IV 1906 г. Регулъ послѣ родовъ не было вовсе. Перваго движенія ребенка не помнитъ. Безъ видимой причины, безъ схватокъ началось сильное кровотеченіе, заставившее беременную поступить въ З. Размѣры таза: 31—28—25—20.

Окружность живота 93 стм. Матка соотвѣтствуетъ 7½ мѣсяц. беременности. Кровотеченіе сильное. T° 35,6. Пульсъ—120. Шейка существуетъ, пропускаетъ 1½ пальца, пузырь цѣлъ, предлежитъ головка. Ввиду того, что кровотеченіе не прекращалось, рѣшено опорожнить матку (2 часа дня). Съ большимъ трудомъ удалось ввойти двумя пальцами въ матку; пузырь разорванъ, съ помощью наружныхъ пріемовъ сдѣланъ поворотъ на ножку, которою затампонирована шейка, послѣ чего наружное кровотеченіе не замѣчалось. Въ 3 часа появились схватки. Въ 8 часовъ вечера при сильныхъ потугахъ и полномъ отсутствіи наружнаго кровотеченія началось врѣзываніе ягодицъ. Плодъ родился до лопатокъ, послѣ чего легко освобождены ручки и головка. Пуповина не пульсировала. Вслѣдъ за головкой хлынуло большое количество жидкой темной крови съ большими темными сгустками. Тутъ же вышелъ послѣдъ. Матка сократилась.

Продолжительность родовъ 5 часовъ 15 минутъ.

Плодъ—мертвый, недоношенный мальчикъ. Вѣсъ его 1550 грм., длина 40 стм. Окружность головки 32 стм. Вѣсъ послѣда 240 грм., строеніе его губчатое. Пуповина гладкая, длина ее 49 стм., прикрѣпленіе центральное. Оболочки дряблыя, разрывъ боковой. Воды были чисты, обильны.

Послѣродовой періодъ осложнился эндометритомъ. Высшая t° 39,2.

„Separatio placentae praematura ante partum praematurum. Haemorrhagia externa et interna. Versio in pedan modo Braxton-Hicks et extractio foetus".

XLV. 1907 г. Журналъ № 1239.

А. К., 32-хъ лѣтъ, VI рага, поступила въ Р. З. 25-го марта въ 7 час. 10 мин. веч. Первые роды были преждевременные на 7-омъ мѣсяцѣ (ребенокъ мертвый). Вторая, третья и четвертая беременность кончились нормальными родами. Пятый разъ А. К. разрѣшилась опять преждевременно на 7-омъ мѣсяцѣ мертвымъ плодомъ (1½ года назадъ). Послѣднія регулы 16. IX. 1906. Первое движеніе плода 1. I. 1907. Во время беременности самочувствіе было хорошее. 25. III. въ 11 час. утра безъ видимой причины у А. К. появилось чувство сильнаго напиранія внизъ, вмѣстѣ со схватками появилось кровотеченіе. Съ больной

дѣлались обмороки при сравнительно небольшомъ наружномъ кровотеченіи. Размѣры таза: 32—27—25—20. Окружность живота—88 стм. Матка по величинѣ соотвѣтствуетъ восьмому мѣсяцу беременности, напряжена, не разслабляется. При нажиманіи на нее ощущается какъ бы хрустъ. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Зѣвъ открытъ на 2 пальца, изъ зѣва выдается колбасовидное тѣло, оказавшееся при изслѣдованіи зеркалами полипомъ и удаленное въ 8 час. веч. Боли сильныя, матка немного разслабляется; кровотеченія нѣтъ. Въ 10 час. 40 мин. веч. схватки прекратились и возобновились лишь въ 7 час. утра 26, III. Въ 9 ч. 30 мин. утра разорванъ пузырь, а въ 10 ч. 15 мин. извлеченъ плодъ.

По выходѣ послѣда изъ матки вышло громадное количество старыхъ сгустковъ.

Продолжительность родовъ 23 час. 40 мин.

Плодъ—недоношенная, мацерированная дѣвочка, Вѣсъ ея 1.100 грм.; длина 42 стм. (?), окружность головки 21 стм. Послѣдъ весь покрытъ огромными сгустками, уплощенный, рыхлый, губчатый. Вѣсъ его 600 грм. Пуповина гладкая, длина ея 47 стм., прикрѣпленіе краевое. Оболочки плотныя, разрывъ ихъ центральный.

Воды чисты, въ среднемъ количествѣ.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 21. IV. на 8-ой день.

„Separatio placentae praematura ante partum praematurum. Haemorrhagia interna et externa. Haematoma retroplacentare. Polypus colli. Ablatio polypus. Diruptio velamentorum".

XLVI. 1907 г. Журналъ № 2334.

А. П., IX рага, поступила въ Р. З. въ 8 час. 50 мин. веч.

Свѣдѣній объ анамнезѣ и тазѣ не имѣется.

Часа за 2 до поступленія появилось сильное кровотеченіе. При поступленіи явленія остраго малокровія, Покровы блѣдны, пульсъ частый, тошнота, головокруженіе, чрезвычайное безпокойство, животъ большой, рѣзко напряженъ. Сердцебіеніе плода не выслушивается (движеній плода больная со вчерашняго дня не слышитъ). Зѣвъ открытъ на 2 пальца, ригиденъ, пузырь цѣлъ. Изъ матки выдѣляется обиліе жидкой крови. Ввиду тяжелаго состоянія больной рѣшено кончить роды. Зѣвъ расширенъ рукой до 4-хъ пальцевъ; головка, находившаяся въ переднемъ видѣ перваго затылочнаго положенія перфорирована по способу проф. Н. Н. Феноменова, извлечена краніокластомъ; плечевой поясъ уменьшенъ двусторонними разсѣченіемъ ключицъ ножницами проф. Н. Н. Феноменова; туловище извлечено легко. Вслѣдъ за младенцемъ вышелъ уже отдѣленный послѣдъ съ огромнымъ количествомъ кровяныхъ сгустковъ. Матка сокращалась очень плохо; появилось сильное атоническое кровотеченіе. Эрготинъ подъ кожу. Горячій душъ. Матка затампонирована и прижата къ симфизу бинтомъ. Появилось кровотеченіе сквозь тампонъ, послѣдній извлеченъ; сдѣланъ горячій душъ. Произведена аутотрансфузія, введеніе подъ кожу солевого раствора. Кровотеченіе продолжалось, пульсъ быстро падалъ; а въ 11 час. 30 мин. родильница скончалась.

Плодъ—мертвый мальчикъ; вѣсъ его 5.100 грм. (безъ мозга); длина 52 стм.; окружность головки 37 стм. Послѣдъ дольчатый, крайне блѣдный, на видъ не измѣненъ. Вѣсъ его 600 грм. Пуповина гладкая, длина ея 49 стм.; прикрѣпленіе центральное. Оболочки дряблыя; разрывъ боковой. Воды были чисты, обильны.

„Separatio placentae praematura ante partum. Haemorrhagia interna et externa.

Accouchement forcé. Dilatatio cervicis. Perforatio capitis et cranioclasia. Cleidotomia bilateralis. Atonia uteri post partum. Mors".

XLVII. 1907 г. Журналъ № 3377.

А. Ф., 27-ми лѣтъ, V рага, поступила въ Р. З. 2-го ноября въ 8 час. 10 мин. утра. При двухъ предыдущихъ родахъ было частичное, преждевременное отдѣленіе послѣда и послѣродовое кровотеченіе. Послѣдніе роды 10. III. 06. Послѣдніе регулы 4. I. 1907. Первое движеніе плода въ іюнѣ.

Въ 2 часа ночи, безъ видимой причины, началось кровотеченіе одновременно со схватками, и больная сразу почувствовала большую слабость. Вскорѣ кровотеченіе прекратилось.

При поступленіи (8 час. 10 мин. утра) больная анемична, но общее состояніе удовлетворительно. Пульсъ 92, хорошаго наполненія, животъ не напряженъ, матка не растянута. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Размѣры таза: 30—27—25—20. Зѣвъ пропускаетъ 2 пальца, очень ригиденъ; шейка существуетъ. Пузыря нѣтъ. Предлежитъ головка, подвижна во входѣ. При изслѣдованіи выдѣляется небольшое количество водъ, слегка окрашенныхъ кровью. Сдѣланъ длительный горячій душъ. Въ 9 часовъ общее состояніе больной удовлетворительно, такъ же какъ и пульсъ. Зѣвъ открытъ на $2^1/_2$ пальца. Головка въ верхней части полости, въ 1-омъ затылочномъ положеніи. Сдѣланъ еще горячій душъ. Въ 10 час. шейка замѣтно укоротилась, зѣвъ пропускаетъ 3 пальца. Рѣшено вставить въ матку кольпейринтеръ. Въ это время общее состояніе больной стало внезапно быстро ухудшаться. Пульсъ 144. Явленія остраго малокровія, рвота, безпокойство.

Рѣшено немедленно кончить роды. Пальцами зѣвъ расширенъ до 4-хъ пальцевъ. Подъ контролемъ глазъ головка перфорирована по способу проф. Н. Н. Феноменова; мозгъ выскобленъ ложкой, головка захвачена краніокластомъ и извлечена. Немедленно по рожденіи плода вышли большіе сгустки крови и отдѣленный уже послѣдъ.

Обнаруженъ правосторонній разрывъ шейки, который немедленно зашитъ. Появилось атоническое кровотеченіе изъ матки, противъ котораго приняты слѣдующія мѣры: впрыскиваніе эрготина, массажъ матки, горячіе души, прижатіе къ лону, тугая тампонація матки.

Кромѣ того введена подъ кожу камфора. Больной придано положеніе съ приподнятыми ногами. Пульсъ оправился.

Продолжительность родовъ 8 час. 40 мин.

Плодъ—мертвый, доношенный мальчикъ. Вѣсъ его 3100 грм., (безъ мозга). Длина 49. Окружность головки 35 стм.

Послѣдъ дольчатый; вѣсъ его 500 грм.; материнская его поверхность покрыта старыми сгустками. Пуповина витая, длина ея 54 стм., прикрѣпленіе краевое. Оболочки плотныя, разрывъ краевой. Воды были чисты, обильны. О теченіи послѣродового періода свѣдѣній нѣтъ.

„Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia interna et externa. Dilatatio cervicis. Perforatio capitis et cranioclasia. Atonia uteri post partum".

XLVIII. 1907 г. Журналъ № 3406.

А. У., 29-ти лѣтъ, V рага, поступила въ Р. З. 4-го ноября въ 3 часа дня. Послѣдніе роды $2^1/_2$ года назадъ. Послѣднихъ регулъ не помнитъ. Первое движеніе плода въ половинѣ іюня.

Боли начались 3 XI въ 7 час. утра. Размѣры таза: 30—27—25—19.

Послѣ отхода водъ (4, XI 6 ч. 30 м. веч.), когда головка уже стояла въ полости малаго таза, появилось кровотеченіе изъ половыхъ путей. Въ то же время замѣчено, что сердцебіеніе плода стало глухимъ, и появились перебои. Ввиду этого, въ интересахъ жизни плода, подъ наркозомъ, наложены щипцы на головку, стоявшую близъ выхода таза. Легко извлеченъ живой плодъ. Тотчасъ вслѣдъ за рожденіемъ плода вышелъ послѣдъ (очевидно отдѣлившійся преждевременно). Продолжительность родовъ 36 час. 45 мин.

Плодъ живой, почти доношенный мальчикъ; вѣсъ его 2900 грм.; длина его 53 стм. (!?), окружность головки 34 стм.

Послѣдъ губчатый; вѣсъ его 500 грм. Пуповина витая, длина ея 48 стм.; прикрѣпленіе краевое. Оболочки плотныя; разрывъ боковой. Воды были чисты.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 12, X на 9-й день.

«Separatio placentae praematura sub partu. Haemorrhagia externa. Applicatio «forcipis.

XLIX. 1908 г. Журналъ № 941.

М. П., 32-хъ лѣтъ, III рага, поступила въ Р. З. 6-го марта въ 11 часовъ 30 мин. пополудни. Послѣдніе роды 5, IV 1907 г.

Послѣднихъ регулъ указать не можетъ. Размѣры таза: 30—27—25—19. При поступленіи t^0 37,4. Пульсъ—65. Кровотеченіе. Въ 12 час. 30 мин. дня кровотеченіе сильное, вышелъ большой сгустокъ крови. Пульсъ 120; t^0 38,0. Въ 1 часъ дня: полное открытіе зѣва; ткань послѣда нигдѣ не опредѣляется; пузырь сильно напряженъ; предлежащая часть высоко надъ входомъ. Пузырь разорванъ, захвачены и низведены ягодицы. Черезъ 10 минутъ родился плодъ въ легкой асфиксіи, оживленъ. Спустя 10 минутъ вышелъ послѣдъ. Матка хорошо сократилась. Кровотеченія не было.

Плодъ—живая, недоношенная, слабая дѣвочка; вѣсъ ея 2000 грм.; длина 39 стм.; окружность головки 30 стм.

Послѣдъ дольчатый, мѣстами совершенно бѣлый, мѣстами на немъ опредѣляются какъ-бы изъязвленія; вѣсъ его 400 грм.; размѣры 14×15 стм. Пуповина витая, длина ея 40 стм.; прикрѣпленіе ея боковое. Водъ было немного.

Теченіе послѣродового періода гладкое. Ребенокъ умеръ на 6-ой день послѣ родовъ, 12. III.

Родильница выписалась 14. III на 8-й день.

«Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa. Diruptio velamentorum».

L. 1908 г. Журналъ № 2199.

А. А., 31-го года, I рага, поступила въ Р. З. 30-го іюня въ 5 час. дня. Послѣдніе регулы—въ ноябрѣ 1907 г.; первыя движенія не помнитъ. 30-го іюня безъ видимой причины въ 7 часовъ утра показалась кровь въ небольшомъ количествѣ; послѣ чего вскорѣ начались родовыя боли. Въ 12 часовъ пополудни началось сильное кровотеченіе, продолжавшееся до поступленія въ З. (5 час. дня). Размѣры таза: 34—28—24—20. Больная очень блѣдна. Лицо и голени отечны. T^0—36,2°. Пульсъ—88, удовлетворительнаго наполненія. Матка увеличена соотвѣтственно $7^1/_2$ мѣс. беременности. Сердцебіеніе плода не выслушивается; изъ влагалища выдѣляется кровь въ порядочномъ количествѣ. Шейка матки не вполнѣ сглажена, пропускаетъ 1 палецъ. Наскóлько палецъ достигаетъ, нигдѣ ткани послѣда не опредѣляется; пузырь цѣлъ, плоскій; предлежитъ головка. Пузырь

разорванъ, вытекло много грязныхъ водъ; головка опустилась; кровотеченіе остановилось. Схватки очень сильныя, правильныя. Въ 7 час. 30 мин. веч. снова началось сильное кровотеченіе, что побудило немедленно приступить къ родоразрѣшенію. Безъ наркоза, при зѣвѣ, открытомъ на 3 пальца, произведена перфорація головки. Головка легко прошла черезъ зѣвъ, плодъ извлеченъ. Послѣдъ немедленно выжатъ по Credé; вмѣстѣ съ нимъ вышло много сгустковъ крови.

Ввиду атоническаго кровотеченія, матка промыта горячей водой и затампонирована. На трещины передней губы шейки, а также большой губы наложены швы. Сдѣлано подкожное вливаніе солевого раствора (1000 куб. стм.). Мочи очень мало, какъ до, такъ и послѣ операціи. Продолжительность родовъ 13 час. 30 мин.

Плодъ—мертвая, недоношенная дѣвочка; вѣсъ ея (безъ мозга)—1.750 грм. Длина 48 стм. (?). Послѣдъ губчатый; вѣсъ его 550 грм.; размѣры 15 × 15 стм. Пуповина гладкая, прикрѣпленіе ея боковое; длина 40 стм. Оболочки плотныя, разрывъ ихъ боковой. Воды обильны, грязны (меконій). Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 12-го іюля на 12-тый день.

„Separatio placentae praematura ante partum. Haemorrhagia interna et externa. Anaemia acuta. Diruptio velamentorum. Perforatio capitis et cranioclasia. Atonia uteri post partum. Tamponatio uteri.“.

LI. 1908 г. Журналъ № 2988.

А. Б., 27-ми лѣтъ, II рага, поступила въ Р. З. 9-го октября въ 1 час. 40 мин. дня. Первые роды въ маѣ 1903 года. Послѣдніе регулы 27-I. 1908 г. Родовыя боли начались 9-X. въ 7 часовъ утра. Размѣры таза: 31—26—23—20. Окружность живота 101 стм. Воды отошли въ 3 час. 30 мин. дня. Въ 9 час. 25 мин. вечера родился первый плодъ во 2-омъ затылочномъ положеніи. Второй плодъ находился во 2-омъ ягодичномъ положеніи. Черезъ полчаса, такъ какъ схватокъ не было, порванъ пузырь и низведена ножка. Во время изгнанія ребенка появилось сильное кровотеченіе. Приступлено къ извлеченію плода, во время котораго опредѣленъ отдѣлившійся и находящійся частью во влагалищѣ послѣдъ. Ручки и головка легко освобождены. Послѣды вынуты рукой. Ввиду продолжавшагося кровотеченія сдѣланъ горячій душъ, впрыснутъ эрготинъ. Кровотеченіе прекратилось. Родильница значительно побѣднѣла, пульсъ сталъ малымъ, слабымъ, почему впрыснуто нѣсколько шприцовъ камфоры, сдѣланы солевая клизма и подкожное вливаніе физіологическаго раствора. Родильница оправилась. Продолжительность родовъ 15 часовъ. Плоды, двѣ живыя дѣвочки; вѣсъ ихъ 2400 и 3450 грм.; длина 43 и 46 стм.

Послѣды: вѣсъ 200 и 220 грм.; размѣры 15×16 и 17×18 стм. Пуповины гладкія, длина ихъ 110 и 110 стм. (!). Прикрѣпленіе ихъ центральное. Воды перваго плода были обильны и чисты, второго обильны и грязны. Теченіе послѣ родового періода гладкое.

Родильница выписалась 18-го X на 9-ый день съ близнецами.

„Gemelli. Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa. Extractio foetus. Atonia uteri“.

LII. 1908 г. Журналъ № 3165.

К. М., 23-хъ лѣтъ, V рага, поступила въ Р. З. 22-го октября въ 2 часа. 30 мин. дня. Послѣдніе роды въ 1907-омъ году. Послѣдніе регулы въ февралѣ Перваго движенія указать не можетъ. Родовыя боли начались 22 X въ 9 час. утра. При поступленіи въ Р. З. общее состояніе хорошее; окружность живота

100; размѣръ таза: 30—27—24—20. Во время осмотра роженицы въ пріемной появилось значительное кровотеченіе (дома кровотеченія не было). Шейка сглажена; края зѣва толстые; открытіе 2 пальца; пузырь плоскій; напрягается слегка только слѣва; предлежащая головка опредѣляется подвижной надъ входомъ. Роженица немедленно поднята въ родильню.

Кровотеченіе усилилось. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Общее состояніе быстро ухудшается. Пульсъ частъ, слабаго наполненія. Подъ хлороформеннымъ наркозомъ произведенъ поворотъ по Braxton-Hicks'у, удавшійся легко; нѣкоторое затрудненіе представляло лишь извлеченіе ножки. Послѣдующее извлеченіе плода производилось медленно, тѣмъ не менѣе уже при извлеченіи ягодицъ начался разрывъ шейки справа. По извлеченіи плода тотчасъ же родился послѣдъ съ большимъ количествомъ крови. При обслѣдованіи разрыва шейки, онъ оказался доходящимъ до свода и сильно кровоточившимъ. На разрывъ наложено 7 швовъ. Горячій маточный душъ; эрготинъ, камфора подъ кожу; подкожное вливаніе (500 куб. с.); грѣлки аутотрансфузія; кофе.

Общее состояніе очень тяжелое. Пульсъ то появляется, то опять исчезаетъ. Матка временами распускается. (4 ч. дня). До 10 час. вечера сдѣланы 4 солевыхъ клизмы съ коньякомъ.

Родильница все время въ сознаніи, крайне анэмична. Пульсъ нитевидный Кровоотдѣленіе ничтожное. Въ 10 ч. 30 мин. вечера общее состояніе рѣзко ухудшилось. Родильница жалуется на стѣсненіе въ груди. Несмотря на принятыя мѣры (впрыскиванія камфоры, эфира, солевое вливаніе, вдыханіе кислорода), больная скончалась (въ 12 час. 15 мин. ночи).

Продолжительность родовъ 7 часовъ. Смерь послѣдовала спустя 8 час. 15 минутъ по окончаніи родовъ.

Плодъ—дѣвочка нѣсколько недоношенная, мертвая. Вѣсъ ея—2700 грм., длина 50 стм.; окружность головки 33 стм. Вѣсъ послѣда 400 грм.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa et interna. Versio in pedem modo Braxton—Hicks et extractio foetus. Hysterotrachelorrhapia. Anaemia acuta. Mors“.

Протоколъ вскрытія.

Трупъ хорошаго питанія, правильнаго тѣлосложенія. Кожа блѣдная, на животѣ въ окружности укола синеватокрасная, на наружной поверхности верхней трети обоихъ бедеръ съ ясно отграниченными, величиною въ ладонь, синеватыми пятнами, въ центрѣ которыхъ видны слѣды уколовъ.

Діафрагма справа по нижнему краю 3-го ребра, слѣва по нижнему краю 4-го. Въ полости живота небольшое скопленіе красноватой жидкости. Желудокъ вздутъ; кишки умѣренно вздуты. Серозная оболочка кишекъ и пристѣночная брюшина влажная, блѣдносѣрая. Матка выстоитъ изъ полости малаго таза—серозная оболочка ея сѣрая, съ экстравазатами. Въ полости перикарда граммъ 10 серозной жидкости. Эпикардъ покрытъ порядочнымъ количествомъ жира, мускулатура сердца вялая, сѣрокрасная, тусклая, клапаны нормальны. Intima вѣнечныхъ артерій и восходящей аорты безъ особыхъ измѣненій. Легкія безъ приращеній. Полости плевръ пусты. Ткань лѣваго легкаго темнорозовая, отечна, проходима для воздуха. Слизистая оболочка бронхъ розовая. Слизистая гортани, трахеи розовая, покрыта стекловидной слизью. Селезенка крайне дряблая, сѣрокрасная, тусклая. Pancreas вялая, розового цвѣта.

Надпочечники безъ особыхъ измѣненій. Капсула лѣвой почки снимается легко, поверхность почки гладкая, ткань ея вялая, сѣрожелтаго цвѣта. Корка нормальной толщины съ плохо выраженнымъ рисункомъ; Мальпигіевы пирамидки сѣрокрасныя. Правая почка такая же.

Поверхность печени гладкая. Ткань ея вялая, сѣрожелтаго цвѣта съ разсѣянными мелкими желтоватыми пятнышками, безъ рисунка. Въ желчномъ пузырѣ жидкая желтоватозеленая желчь въ небольшомъ количествѣ. Слизистая оболочка желудка, duodeni, тонкихъ, толстыхъ кишекъ блѣдная, съ опухшими слегка солитарными железками. Слизистая мочевого пузыря блѣдная. Длина матки 19 стм., ширина тѣла—12 стм., толщина 14 стм. Portio vaginalis uteri разрыхлена, зѣвъ пропускаетъ свободно 2 пальца, справа разрывъ, переходящій въ правый боковой сводъ, длиною въ 5 стм., зашитый 7-ью узловатыми швами, ведущій въ полость у основанія широкой связки подъ брюшину, величиною въ мандаринъ. Серозная оболочка и подсерозная клѣтчатка имбибирована кровью, цѣла. Разрывъ проникаетъ до внутренняго зѣва. Внутренняя поверхность тѣла матки темнокрасная, на задней стѣнкѣ полости плоское утолщеніе до 2-хъ млм. сѣрокрасчаго цвѣта, снимается легко. Дно матки и ближайшія части передней стѣнки бугристыя, темнокрасныя, съ тромбозированными венами. Слизистая шейки покрыта пузырьками, наполненными слизью. Яичники слегка отечны; въ правомъ — corpus luteum. Трубы безъ видимыхъ измѣненій.

„Anaemia universalis. Uterus post partum. Residua placentae. Ruptura fornicis lateralis dextri ad orificium internum penetrans. Endometritis cervicalis follicularis. Corpus luteum ovarii dextri".

LIII. 1908 г. Журналъ № 3181.

М. П., 30-ти лѣтъ, I рага, поступила въ Р. З. 23-го октября въ 5 час. веч. Послѣднія крови въ первыхъ числахъ марта. Первое движеніе въ августѣ.

23-го октября начались боли и кровотеченіе. При поступленіи кровотеченіе очень сильное. Окружность живота 97 стм. Размѣры таза: 31 — 27 — 24 — 20. Сердцебіеніе справа, неясно. Матка представляется неправильной формы, какъ бы двурогая, причемъ правый рогъ значительно превалируетъ надъ лѣвымъ. Эта особенность контуровъ особенно рѣзко выступаетъ во время схватокъ, во время паузы она сглаживается.

Зѣвъ съ трудомъ пропускаетъ палецъ. Ввиду кровотеченія рѣшено ввести метрейринтеръ (9 ч. 10 мин. веч.). Къ 7-ми ч. утра вышелъ метрейринтеръ. Открытіе полное, пузырь при изслѣдованіи разорванъ; предлежитъ головка. Схватки хорошія. Въ 7 час. 50 мин. утра родился младенецъ и вслѣдъ за нимъ вышелъ послѣдъ. Продолжительность родовъ 21 часъ 10 мин.

Плодъ—недоношенная, живая дѣвочка. Вѣсъ ея—2.150 грм., длина 41 стм.; окружность головки 32 стм. Вѣсъ послѣда 450 грм. Размѣры 16 × 15. Длина пуповины 47 стм., прикрѣпленіе къ дѣтскому мѣсту краевое. Воды были обильны, чисты. Черезъ сутки: дно матки чрезвычайно широкое, правый рогъ, хотя и сократился, но все же выстоитъ надъ лѣвымъ.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась съ ребенкомъ 1. XI.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa. Uterus arcuatus. Metreurysis".

LIV. 1908 г. Журналъ № 3229.

О. Е., 38-ми лѣтъ, VIII рага, поступила въ Р. З. 26-го октября въ 7 час. 30 мин. вечера. Послѣдніе роды были 2 года 7 мѣсяц. назадъ. Не можетъ указать ни послѣднихъ регулъ, ни перваго движенія плода. Родовыя боли начались 26 X въ 5 час. дня. При поступленіи роженица блѣдна; пульсъ 70, удовлетворительный; t° 36,9°; матка рѣзко напряжена; сердцебіеніе плода не выслушивается; окружность живота—106 стм.; размѣры таза—30—27—25—20.

Незначительное наружное кровотеченіе. Послѣ разрыва плоднаго пузыря наружное кровотеченіе прекратилось. Родовая дѣятельность значительно усилилась и стала болѣе правильной (8 час. 30 мин. вечера); и въ 12 час. ночи родился плодъ (7 часовъ послѣ начала болей и 4 часа послѣ разрыва пузыря). Вслѣдъ за ребенкомъ вышло много большихъ старыхъ сгустковъ и почти вслѣдъ за ними вышелъ послѣдъ.

Плодъ—доношенный, мертвый мальчикъ. Вѣсъ его 4000 грм.; длина 53 стм.; окружность головки 32 стм. Вѣсъ послѣда 500 грм.; размѣры его 18+18; длина пуповины 42 стм.; прикрѣпленіе ея центральное.

Водъ было много. Оболочки дряблыя, разрывъ ихъ боковой.

Теченіе послѣ родового періода гладкое.

Родильница выписалась 4 XI на 9-й день.

„Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia interna et externa. Diruptio velamentorum".

LV. 1909 г. Журналъ № 1867.

Ф. Д., 29-ти лѣтъ, II рага, поступила въ Р. З. 6-го мая въ 2 часа дня. Первые роды 2 II 1907 г. Послѣдніе регулы 20-го октября (?) 1908 г. Первое движеніе 8 I 1909. Окружность живота 102 стм. Размѣры таза: $31^1/_2$—$27^1/_2$—25—19. Conj. diag. 11. Дно матки 2—3 пальца ниже меча. Мелкія части слѣва у дна, спинка справа. Сердцебіеніе справа ниже пупка. Надъ входомъ баллотируетъ головка.

Приступлено къ возбужденію преждевременныхъ родовъ изъ-за узкаго таза. Сдѣланы повторные горячіе влагалищные души. Боли начались 7 V въ 9 час. веч. При изслѣдованіи (9 час. 30 мин. веч.) изъ влагалища выдѣлились несвѣжіе сгустки.

Открытіе зѣва—$1^1/_2$ п. Подъ наркозомъ въ полость матки введенъ кольпейринтеръ, вмѣстимостью въ 450 куб. стм., привѣшена тяжесть. Кровотеченіе прекратилось.

Въ 12 час. 40 мин. ночи метрейринтеръ выпалъ; вновь появилось кровотеченіе ввидѣ старыхъ сгустковъ.

Открытіе полное; пузырь цѣлъ; сзади опредѣляются кровяные сгустки, но край послѣда нигдѣ не прощупывается. Положеніе плода 1-е поперечное, передній видъ. Подъ наркозомъ вскрытъ плодный пузырь и произведенъ поворотъ на ножку. Младенецъ извлеченъ быстро и легко. Ввиду кровотеченія послѣдъ немедленно выжатъ по Credé. Кровотеченіе прекратилось. На небольшой разрывъ промежности и трещину влагалища наложено 9 швовъ.

Продолжительность родовъ — 4 часа 15 мин.

Плодъ — живой, не вполнѣ доношенный мальчикъ. Вѣсъ послѣда 500 грм.; размѣры его 16 × 17. На материнской поверхности его сбоку сидятъ старые сгустки въ большомъ количествѣ.

Длина пуповины 50 стм.; прикрѣпленіе ея центральное. Воды обильны, чисты.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 16 V на 9-й день.

„Pelvis plana. Situs foetus transversus. Partus praematurus arte provocatus. Separatio placentae partialis praematura. Haemorrhagia interna et externa. Metreurysis. Versio in pedem et extractio foetus".

LVI. 1909 г. Журналъ № 3068.

Х. В., 26-ти лѣтъ, III рага, поступила въ Р. З. 6-го октября въ 11 час. веч. Послѣдніе роды въ 1907-омъ году. Послѣдніе регулы въ мартѣ 1909-го года. Перваго движенія указать не можетъ. Родовыя боли начались 6 X въ 4 час. дня. Окружность живота 97 стм. Размѣры таза: 32—27—25—19. При поступленіи зѣвъ открытъ на 2 п. Значительное кровотеченіе; пузырь цѣлъ, край послѣда нигдѣ не прощупывается; предлежатъ мелкія части плода. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Величина матки соотвѣтствуетъ 8-ми мѣсячной беременности. Ввиду прогрессирующихъ явленій остраго малокровія, при зѣвѣ, открытомъ на $2^1/_2$ п., прорванъ пузырь, захвачена и низведена ножка. Вскорѣ схватки усилились, зѣвъ сталъ быстро раскрываться и черезъ 40 мин. послѣ низведенія ножки родился плодъ (при сильномъ надавливаніи на дно матки). Вслѣдъ за плодомъ вышло большое количество сгустковъ и отдѣлившійся послѣдъ, (можетъ быть низко прикрѣпленныи ?). Кровотеченіе прекратилось (массажъ матки, горячій душъ, эрготинъ). Послѣ солевой клизмы и вина больная оправилась. Продолжительность родовъ 9 час. 15 мин.

Плодъ—недоношенная, мертвая дѣвочка, безъ признаковъ мацераціи. Вѣсъ ея 1550 грм. Окружность головки—30 стм.

Вѣсъ послѣда—400 грм., размѣры 11×10.

Длина пуповины 50 стм., прикрѣпленіе ея центральное. Воды обильны, грязны. Оболочки плотны, разрывъ ихъ краевой.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 13 X, на 7-ой день.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagi aexterna et interna. Diruptio velamentorum. Descensio pedis. Anaemia acuta".

LVII. 1909 г. Журналъ № 3728.

П. Г., 40 лѣтъ, IX рага, поступила въ Р. З. 20-го ноября въ 12 час. 50 мин. ночи. Послѣдніе роды были въ 1905-омъ году. Послѣдніе регулы 25 III 1909 г. Первое движеніе въ августѣ. Родовыя боли начались 20 XI въ 3 часа дня. Вслѣдствіе наступившаго кровотеченія доставлена въ Р. З. Размѣры таза: 30—27—25—20.

Общее состояніе тяжелое; крайняя блѣдность; пульсъ почти не прощупывается; изъ половыхъ путей обильное кровотеченіе. Зѣвъ открытъ на 3 пальца; плодный пузырь цѣлъ, рѣзко напряженъ, ткань послѣда нигдѣ не опредѣляется, предлежитъ головка.

Тутъ-же вскрытъ пузырь, причемъ вмѣстѣ съ водами выдѣлилось значительное количество кровяныхъ сгустковъ. Сдѣлана попытка повернуть плодъ по Braxton-Hicks'y, которая не удалась. Тогда осторожно введена вся рука въ матку, захваченна лѣвая ножка и сдѣланъ поворотъ. Вскорѣ (минутъ черезъ 8) ввиду ухудшенія въ состояніи роженицы, плодъ извлеченъ. Вслѣдъ за младенцемъ вышелъ послѣдъ съ огромнымъ количествомъ сгустковъ. Такъ какъ кровотеченіе продолжалось, шейка осмотрѣна при помощи зеркалъ, причемъ обнаружены два боковыхъ разрыва ея, которые немедленно зашиты. Ввиду тяжелаго состоянія родильницы приняты слѣдующія мѣры: солевое вливаніе подъ кожу, аутотрансфузія,

грѣлка, повторныя впрыскиванія камфоры. Матка приподнята и фиксирована 4-мя сложенными щетками. Продолжительность родовъ 10 час. 35 мин.

Плодъ—мертвый, не вполнѣ доношенный мальчикъ. Вѣсъ его 3000 грм., длина 52 стм., окружность головки 33 стм. Вѣсъ послѣда—400 грм., размѣры его 14×15. Длина 52 стм.; прикрѣпленіе центральное.

Воды были обильны, грязны. Разрывъ оболочекъ центральный.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 30 XI на 9-ый день.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa et interna. Anaemia gravis. Versio in pedem et extractio foetus. Rupura cervicis bilateralis."

LVIII. 1909 г. Журналъ № 3996.

Т. Н., 39-ти лѣтъ, X рага, поступила въ Р. З. 9-го декабря въ 7 час. 15 мин. веч. Всѣ роды нормальны, живыхъ дѣтей восемь. Послѣдніе роды 20-го января 1907 г. Послѣдніе роды 8-го мая; первое движеніе 18-го сентября. Боли начались 9. XII въ 12 час. 30 мин. ночи. Поступила съ сильнѣйшимъ кровотеченіемъ. Окружность живота—107. Размѣры таза: 32—29—26—21. Боли слабыя и рѣдкія.

Дно матки на 4 пальца выше пупка. Первое черепное положеніе; надъ входомъ подвижная головка. Сердцебіеніе плода прослушать не удается. Шейка существуетъ, съ трудомъ пропускаетъ 2 пальца. Пузырь во время боли напрягается. Ткань послѣда нигдѣ не опредѣляется. Ввиду сильнаго кровотеченія рѣшено немедленно приступить къ родоразрѣшенію. Подъ наркозомъ, правая рука введена во влагалище, внутренній зѣвъ двумя пальцами растянутъ, введенъ въ полость матки третій палецъ, пузырь вскрытъ, головка отодвинута влѣво, захвачена двумя пальцами ножка и низведена. Одновременно выпала петля пуповины, очень слабо пульсирующая. Ввиду признаковъ жизни плода приступлено къ осторожному, медленному извлеченію. Шейка обхватывала плодъ очень сильно, напряженіе ея было крайнее. По извлеченіи плода, вылилось много темной крови и вышелъ послѣдъ.

Кровотеченіе значительное: обнаруженъ правосторонній разрывъ шейки. Послѣдняя обнажена зеркалами, низведена, на разрывъ ея наложено 2 шва. Вслѣдъ за этимъ, пальцемъ обслѣдована полость шейки выше швовъ и обнаруженъ карманъ въ боковой стѣнкѣ шейки. Ввиду невозможности зашить его со стороны цервикальнаго канала, наложена глубокая лигатура черезъ сводъ подъ контролемъ пальца со стороны цервикальнаго канала. Слѣва на трещину шейки наложенъ 1 шовъ. Горячій маточный душъ, эрготинъ подъ кожу. Ледъ на животъ. Массажъ матки. Продолжительность родовъ 20 час. 35 мин.

Плодъ—живая, недоношенная дѣвочка; вѣсъ ея 2.200 грм.; длина—42 стм.; окружность головки 33 стм.

Вѣсъ послѣда 550 грм.; размѣры 20×18. Длина пуповины 65 стм., прикрѣпленіе ея центральное.

Оболочки дряблыя, разрывъ ихъ центральный.

Воды были обильны, грязны.

Теченіе послѣродового періода осложнилось легкимъ эндометритомъ съ высшей t^0—39,2.

Родильница выписалась 19-го XII—на 10-ый день.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa et interna. Dilatatio cervicis. Versio in pedem modo Braxton — Hicks et extractio foetus. Hysterotrachelorrhaphia".

LIX. 1910. Журналъ № 1759.

В. Е., 38-ми лѣтъ, XIII рага, поступила въ Р. З. 25-го апрѣля въ 8 час. 10 мин. утра. Предыдущіе роды были очень тяжелые. Послѣдній разъ родила 6-го I 1909. Послѣдніе регулы 17-го VIII 1900 г. Первое движеніе плода—23 XII. Ждала наступленіе родовъ въ концѣ мая. 25-го IV въ 6 час. утра безъ видимой причины появилось сильное кровотеченіе. При поступленіи (8 час. 10 мин. утра) роженица сильно обезкровлена. Пульсъ еле опредѣляется. Размѣры таза: 31—27—25—16. Матка шарообразной формы, напряжена. Части плода не прощупываются; сердцебіеніе не выслушивается. Опредѣлить положеніе плода не удается. Открытіе зѣва — 2 п.; пузырь напряженъ, ткань послѣда нигдѣ не опредѣляется. Головка баллотируетъ надъ входомъ. Плодный пузырь вскрытъ. Сдѣлано подкожное вливаніе. Пульсъ то учащается и падаетъ, то дѣлается рѣдкимъ и удовлетворительнаго наполненія. Ввиду предолжающагося кровотеченія, приступлено къ родоразрѣшенію путемъ перфораціи при зѣвѣ, растягивающемся до 3-хъ пальцевъ. Подъ наркозомъ введены зеркала, передняя губа захвачена. Перфорировать lege artis не удалось; головка прободена перфораторомъ проф. Н. Н. Феноменова по пальцу при одновременной фиксаціи головки сверху. Введеніе краніокласта представило значительныя затрудненія ввиду недостаточнаго открытія зѣва; пришлось перекладывать инструментъ нѣсколько разъ. Вслѣдствіе того же обстоятельства проведеніе головки было затруднено; проведенію головки черезъ зѣвъ препятствовалъ еще сильно напрягавшійся рубецъ у праваго угла зѣва. При прохожденіи плечиковъ произошелъ разрывъ въ области рубца, зашитый тремя швами. Послѣдъ вышелъ вслѣдъ за плодомъ. Подкожное солевое вливаніе. Нѣсколько разъ наблюдались обмороки и паденіе пульса.

Продолжительность родовъ 2 часа 45 мин.

Плодъ — мертвый, недоношенный мальчикъ; вѣсъ его 2750 грм.; длина 48 стм.; окружность 33 стм. Вѣсъ послѣда 550 грм.; размѣры 17 × 19.

Длина пуповины — 52 стм.; прикрѣпленіе ея краевое. Разрывъ оболочекъ боковой.

Въ послѣродовомъ періодѣ наблюдалось однодневное повышеніе t^0 до 38,0.

Родильница выписалась 3 V на 9-й день.

„Separatio placentae praematura ante partum praematurum. Haemorrhagia externa et interna. Pelvis plana. Diruptio velamentorum. Perforatio capitis et cranioclasia".

LX. 1910 г. Журналъ № 1792.

М. И., 26-ти лѣтъ, VI рага, поступила въ Р. З. 27-го апрѣля въ 6 час. 15 мин. утра. Послѣдніе роды—1½ года назадъ. Послѣднихъ регулъ указать не можетъ. Первое движеніе плода въ декабрѣ 1909 г. 26-IV въ 11 час. вечера появилось кровотеченіе. 27-го IV въ 2 часа ночи начались боли. При поступленіи: t^0—36,0. Пульсъ 78. Окружность живота 106. Размѣры таза: 30—27—24—21. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Зѣвъ открытъ на 2 п., края его толстые, пузырь цѣлъ; предлежитъ головка. Плодный пузырь разорванъ (7 час. утра). При вторичномъ изслѣдованіи (9 час. 30 мин. утра) раскрытіе было на 3 п., но края остались толстыми; головка начинала вставляться малымъ сегментомъ въ тазъ. Въ 11 часовъ, ввиду того что роженица стала рѣзко блѣднѣть, а кровотеченіе продолжалось, рѣшено закончить роды. Открытіе оказалось почти полнымъ, головка въ полости таза въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ (малый родничекъ сзади и слѣва). Наложены щипцы; головка выведена въ заднемъ видѣ. Вслѣдъ за ребенкомъ немедленно вышелъ послѣдъ. Вырыснутъ эрготинъ. Продолжительность родовъ 9 час. 15 мин.

Плодъ—мертвый, доношенный мальчикъ. Вѣсъ его 3.200 грм.; длина 53 стм.; окружность головки 32 стм. Вѣсъ послѣда—450 грм.; размѣры его 16 × 15.

Длина пуповины—48 стм.; прикрѣпленіе ея центральное. Воды были обильны, чисты. Разрывъ оболочекъ центральный.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 4-V на 8-ой день.

„Separatio placentae praematura ante partum maturum. Haemorrhagia externa. Diruptio velamentorum. Forceps".

LXI. 1911 г. Журналъ № 681.

И. Р., 30-ти лѣтъ, VIII рага, поступила въ Р. З. 17-го февраля въ 7 час. утра. Всѣ роды безъ особенностей.

Послѣдніе регулы въ концѣ іюля. Перваго движенія плода указать не можетъ.

Кровотеченіе началось утромъ 16-II.

Прибыла въ Р. З. черезъ сутки послѣ начала кровотеченія. t^0—36,6°. Пульсъ 72. Окружность живота 86 стм. Размѣры таза: 30—27—24—19.

Значительная блѣдность. Схватки постоянныя. Матка все время напряжена. мало разслабляется.

Опредѣлить положеніе плода невозможно. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Выдѣленія кровянистыя; шейка сглажена; открытіе на 2 п., края зѣва со слѣдами стараго разрыва; пузырь сильно напряженъ; головка надъ входомъ въ тазъ. Рѣшено разорвать пузырь, что легко удалось. Излилось около 2-хъ литровъ чистыхъ водъ. Головка опустилась немедленно.

Матка и по отхожденіи водъ осталась напряженной. Нигдѣ частей плода опредѣлить не удается (8 ч. 30 м. утра). Въ 9 часовъ 40 мин. открытіе зѣва 3 п. Пальцами зѣвъ растянутъ. Въ 10 час. 15 мин. родился плодъ. Вслѣдъ за нимъ вышелъ послѣдъ съ огромнымъ количествомъ сгустковъ. Матка сократилась хорошо. Продолжительность родовъ 25 час. 35 мин.

Плодъ—мертвый, недоношенный мальчикъ; вѣсъ его 2.300 грм.; длина 42 стм.; окружность головки—30 стм. Вѣсъ послѣда 400 грм.; размѣры его 20×18.

Длина пуповины 20 стм.; прикрѣпленіе центральное. Водъ было очень много. Разрывъ оболочекъ краевой.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 24-II на 8-ой день.

„Separatio placentae praematura ante partum praematurum. Haemorrhagia interna et externa. Diruptio velamentorum. Dilatatio cervicis digitalis. Brevitas funiculi umbilicalis".

LXII. 1911 г. Журналъ № 1417.

Т. К., 23-хъ лѣтъ, II рага, поступила въ Р. З. 7-го апрѣля въ 9 часовъ 50 мин. веч.

Первые роды были безъ особенностей. Послѣдніе регулы 2-го ноября 1910 г.; первое движеніе плода—6-го марта 1911 г. Въ теченіе беременности были головныя боли и слабость.

7. IV въ 8 час. 50 мин. вечера начались боли и кровотеченіе; нѣсколько разъ была рвота.

При поступленіи: общее состояніе роженицы тяжелое. Кожи и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Зрачки вяло реагируютъ на свѣтъ. На вопросы отвѣчаетъ вяло; сопорозное состояніе. T° 36,5. Пульсъ—80, ровный,но слабаго наполненія. Дно матки на 3 п. выше пупка. Матка плотна; внѣ схватокъ не разслабляется. Схватки очень слабы. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Кровотеченіе не обильное. Открытіе зѣва на $2^1/_2$ п., пузырь цѣлъ; нигдѣ ткань послѣда не опредѣляется; предлежащая головка подвижна.

Въ 10 час. 20 мин. пульсъ 88, слабый, съ перебоями; сопорозное состояніе прогрессируетъ. Ввиду угрожающихъ явленій внутренняго кровотеченія пузырь вскрытъ, вытекло много окрашенныхъ кровью водъ. Захвачена ножка, сдѣланъ поворотъ. Извлеченъ плодъ, вмѣстѣ съ которымъ вышелъ и послѣдъ. Изъ матки выдѣлилась масса сгустковъ. Во время операціи впрыснуто 4 шприца камфоры. Матка хорошо сократилась послѣ горячаго душа и 4-дъ шприцевъ эрготина. Продолжительность родовъ 2 часа 40 мин.

Плодъ—мертвый, недоношенный мальчикъ; вѣсъ его 2000 грм.; длина 38 стм.; Послѣдъ весь пропитанъ кровью; вѣсъ его 250 грм.; размѣры 10×11. Длина пуповины 27 стм.; прикрѣпленіе ея центральное. Разрывъ оболочекъ боковой.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 16. IV на 7-ой день по собственному желанію.

«Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia interna et externa. Anaemia gravis. Diruptio velamentorum. Versio in pedem et extractio foetus. Brevitas funiculi umbilicalis».

L XIII. 1911 г. Журналъ № 2737.

Т. Р., 34-хъ лѣтъ, VI рага, поступила въ Р. З. 12-го сентября въ 11 час. 45 мин. ночи. Всѣ роды безъ особенностей, всѣ дѣти живы.

Послѣдніе регулы 5. I 1911 г. Первое движеніе плода не помнитъ. Родовыя боли начались 12. IX въ 6 час. веч.

При поступленіи: t° 37,4. Пульсъ — 75. Окружность живота 81. Размѣры таза: 30—28—23—20. Роженица блѣдна; десны разрыхлены и кровоточатъ. Матка сильно напряжена, контуры ея сглажены. Сердцебіеніе плода справа. Зѣвъ открытъ на $2^1/_2$ п., пузырь цѣлъ.

Въ 5 часовъ 30 мин. утра внезапное сильное кровотеченіе. Послѣ вскрытія пузыря кровотеченіе остановилось. Боли усилились. Въ 6 час. утра родился плодъ вмѣстѣ съ послѣдомъ. Началось сильное атоническое кровотеченіе. Приняты слѣдующія мѣры: эрготинъ, камфора, горячій душъ, тампонація матки, мѣшокъ съ пескомъ, ледъ на животъ, солевыя клизмы. Продолжительность родовъ 12 час. 30 мин.

Плодъ мертвый, почти доношенный мальчикъ; вѣсъ его 2750 грм.; длина 50 стм.; окружность головки 32 стм. Вѣсъ послѣда 450 грм.; размѣры его 17×19. Длина пуповины 48 стм.; прикрѣпленіе ея центральное. Воды были обильны, чисты. Разрывъ оболочекъ краевой.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 22-го IX на 9-й день.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa et interna. Diruptio velamentorum. Atonia uteri post partum. Diathesis haemorrhagica (?).“

LXIV. 1911 г. Журналъ № 4560.

М. Б., 36-ти лѣтъ, XI рага, поступила въ Р. З. 27-го декабря въ 7 час. 35 мин. веч.

Всѣ 10 разъ родила дома, безъ акушерской помощи, каждый разъ во время беременности наблюдались отеки нижнихъ конечностей. Послѣдніе роды были въ февралѣ 1911 г. Послѣдніе регулы въ іюнѣ 1911 г. Первое движеніе въ октябрѣ.

27. XII сидя за столомъ, замѣтила сильное кровотеченіе. Боли при этомъ не было. Крови потеряла съ полведра. Приглашенный врачъ направилъ больную въ Р. З.

Больная средняго роста, анэмична. Пульсъ 100—120, ровный, умѣреннаго наполненія. Окружность живота 100. Размѣры таза: 30—28—26—20. Матка въ состояніи напряженія. Схватки небольшія, рѣдкія. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Изъ влагалища необильныя, кровянистыя выдѣленія. Открытіе 1 п.; пузырь цѣлъ, не напрягается; ткань послѣда нигдѣ не опредѣляется. Предлежитъ подвижная головка.

Въ 11 час. вечера введенъ метрейринтеръ, вмѣстимостью въ 300 куб. стм. Впрыснутъ 1,0 pituitrini. Появились гораздо лучшія схватки. Въ 12 часовъ ночи метрейринтеръ при потягиваніи вышелъ. Зѣвъ открытъ на $3^1/_2$ пальца. Пузырь вскрытъ; сдѣланъ поворотъ на ножку, извлеченъ плодъ до головки, которая перфорирована и освобождена. Почти одновременно съ ребенкомъ вышелъ послѣдъ, за которымъ выдѣлилось значительное количество жидкой крови и немного сгустковъ. Впрыснутъ шприцъ Pituitrini. Матка сократилась хорошо. Кровотеченія не было.

Отъ начала кровотеченія до окончанія родовъ прошло 6 часовъ 30 минутъ.

Плодъ — мертвая, недоношенная дѣвочка; вѣсъ ея 1300 грм. (безъ мозга), длина 42 стм.

Вѣсъ послѣда 200 грм.; размѣры его 15×16. Послѣдъ почти круглой формы, очень блѣдный. На плодовой поверхности его, въ области прикрѣпленія пуповины отмѣчается небольшое скопленіе крови подъ водной оболочкой.

Материнская поверхность рѣзко дольчата, мѣстами блѣдная, перерожденная, покрыта нѣжными остатками deciduae. По краю послѣда идетъ кровоизліяніе, захватывающее $^2/_3$ окружности его. Прилегающія къ этой периферіи дольки покрыты экстравазатами. На остальныхъ дольках помѣщаются лишь кое гдѣ мелкіе сгустки. Длина пуповины 44 стм. Оболочки плотныя; разрывъ краевой.

Изслѣдованіе мочи: моча желтая, прозрачная. Уд. в. 1020. Реакція кислая. Бѣлка $^3/_4$ pro mille. Осадокъ ничтожный. Плоскаго эпителія немного. Кубическаго нѣтъ. Изрѣдка видны лейкоциты; въ нѣкоторыхъ поляхъ зрѣнія 2—3 гіалиновыхъ цилиндра; другихъ цилиндровъ нѣтъ.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась на 9-й день.

„Separatio placentae praematura sub graviditate. Haemorrhagia externa et interna. Metreurysis. Diruptio velamentorum. Versio in pedem. Perforatio capitis subsequentis. Injectio Pituitrini. Nephritis gravidarum“.

LXV. 1912 г. Журналъ № 342.

Э. Л., 29-ти лѣтъ, III рага, поступила въ Р. З. 21-го января въ 10 час. 50 мин. утра.

Первая беременность была въ 1906 г., прекратилась $6^1/_2$ мѣсяцевъ: плодъ не двигался съ мѣсяца и родился мацерированнымъ. Былъ констатированъ

nephritts gravid. Вторая беременность (въ 1909 г.) прекратилась въ началѣ 9-го мѣсяца. Плодъ погибъ за недѣлю до родовъ. Опять nephritis gravid. Послѣдніе регулы 21—22 мая 1911 г. Въ октябрѣ опредѣленъ бѣлокъ въ мочѣ (0,05 promille). 7-го января количество бѣлка было уже 6‰.

За послѣднее время движенія плода стали замѣтно тише. Рѣшено произвести искусственные преждевременные роды. Плодъ во 2-мъ затылочномъ положеніи. Сердцебіеніе хорошее. Головка большимъ сегментомъ во входѣ въ тазъ. Шейка пропускаетъ палецъ. Размѣры таза: 31—27—25—20. 21-го января сдѣлано 4 влагалищныхъ душа въ 34—36°.

22-го января. Душъ въ 9 час. утра. Въ 10 час. 30 мин. утра впрыснута одна ампулла Pituitrin Parke Davis. Черезъ 10 минутъ появилась первая, вполнѣ отчетливая схватка, продолжавшаяся $^3/_4$ минуты. Въ теченіе часа схватки повторялись черезъ 3—6 минутъ, по 30—45 секундъ.

Въ 11 час. 45 мин. впрыснута вторая ампула Pituitrin. Спустя $1^1/_2$ часа схватки прекратились.

Въ 3 часа 20 мин. дня введенъ метрейринтеръ, вмѣстимостью въ 150 грм. Черезъ $2^1/_2$ часа баллонъ вышелъ.

Въ 6 час. 35 мин. веч. введенъ баллонъ, вмѣстимостью въ 350 грм., вышедшій черезъ полчаса.

Въ 7 час. 30 мин. веч. плодный пузырь разорванъ при зѣвѣ, открытомъ на 4 пал., такъ какъ началось умѣренное кровотеченіе. Плодъ былъ въ заднемъ видѣ 2-го затылочнаго положенія.

Такъ какъ къ 8 час. 30 мин. кровотеченіе значительно усилилось, схватки были неособенно сильныя, а сердцебіеніе плода стало отчетливо замедляться, то наложены щипцы въ поперечномъ размѣрѣ таза. Послѣ многихъ, довольно сильныхъ тракцій головка выведена въ заднемъ видѣ. Послѣдъ вышелъ черезъ 20 минутъ съ обильными сгустками.

Плодъ—недоношенная дѣвочка, живая; вѣсъ ея 1800 грм.; длина 40 стм.; окружность головки 29 стм.

Вѣсъ послѣда—350 грм.; размѣры его 13 × 12. Въ немъ замѣчается очень много различной величины бѣлыхъ инфарктовъ. Длина пуповины 38 стм. Оболочки плотныя, разрывъ краевой.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 31 января съ ребенкомъ.

„Nephritis gravidarum. Partus arte praematurus. Injectio Pituitrini. Metreurysis. Separatio placentae praematura. Haemorrhagia externa et interna. Applicatio forcipis".

LXVI. 1912 г. Журналъ № 420.

М. М., 29-ти лѣтъ, III рага, поступила въ Р. З. 26-го января въ 10 час. 15 мин. утра. Послѣдніе роды—въ 1903 г. Послѣдніе регулы 10 іюня 1911 г. Родовыя боли начались 26 января въ 7 час. утра.

Поступила съ кровотеченіемъ; t° 36,0. Блѣдность значительная. На лицѣ и ногахъ отеки. Въ мочѣ бѣлокъ. Тоны сердца глухи. Окружность живота—108 стм. Матка большая, напряженная; не разслабляется. Дно ея упирается въ мечевидный отростокъ. Сердцебіеніе плода подъ сомнѣніемъ. Шейка сглажена; пузырь напрягается; края послѣда нигдѣ не опредѣляются; предлежащая часть не достигается. Вскорѣ кровотеченіе усилилось. Кровь жидкая, темноватая.

Больная возбуждена, безпокойна; пульсъ частъ, выпадаетъ. Животъ сильно

напряженъ; сердцебіеніе плода глухое, замедлено, справа, на уровнѣ пупка. Зѣвъ открытъ на 4 п., пузырь цѣлъ. Впрыснута 1 ампула Pituitrini.

Ввиду тяжелаго состоянія роженицы, кровотеченія и замедленія сердцебіенія плода, рѣшено немедленно кончить роды.

По разрывѣ пузыря предлежащая часть (ягодицы въ переднемъ видѣ) опустилась во входъ таза. Правая рука введена въ полость матки; обнаружено, что ножки вытянуты. Правая ножка захвачена и низведена. Извлеченіе было трудное, благодаря величинѣ плода. Вслѣдъ за плодомъ вышелъ послѣдъ.

Ввиду кровотеченія шейка осмотрѣна, при чемъ разрывовъ ея не оказалось. Матка дряблая, плохо сокращается. Сдѣлано подкожное впрыскиваніе Pituitrini и эрготина.

Къ 6 час. родильница оправилась. Продолжительность родовъ—6 часовъ 35 минутъ.

Плодъ—живая, доношенная дѣвочка; вѣсъ ея 4050 грм.; длина 53 стм.; окружность головки 36 стм.

Вѣсъ послѣда—500 грм., размѣры 16 × 17. Длина пуповины 51 стм. Прикрѣпленіе краевое.

Воды обильны, грязны. Оболочки дряблы; разрывъ ихъ краевой.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 3 февраля на 8-й день съ ребенкомъ.

„Nephritis gravidar. Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia interna et externa. Injectio pituitrini. Descensio pedis. Extractio foetus".

LXVII. 1912. Журналъ № 2678.

П. М. 22-хъ лѣтъ, II рага, поступила въ Р. З. 19-го октября въ 7 час. утра. Родила 1 разъ, 2-го сентября 1910 г. Ребенокъ живъ. Послѣдніе регулы—4 апрѣля 1912 г. Первое движеніе 3 сентября 1912 г. Поступила съ сильнымъ кровотеченіемъ, наступившимъ внезапно послѣ полученія ею травмы (ударъ ногой въ животъ). При поступленіи сердцебіеніе плода ясно выслушивалось справа. Шейка существуетъ, зѣвъ открытъ на $1^1/_2$ п., пузырь цѣлъ. Тазъ N.

Въ 10 час. утра роженица возбуждена; схватки очень болѣзненны; кровотеченіе усилилось; сердцебіеніе замедлено. Зѣво открытъ на 2 п., края его тонкіе, пузырь цѣлъ, Головка баллотируетъ надъ входомъ. Рѣшено сдѣлать поворотъ по Braxton-Hicks'y. Поворотъ совершенъ легко, низведена лѣвая ножка. Вскорѣ извлеченъ плодъ; послѣдъ вышелъ черезъ $^1/_4$ часа самостоятельно. Продолжительность родовъ 2 часа 45 мин.

Плодъ—недоношенная, слабая дѣвочка умерла въ тотъ же день; вѣсъ ея 1500 гр., длина 34 стм.; окружность головки 30. Вѣсъ послѣда 300 грм.; размѣры его 14×15. Длина пуповины 32 стм., прикрѣпленіе ея центральное. Оболочки плотныя; разрывъ ихъ боковой.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 25 октября на 7-ой день.

„Separatio placentae praematura traumatica sub graviditate. Versio in pedem modo Braxton-Hicks et extractio foetus".

LXVIII. 1912 г. Журналъ № 2781.

Е. Т. 34-хъ лѣтъ, X рага, поступила въ Р. З. 28-го октября въ 2 часа дня. Живыхъ дѣтей имѣетъ 6.

Послѣдніе роды въ 1909 г., въ послѣдовомъ періодѣ было сильное кровотеченіе. Послѣдніе регулы въ апрѣлѣ 1912 г. Первого движенія плода указать не можетъ.

При поступленіи t° 36,7. Пульсъ 88. Размѣры таза: 33—28—26—20. Значительное кровотеченіе, начавшееся въ 10 час. утра. Части плода вслѣдствіе толстыхъ брюшныхъ покрововъ не прощупываются. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Зѣвъ открытъ на $1^1/_2$ п., пузырь цѣлъ; предлежатъ лѣвая ножка и большая петля непульсирующей пуповины.

Въ 3 часа 45 мин. дня разорванъ пузырь, въ полость матки введенъ кольпейринтеръ Braun'a, емкостью въ 200 куб. стм., который родился въ 5 часовъ. Черезъ полчаса, при открытіи зѣва въ $2^1/_2$ п., низведена лѣвая ножка. Въ 10 часовъ вечера роженица понемногу теряла кровь. Родовая дѣятельность слабая. При полномъ открытіи зѣва плодъ извлеченъ. Вслѣдствіе кровотеченія, послѣдъ выжатъ по Credé, черезъ 5 минутъ по извлеченіи плода. Подъ кожу впрыснутъ эрготинъ. Кровотеченіе, нѣсколько пріостановившееся черезъ полчаса значительно усилилось. При осмотрѣ съ помощью зеркалъ обнаруженъ небольшой разрывъ шейки. Въ глубинѣ пальцемъ опредѣленъ пульсирующій сосудъ. En masse наложено 3 кэтгутовыхъ шва. Несмотря на это кровотеченіе продолжалось. Сдѣланъ душъ въ 40°, матка и влагалище туго затампонированы. Кровотеченіе остановилось.

Несмотря на принятыя мѣры (камфора, бинтованіе конечностей, подкожное и внутривенное вливаніе) родильница стала быстро слабѣть, пульсъ сталъ неощутимымъ, дыханіе частымъ, неправильнымъ. Въ 12 часовъ 15 мин. ночи больная скончалась.

Продолжительность родовъ 42 часа.

Плодъ—мертвая, недоношенная дѣвочка; вѣсъ ея 2000 грм., окружность головки 32 стм.

Вѣсъ послѣда—550 грм.; размѣры его 18—17. Длина пуповины 48 стм.; прикрѣпленіе ея боковое. Оболочки плотныя; разрывъ ихъ боковой.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Debilitas dolorum. Haemorrhagia externa. Diruptio velamentorum. Metreurysis. Descensio pedis et extractio foetus. Hysterotrachelorrhaphia. Atonia uteri. Anaemia gravis. Mors".

Протоколъ вскрытія.

Трупъ хорошаго питанія, правильнаго тѣлосложенія. Трупное окоченѣніе хорошо выражено. Кожа крайне блѣдная. Въ лѣвомъ локтевомъ сгибѣ, соотвѣтственно V. mediana, разрѣзъ кожи и подкожной клѣтчатки въ $3^1/_2$ стм. длиною; края разрѣза соединены скобками. Толщина подкожнаго жирнаго слоя на передней стѣнкѣ живота 5 стм. Діафрагма справа по верхнему краю 4-го ребра, слѣва по верхнему краю 5-го ребра. Желудокъ и тонкія кишки вздуты, толстыя въ нѣсколько спавшемся состояніи. Полость малаго таза выполнена увеличенной маткой, дно которой выстоитъ надъ лоннымъ сращеніемъ на 13 стм. Серозная оболочка кишекъ и пристѣночная брюшина блѣдная. Лѣвое легкое приращено сзади, правое безъ приращеній. Легкія плохо спались. Лѣвое легкое отечно, сѣро-краснаго цвѣта, проходимо для воздуха. Правое легкое такое же. Слизистая зѣва и пищевода блѣдная. Слизистая гортани и трахеи блѣдная, слизистая бронховъ такая же. Въ полости сердечной сумки граммъ 20 серозной жидкости. Въ полостяхъ сердца жидкая, не свернувшаяся кровь, мускулатура вялая, блѣдно-сѣрая съ желтовато-краснымъ оттѣнкомъ. Клапаны безъ особыхъ измѣненій, также интима вѣнечныхъ артерій и восходящей аорты.

Селезенка увеличена раза въ два, капсула ея напряжена, пульпа ея крайне вялая, легко выскабливается, выворачивается на разрѣзѣ, цвѣта сѣро-краснаго.

Панкреатическая железа небольшая, проросла жиромъ. Надпочечники безъ особыхъ измѣненій.

Капсула лѣвой почки снимается легко, поверхность почки гладкая, ткань ея крайне дряблая; корка и Бертиніевы колонки желтаго цвѣта, нѣсколько утолщены, безъ рисунка; Мальпигіевы пирамидки сѣро-краснаго цвѣта; слизистая лоханки блѣдная. Правая почка такая же.

Въ желчномъ пузырѣ довольно много буровато-желтой желчи. Поверхность печени гладкая, ткань ея крайне дряблая, желтовато-сѣраго цвѣта, безъ рисунка. Печень нѣсколько увеличена въ размѣрахъ.

Слизистая растянутаго желудка блѣдная, покрыта густою слизью. Слизистая тонкихъ кишекъ блѣдная, слегка отечная. Слизистая толстыхъ кишекъ сѣрая, съ опухшими солитарными железками.

Полость влагалища выполнена марлевымъ тампономъ, часть коего введена въ шейку матки.

Длина не вскрытой матки 17 стм., ширина 10,5 стм., толщина 6,8 стм. Правый уголъ матки поднятъ и правая труба начинается какъ бы отъ верхушки лѣвый уголъ спущенъ. Лѣвая широкая связка и подсерозная клѣтчатка передняго Дугласа пропитаны кровью. Марлевый тампонъ достигаетъ дна полости матки. Слизистая влагалища сѣро-красная съ темно-красными пятнами, мѣстами и преимущественно слѣва съ поверхностными дефектами слизистой. Слѣва на разрывъ portionis vaginalis наложены 2 шва; выше швовъ въ шейкѣ матки слѣва разрывъ мышечныхъ слоевъ, достигающій внутренняго зѣва. Края разрыва неровныя. Толщина стѣнки матки 1,5 стм. Внутренняя поверхность неровная, въ области задней стѣнки у дна покрыта красными кровяными сгустками. Яичники небольшіе; въ лѣвомъ яичникѣ истинное желтое тѣло. Трубы безъ особыхъ измѣненій.

Эпикризъ: Anaemia universalis. Obesitas universalis. Pleuritis adhaesiva chron. sinistra. Emphysema, oedema pulmonum. Degeneratio adiposa myocardii, hepatis. Hyperplasia lienis chron. Nephritis parenchymatosa chronica. Corpus luteum ovarii sinistri. Infiltratio haemorrhagica ligamenti lati sinistri, Ruptura cervicis uteri. Uterus post partum.

Клиника акушерства и женскихъ болѣзней проф. Д. Д. Попова.

1912 г. № 30.

П. А., мѣщанка 32-хъ лѣтъ, поступила въ Клинику 20. IV. въ 4 часа утра.

Регулы носитъ съ 14-ти лѣтъ, черезъ 4 недѣли, по 4 дня. Рожала 6 разъ. При первыхъ родахъ было сильное кровотеченіе. Послѣдній разъ разрѣшилась двойнями, причемъ уже было сильное кровотеченіе. Всѣ дѣти живы.

Послѣднія регулы—28-го іюня 1911-го года. Первое движеніе не помнитъ. Во время беременности чувствовала себя хорошо. Были небольшіе отеки ногъ, какъ при каждой беременности. Окружность живота 98 стм. Размѣры таза: 32—28—25—22. Спинка слѣва; мелкія части справа, Головка во входѣ въ тазъ. Сердцебіеніе плода слѣва, 140 въ минуту. Входъ во влагалище зіяетъ. Выдѣленія обильны, кровянисты. Зѣвъ открытъ на 3 пальца; края его толсты; водъ нѣтъ (прошли дома въ 11 часовъ вечера). Боли начались въ 12 часовъ ночи. Полное открытіе зѣва въ 5 часовъ утра. Въ 5 ч. 50 мин. родился плодъ, а черезъ 50-ми нутъ вышелъ послѣдъ. Общая потеря крови значительная.

Плодъ—живая дѣвочка; вѣсъ ея — 3.300 грм.; длина — 57 стм. Окружность головки 34 стм., груди—34 стм. Вѣсъ послѣда—360 грм.; размѣры его: 20—15.

Послѣдъ круглый, маточная поверхность его неровная, дольчатая; центръ послѣда выступаетъ надъ остальнымъ уровнемъ, образуя какъ бы отдѣльное дѣтское мѣсто. На поверхности послѣда, нѣсколько отступя отъ центра сидитъ плотный, черный, продолговатый сгустокъ крови, величиною съ полкулака, доходящій до края послѣда и здѣсь значительно сдавившій послѣдъ. Отступя стм. на 2 отъ края послѣда сидитъ круглой формы добавочный послѣдъ, величиною въ серебряный рубль.

На плодовой поверхности послѣда видны нѣсколько бѣлыхъ инфарктовъ. Прикрѣпленіе пуповины почти центральное; длина ея — 58 стм.; пуповина слабовитая.

Микроскопическое строеніе послѣда см. главу о патологической анатоміи.

Обуховская Больница.

1. 1901 г. Журналъ № 5819.

Н. Ж., 31-го года, IV para, поступила въ Об. Б. 13-го августа въ 1 часъ дня съ сильнымъ кровотеченіемъ. Выраженныя явленія остраго малокровія; конечности холодны; пульсъ еле прощупывается. Подъ кожу влито 400 куб. стм. физіологическаго раствора. Зѣвъ открытъ на 2 пальца, пузырь цѣлъ. Въ матку введенъ метрейринтеръ. Черезъ $^1/_4$ часа—баллонъ извлеченъ; зѣвъ открытъ уже на 4 пальца. Пузырь разорванъ, а во влагалище введенъ кольпейринтеръ. Ввиду того, что несмотря на это кровотеченіе продолжалось и плодъ былъ завѣдомо мертвый, произведена перфорація головки его; плодъ извлеченъ краніокластомъ (3 часа дня). Немедленно ввойдено было рукой въ полость матки, гдѣ найденъ свободно въ ней лежащій послѣдъ и огромное количество сгустковъ. Матка до такой степени вялая, что едва удается опредѣлить ея стѣнки. Растираніемъ матку удалось нѣсколько сократить, послѣ чего матка туго затампонирована. Общее состояніе родильницы продолжало ухудшаться, и несмотря на цѣлый рядъ принятыхъ мѣръ, она скончалась.

Плодъ, мертвый мальчикъ. Вѣсъ его 2850 грм.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Inertia uteri. Haemorrhagia externa et interna. Metreurysis. Perforatio et cranioclasia. Atonia uteri. Mors".

2. 1902 г. Журналъ № 3085.

И. В., 37-ми лѣтъ, VI para, поступила въ Об. Б. 29-го марта въ 12 час. 30 мин. дни. Родовыя боли начались въ срокъ; въ началѣ родовъ появилось сильное кровотеченіе. Сердцебіеніе плода выслушивается неясно, слѣва близъ средней линіи. Зѣвъ пропускаетъ 2 пальца, пузырь цѣлъ, предлежитъ головка. Вставленъ кольпейринтеръ, послѣ чего кровотеченіе временно пріостановилось Въ 5 часовъ баллонъ выпалъ; схватки крайне болѣзненны; открытіе зѣва $3^1/_2$ пальца. Въ 7 часовъ вечера, при полномъ открытіи зѣва, разорванъ пузырь; отошли грязныя воды; головка опустилась въ полость.

Вскорѣ возобновилось кровотеченіе. Схватки, все время бывшія крайне болѣзненными, но мало продуктивными, вскорѣ стихли. Въ 9 часовъ вечера данъ

соляно-кислый хининъ (2 раза по 0,5). Въ 12 часовъ ночи опять сильное кровотеченіе; роженица анэмична; сердцебіеніе плода больше не выслушивается. Немедленно наложены щипцы; послѣдъ выжатъ по Credé; вслѣдъ за нимъ вышли большіе куски свернувшейся крови; одинъ сгустокъ былъ величиною съ дѣтскую головку.—Общее состояніе родильницы очень тяжелое, пульсъ не прощупывается. Приняты обычныя мѣры (подкожныя вливанія, камфоры), послѣ чего больная начала оправляться.

Продолжительность родовъ 12 часовъ.

Плодъ—мальчикъ, доношенный, мертвый. Вѣсъ его 4775 грм.

Послѣродовой періодъ осложнился эндометритомъ. Высшая температура 38,3. Родильница выписалась на 26-ой день.

„Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa et interna. Metreurysis. Diruptio velamentorum. Applicatio forcipis. Anaemia gravis".

3.. 1902 г. Журналъ № 5977.

М. Б., 36-ти лѣтъ, VII para, поступила въ Об. Б. 10-го іюля въ 9 час. 20 мин. утра съ чрезвычайно сильнымъ кровотеченіемъ. Общее состояніе крайне тяжелое; пульсъ не прощупывается. Матка дряблая, схватокъ нѣтъ. Зѣвъ пропускаетъ 2 пальца; растяжимъ. Плодный пузырь цѣлъ. Немедленно оболочки разорваны, произведенъ поворотъ на ножку. Плодъ и послѣдъ извлечены. На небольшіе боковые разрывы шейки наложены швы (4 слѣва и 2 справа). Горячій маточный душъ (40°). Тугая тампонація матки. Въ 10 час. 45 мин. черезъ тампонъ стала просачиваться кровь, ввиду чего матка перетампонирована. Тутже началась агонія.

Плодъ—мервый мальчикъ; вѣсъ его 5700 грм.

Diagnosis anatomica: Dilatatio cordis. Adipositas cordis. Degeneratio parenchymat. musc. cordis grad. magni. Oedema pulmonum. Anaemia lienis et hepatis. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Degeneratio parenchymatosa renum. Uterus post partum. Anaemia uteri. Ruptura macosae uteri. Corpus luteum verum ovarii dextri. Anaemia universalis grad. magni.

„Separatio placentae praematura ante partum maturum. Inertia uteri. Haemorrhagia externa. Diruptio velamentorum. Versio in pedem et extractio foetus. Atonia uteri post partum. Mors. Foetus giganteus".

4. 1908 г. Журналъ № 16196.

Б. С., 20-ти лѣтъ, I para, поступила въ Об. Б. 11-го декабря въ 7 часовъ 30 мин. вечера. Регулы носитъ съ 13-ти лѣтъ, черезъ 3 недѣли по 5 дней, обильныя, безъ боли. Послѣднія крови въ мартѣ 1908 г.

Въ началѣ родовъ больная почувствовала себя худо; было обморочное состояніе. При поступленіи обильное кровотеченіе. Больная хорошаго питанія. Животъ напряженъ. Дно матки опредѣляется 4 пальца выше пупка. Зѣвъ открытъ на $2^1/_2$ пальца; края его тонкіе; пузырь цѣлъ; предлежитъ головка вмѣстѣ съ какой-то мелкой частью. Обильное кровотеченіе сгустками. Пальцами зѣвъ расширенъ до $3^1/_2$ пальцевъ; пузырь вскрытъ; захвачена правая ножка и, съ нѣкоторымъ трудомъ совершенъ поворотъ. Черезъ 10 минутъ начались потуги и родился ребенокъ.

Плодъ—мальчикъ, мертвый, недоношенный. Вѣсъ его 2650 грм. Послѣродовой періодъ осложнился инфлюэнцой.

Родильница выписалась 8 января на 28-ой день.

ХАРЬКОВСК. ГОСУД. МЕДИЦ. ИНСТИТУТ
Библиотека-Читальня
и ИСПОЛКОФБЮРО

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro XI mens. Haemorrhagia externa. Diruptio velamentorum. Versio in pedem et extractio foetus."

5. 1909 г. Журналъ № 2599.

О. Р., 40 л., X рага, поступила въ Об. Б. 1-го февраля въ 10 час. 50 мин. утра. Регулы носитъ съ 17-ти лѣтъ, по 3—4 дня, необильныя, безъ боли. Послѣдняя крови 9 мѣсяцевъ т. н. Рожала 9 разъ, первый разъ на 19-омъ году, послѣдній—2 года назадъ. Выкидышей не было. Съ утра 1-II появилось кровотеченіе. Поступила въ состояніи остраго малокровія. Изъ влагалища сильная струя крови. Шейка сглажена; зѣвъ открытъ на 3 пальца; края его тонкія; пузырь напрягается. По разрывѣ оболочекъ головка опустилась въ полость таза. Немедленно наложены высокіе щипцы въ поперечномъ размѣрѣ таза. Плодъ извлеченъ безъ труда.

Плодъ—мальчикъ, мертвый, доношенный. Вѣсъ его 3600 грм. Приняты обычныя мѣры: подкожное вліяніе (800 к. с.), 3 шприца камфоры, ледъ на животъ, горячій пузырь на голову, грѣлка къ ногамъ, низкое положеніе головы.

Послѣродовой періодъ осложнился задержкой сгустковъ въ маткѣ (которые пришлось удалять рукой на 8-ой день) и пуэрперальнымъ эндометритомъ.

Родильница выписалась 17-го февраля на 16-ый день.

„Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa. Diruptio velamentorum. Applicatio forcipis. Anaemia gravis".

6. 1909 г. Журналъ № 1673.

А. С., 28-ми лѣтъ, IV рага, поступила въ Об. Б. 11-го апрѣля въ 8 час. 20 мин. вечера.

Регулы носитъ съ 13-ти лѣтъ, черезъ 3 недѣли, по 3—4 дня, безъ боли, необильные. Послѣднихъ регулъ указать не можетъ. Рожала 3 раза, послѣдніе роды 2 года назадъ, безъ особенностей. Выкидышей не было. 11-го апрѣля, въ 6 часовъ вечера, безъ видимыхъ причинъ, началось сильное кровотеченіе, побудившее больную поступить въ больницу. Дно матки на 4 пальца ниже мечевиднаго отростка. Схватокъ не замѣтно. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Шейка сглажена, края зѣва толстые, но податливые, открытіе зѣва на $2^1/_2$ пальца; предлежащая часть—головка—баллотируетъ надъ входомъ. Край послѣда не опредѣляется. Пузырь цѣлъ, плотный, плоскій, передніхъ водъ мало.

Ввиду обильнаго кровотеченія пузырь вскрытъ, рукой ввойдено въ матку, захвачена лѣвая ножка плода (находящагося во второмъ черепномъ положеніи) и сдѣланъ поворотъ. Въ 9 часовъ началось врѣзываніе ягодицъ. Плодъ извлеченъ безъ признаковъ жизни (въ 9 час. 10 мин.). Послѣдъ вышелъ съ оболочками въ 9 час. 35 мин. Во входѣ въ рукавъ незначительныя ссадины слизистой. Продолжительность родовъ 3 часа 35 мин. Плодъ—мальчикъ, мертвый, доношенный. Вѣсъ его 3870 грм. На 7-ой день было однодневное повышеніе темпертуры до 39.1, безъ мѣстныхъ явленій.

Родильница выписалась 22-го февраля на 11-ый день.

„Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa. Diruptio velamentorum. Versio in pedem et extractio foetus".

7. 1909 г. Журналъ № 13822.

Е. Ф., 39-ти лѣтъ, XII рага, поступила въ Об. Б. 14-го октября 1909 г., въ 8 час. вечера.

Регулы носитъ съ 13-ти лѣтъ, черезъ 4 недѣли, по 7 дней, обильные, безъ боли. Рожала 10 разъ; первые роды были на 27-омъ году; вторая беременность кончилась выкидышемъ на 4-омъ мѣсяцѣ; десятые роды были 1 годъ 7 мѣс. назадъ. Всѣ роды и послѣродовые періоды были нормальны. Въ живыхъ дѣтей осталось пятеро. Послѣднія крови—въ началѣ марта 1909 г. 14-го октября въ 10 часовъ утра началось кровотеченіе. При поступленіи (8 час. веч.) роженица жалуется на слабость, головокруженіе и потемнѣніе въ глазахъ. Больная средняго питанія, анэмична. Пульсъ 116, ровный. Матка твердая, стѣнки ея напряжены. Дно матки на серединѣ между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Обильное кровотеченіе изъ влагалища. Шейка укорочена, каналъ ея свободно пропускаетъ палецъ. Пузырь цѣлъ, напряженъ. Нигдѣ края послѣда достичь не удается. Предлежитъ головка, подвижная надъ входомъ. Введенъ матрейринтеръ. Въ 11 час. вечера баллонъ выпалъ. Шейка сглаживается, края зѣва толстые, зѣвъ открытъ на 3 пальца. Правой рукой сдѣланъ поворотъ на ножку (лѣвую), плодъ извлеченъ обычнымъ путемъ безъ затрудненій.

Послѣдъ вышелъ вмѣстѣ съ плодомъ. Одновременно изъ матки вышло много темной жидкой крови и старыхъ сгустковъ. Послѣ родовъ матка сокращалась плохо, кровотеченіе продолжалось, ввиду чего матка затампонирована марлей. Общее состояніе очень плохое. Больная безпокоится, дыханіе рѣдкое, поверхностное. Пульсъ не прощупывается. Наружнаго кровотеченія нѣтъ; но при надавливаніи на матку сквозь тамнонъ сочится темная кровь (1 ч. 30 м. ночи).

Приняты слѣдующія мѣры: двукратное внутривенное вливаніе солевого раствора (по 1000 куб. стм.), подкожныя впрыскиванія эрготина (2 шприца), камфоры (4 шприца), электризація и массажъ матки, грѣлки, искусственное дыханіе, массажъ сердца. Началась агонія.

Плодъ — мальчикъ, мертвый, недоношенный. Вѣсъ его 2100 грм.

Diagnosis anatomica: Degeneratio adiposa myocardii. Haemorrhagia sub endocard. ventriculi sinistri cordis. Oedema pulmonum. Hyperplasia acuta lienis. Degeneratio adiposa renum. Uterus post partum. Ruptura cervicis uteri. Anaemia universalis acuta.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia interna et externa. Metreurysis. Versio in pedem et extractio foetus. Anaemia gravis. Atonia uteri post partum. Mors".

8. 1909 г. Журналъ № 14340.

Е. П., 19-ти лѣтъ, II рага поступила въ Об. Б. 27-го октября въ 8час. 50 мин. утра.

Регулы носитъ съ 14-ти лѣтъ, черезъ 3—4 недѣли, по 3—4 дня, необильные, безъ боли. Родила 1 разъ—15. IX. 1908 г. Роды и послѣродовой періодъ прошли нормально. Послѣдніе регулы были 18-го марта. 27-го октября въ 7 час. 30 мин. утра, безъ видимыхъ причинъ, началось кровотеченіе.

При поступленіи схватокъ нѣтъ; кровотеченіе довольно сильное, пульсъ 88. Дно матки на 3 пальца выше пупка.

Шейка существуетъ, едва пропускаетъ палецъ. Пузырь цѣлъ, не наливается. Предлежитъ головка. Края послѣда нигдѣ опредѣлить не удается. Ввиду кровотеченія введенъ въ матку кольпейринтеръ. Въ теченіе сутокъ кровотеченія не было. Схватокъ нѣтъ; признаковъ родовой дѣятельности нѣтъ. Баллонъ извлеченъ; влагалище проспринцовано сулемой; назначена клизма съ опіемъ. 28-го октября послѣ обѣда начались схватки; и въ 12 часовъ 30 минутъ ночи 29. X родился плодъ. Послѣдъ вышелъ съ оболочками.

Плодъ—дѣвочка, живая, недоношенная, 4-го марта черезъ 5 минутъ; вѣсъ ея 1900 грм.

Послѣродовой періодъ безъ особенностей. Родильница выписалась 3. XI на 7-ой день.

„Separatio placentae praematura sub graviditate. Haemorrhagia externa. Metreurysis".

9. 1910 г. Журналъ № 5084.

Е. К., 30-ти лѣтъ, ? рага, поступила въ Об. Б. 21-го марта съ сильнымъ кровотеченіемъ. Послѣдніе регулы 7 мѣсяцевъ назадъ. При поступленіи больная анэмична; пульсъ 124. Матка на 3 пальца выше пупка.

Изъ влагалища обильное кровотеченіе. Пузырь цѣлъ, предлежитъ головка, баллотирующая высоко надъ входомъ. Пузырь вскрытъ, захвачена ножка, произведенъ поворотъ Плодъ. извлеченъ. На разрывъ шейки слѣва наложены швы. Ввиду кровотеченія ex atonia матка промыта горячей водой и затампонирована; (11 час. утра).

Вскорѣ кровотеченіе возобновилось, сквозь тампонъ.

Матка дряблая. Общее состояніе тяжелое, пульсъ очень частъ. Наложенъ жгутъ по Momburg'y до исчезновенія пульса въ art. femoralis. Кровотеченіе остановилось. Жгутъ оставленъ лежать въ теченіе 1 часа 15 минутъ. По снятіи его кровотеченіе остановилось. Ввиду этого больной предложено оперативное пособіе (extirpatio uteri), отъ котораго она отказалась. Въ 12 часовъ 30 мин. сдѣлано внутривенное вливаніе (2000 куб. стм.), подъ кожу впрыснута камфора, эрготинъ.

Въ 12 часовъ 50 минутъ родильница скончалась.

Плодъ—дѣвочка, мертвая, недоношенная, вѣсъ ея 1100 грм.

Diagnosis anatomica: Hypertrophia concentrica ventriculi sinistri cordis. Haemorrhagia sub endocardio ventriculi sinistr. Sclerosis nodosa aortae abdominalis. Emphysema pulmomum. Infiltratio adiposa hepatis. Nephritis interstitialis chronica disseminata renis dextri. Hypertrophia vicaria renis sinistri. Uterus post partum. Haemorrhagia subserosa uteri. Ruptura colli uteri. Anaemia acuta universalis.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa. Diruptio velamentorum. Versio in pedem et extractio foetus. Suturae ad rupturam colli. Atonia uteri post partum. Mors".

10. 1910 г. Журналъ № 9991.

М. Ч., 24-хъ лѣтъ, III рага, поступила въ Об. Б. 9-го іюля утромъ. Регулы носитъ съ 14-ти лѣтъ, черезъ 4 недѣли, по 7 дней, обильные, безъ боли. Рожала 2 раза; первые роды на 19-мъ году, вторые—2 года назадъ. Какъ роды, такъ и послѣродовые періоды безъ особенностей. Послѣднихъ регулъ указать не можетъ. Въ ночь на 9-ое іюля (5 час. утра) начались родовыя боли и появилось кровотеченіе. При поступленіи кровотеченіе небольшое. Дно матки на 4 пальца ниже мечевиднаго отростка. Шейка сглажена, зѣвъ открытъ на $3^1/_2$ пальца. Предлежащая головка баллотируетъ надъ входомъ. Ввиду возобновившагося кровотеченія въ 2 часа дня роды кончены поворотомъ на ножку и извлеченіемъ плода. Черезъ 5 минутъ вышелъ вышелъ послѣдъ съ рваными оболочками.

Продолжительность родовъ 9 часовъ 5 минутъ.

Плодъ—дѣвочка, мертвая, недоношенная; вѣсъ ея 2900 грм.

На 4-й день послѣродового періода однодневное повышеніе температуры до 39,0°.

Родильница выписалась здоровой 14. іюля на 6-ой день.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa. Versio in pedem et extractio foetus".

11. 1910. Журналъ № 10464.

Т. Н., 35-ти лѣтъ, X рага, поступила въ Об. Б. 20-го іюля въ 1 часъ ночи.

Регулы носитъ съ 15-ти лѣтъ, черезъ 4 недѣли, по 5 дней, обильные, безъ боли. Рожала 9 разъ; первые роды на 17-омъ году, девятые 2 года назадъ. Роды и послѣродовые періоды безъ особенностей, Выкидышей не было.

Послѣдніе регулы въ концѣ ноября (?).

При поступленіи сильное кровотеченіе. Больная крайне блѣдна. T° 38,0. На ногахъ варикозныя расширенія венъ. Дно матки на 2 пальца ниже мечевиднаго отростка. Изъ влагалища торчитъ мацерированная ручка и сильно измѣненная, непульсирующая пуповина.

При внутреннемъ изслѣдованіи опредѣленъ бокъ плода, подмышковая впадина, закрытая вправо. При изслѣдованіи вытекло порядочное количество водъ. Правой рукой, введенной въ матку захвачена нижележащая правая ножка плода, сдѣланъ безъ труда поворотъ и извлеченъ плодъ. Послѣдъ удаленъ рукой тотчасъ же по рожденіи плода, послѣ чего извлечено изъ матки большое количество темныхъ, плотныхъ сгустковъ.

Плодъ—мальчикъ мацерированный; вѣсъ его 3600 грм.

Послѣродовой періодъ осложнился легкимъ эндометритомъ съ высшей температурой—38,5.

Родильница выписалась 27-го іюля на 8-ой день по собственному желанію.

„Situs foetus transverus. Prolapsus manus dextrae et funiculi umbilicalis. Separatio placentae praematura. Haemorrhagia externa et interna. Anaemia acuta. Versio in pedem et extractio foetus macerati".

12. 1910 г. Журналъ № 12382.

П. Б., 32-хъ лѣтъ, VII рага поступила въ Об. Б. 1-го августа вечеромъ. Регулы носитъ съ 18-ти лѣтъ, черезъ 4 нед., по 4 дня, необильные, безъ боли, Рожала 6 разъ; первые роды на 22-мъ году, шестые — годъ назадъ. Какъ роды, такъ и послѣродовые періоды безъ особенностей. Послѣдніе регулы въ мартѣ.

1-го августа безъ видимой причины началось кровотеченіе.

При поступленіи больная рѣзко анэмична; пульсъ 116; t° 36,8. Кровотеченіе довольно обильно. Шейка укорочена, проходима для пальца. Пузырь цѣлъ. Предлежитъ баллотирующая надъ входомъ головка. Въ полость матки введенъ кольпейринтеръ Braun'a.—Утромъ въ 10 часовъ (2 августа) метрейринтеръ выскочилъ. Шейка сглажена, открытіе зѣва на 4 пальца, пузырь цѣлъ; возобновилось довольно значительное кровотеченіе. Пузырь разорванъ, сдѣланъ поворотъ на ножку. Немедленно извлеченъ плодъ. Послѣдъ тутъ же выжатъ. Матка промыта горячей водой.

Плодъ—дѣвочка, мертвая, недоношенная; вѣсъ ея 1400 грм.

Въ послѣродовомъ періодѣ было на 2-й и 3-й день повышеніе температуры до 38,8° безъ мѣстныхъ явленій.

Родильница выписалась 10-го августа на 9-й день.

„Separatio placentae praematura sub graviditate. Haemorrhagia externa. Metreurysis. Versio in pedem et extractio foetus".

13. 1910 г. Журналъ № 13450.

А. О., 38-милѣтъ, X рага, поступила въ Об. Б. 26-го сентября въ состояніи остраго малокровія.

Регулы носитъ съ 14 лѣтъ, черезъ 4 нед., по 4 дня, необильныя, безъ боли. Рожала 9 разъ; первые роды на 20-мъ году, послѣдніе 1 годъ назадъ. Какъ роды, такъ и послѣродовые періоды безъ особенностей. Послѣдніе регулы 8 мѣс. назадъ.

Больная умѣреннаго питанія, сильно анэмична, безпокоится; дыханіе рѣзко затруднено. Пульсъ частый, плохого наполненія; t° 36,2. Величина матки соотвѣтствуетъ 8-ми мѣсяцамъ беременности. Сердцебіеніе плода не выслушивается Изъ влагалища необильныя кровянистыя выдѣленія, шейка сглажена, зѣвъ открытъ на 3½ пальца, края его толстые; водъ нѣтъ; предлежитъ головка, которая съ большимъ трудомъ можетъ быть отодвинута.

Ввиду тяжелаго состоянія роженицы и установленной смерти плода, сдѣлана перфорація головки по пальцу, наложенъ краніокластъ Braun'a, извлеченъ плодъ; послѣдъ выжатъ немедленно по рожденіи плода. Вслѣдъ за нимъ выдѣлилось огромное количество сгустковъ крови.

Вслѣдствіе обильнаго кровотеченія полость матки промыта горячей водой и туго затампонирована. Подъ кожу влито 500 куб. стм. солевого раствора, впрыснуты камфора, эрготинъ; къ ногамъ грѣлки; на голову пузырь съ горячей водой.

Вскорѣ появилось обильное кровотеченіе сквозь тампонъ, ввиду чего наложенъ жгутъ Momburg'a до прекращенія пульсаціи art. femoralis. Кровотеченіе пріостановлено. Сдѣлано внутривенное вліяніе солевого раствора (1200 куб. стм.). Пульсъ очень плохого наполненія, частъ; вторично подъ кожу впрыснуты камфора и эрготинъ.

Черезъ 40 минутъ, послѣ предварительнаго бинтованія ногъ, жгутъ снятъ. Постепенно сняты и бинты съ ногъ. Родильница все же не оправилась и въ 11 ч. 55 мин. пополудни скончалась.

Плодъ — мальчикъ, мертвый, недоношенный; вѣсъ его 2100 грм. (безъ мозга),

Diagnosis anatomica; Hypertrophia et dilatatio cordis grad. parvi. Haemorrhagia sub endocardio ventriculi sinistri. Emphysema marginalis pulmonum.

Hyperplasia et hyperaemia acuta lienis. Degeneratio parenchymatosa et adiposa hepatis. Cicatrices renum post pyelonephritidem. Haemorrhagia multiplex pelvis renis utriusque. Uterus post partum. Ruptura colli uteri.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia interna et externa. Anaemia gravis. Perforatio capitis et cranioclasia. Atonia uteri post partum. Mors".

14. 1910 г. Журналъ № 14287.

К. К., 27-ми лѣтъ, III рага, поступила въ Об. Б. 13-го октября въ 11 час. 55 мин. пополудни.

Регулы носитъ съ 16-ти лѣтъ, черезъ 4—6 недѣль, по 7 дней, необильные. Рожала 2 раза; первые роды 18-ти лѣтъ; вторые 3 года назадъ. Какъ роды, такъ и послѣродовые періоды безъ особенностей. Выкидышей не было. Послѣдніе регулы 8 мѣсяцевъ назадъ.

13-го октября, въ 5 час. утра, безъ видимой причины началось кровотеченіе. При поступленіи роженица рѣзко анэмична; t° 36,4. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Изъ влагалища кровь идетъ темной струйкой. Шейка сглажена,

зѣвъ открытъ на 3 пальца, ткань послѣда нигдѣ не опредѣляется; предлежитъ головка въ первомъ затылочномъ положеніи, подвижно надъ входомъ въ тазъ. Ввиду тяжелаго состоянія роженицы немедленно приступлено къ родоразрѣшенію.

При введеніи руки зѣвъ оказался растяжимымъ и не представлялъ препятствій; сдѣланъ поворотъ на ножку (правую). Пуповина оказалась не пульсирующей.

Вскорѣ начались потуги, изгнаніе плода совершилось силами природы. Послѣдъ выжатъ по Credé черезъ 20 минутъ. Еще до выхода послѣда шейка обслѣдована пальцемъ, при чемъ обнаружены небольшіе разрывы зѣва, которые, ввиду отсутствія кровотеченія, оставлены незашитыми.

Плодъ—дѣвочка, мертвая, недоношенная; вѣсъ ея 2100 грм.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 21-го октября на 9-й день.

„Separatio placentae praematura sub partu praematuro. Haemorrhagia externa. Anaemia acuta. Versio in pedem et extractio foetus".

15. 1911 г. Журналъ № 1579.

Е. С., 33-хъ лѣтъ, VII рага, поступила въ Об. Б. 11-го января въ 1 часъ 30 мин. дня. Мѣсяцъ тому назадъ появились отеки. При поступленіи: t° 36,6. Пульсъ 72. Питаніе удовлетворительно. Анэмичность. Лицо одутловато. На нижнихъ конечностяхъ замѣтный отекъ. Животъ большой, на 4 пальца выше пупка опредѣляется дно беременной матки. Небольшой Hydrothorax bilateralis. Сердце заходитъ на 1 палецъ влѣво и на 2 пальца вправо за норму. Тоны чисты, акцентовъ нѣтъ. Печень выступаетъ на 1½—2½ пальца изъ-подъ реберной дуги. Селезенка не прощупывается. Легкія свободны.

Афонія. Моча: Уд. вѣсъ—1012, реакція слабо-щелочная. Бѣлка 0,25‰ по Essbach'y. Сахара нѣтъ.—Количество мочи колеблется отъ 1600—3000 куб. стм. въ сутки.

16-го января въ 6 час. утра появилось кровотеченіе изъ рукава и начались схватки. Больная рѣзко анэмична. Пульсъ 112. Въ 6 час. 15 мин. родился первый плодъ. Кровотеченіе усилилось. Наружное изслѣдованіе указываетъ, что въ маткѣ имѣется еще плодъ.

Ввиду сильнаго кровотеченія сдѣланъ комбинированный поворотъ на ножку (лѣвую), и плодъ легко извлеченъ. Послѣдъ немедленно выжатъ по Credé.

Матка сократилась хорошо. Продолжительность родовъ полчаса.

Плоды—2 мальчика, живые, недоношенные, вѣсъ ихъ 1850 грм. и 1875 грм. Послѣдъ дряблый. Плоды умерли въ тотъ же день.

Послѣ родовъ больная долго лежала въ терапевтическомъ отдѣленіи—Изъ исторіи болѣзни отмѣтимъ, гдѣ въ послѣродовомъ переводѣ большая перенесла рожу лица. Въ крови пойкилоцитозъ (микроциты, макроциты, тѣльца формы тутовыхъ ягодъ). Лейкоцитовъ немного (микроциты, эозинофилы, нейтрофилы). Въ мочѣ при многократныхъ изслѣдованіяхъ были найдены: почечный эпителій, небольшія хвостатыя клѣтки (лоханки), плоскій эпителій, эпителіальные и зернистые цилиндры, обиліе лейкоцитовъ, аморфныя соли, распадъ. Бѣлокъ постоянно, но въ небольшомъ количествѣ. Гемоглобину въ крови было отъ 35—40%. Эритроцитовъ 2.500.000.

Выписалась 8-го апрѣля по собственному желанію.

„Nephritis Gchronica. emelli. Separatio placentae praematura ante partum. Haemorrhagia externa. Versio in pedem et extractio foetus secundi. Anaenia gravis. In puerperio: erysipelas faciei. Pyelonephritis".

16. 1911 г. Журналъ № 5512.

М. Г., 39-ти лѣтъ, XI para, поступила въ Об. Б. 9-го апрѣля въ 7 час. 10 мин. утра. Анамнеза нѣтъ. Извѣстно лишь, что она заболѣла за 2 часа до поступленія сильной рвоты. При поступленіи t°—35₈. Пульсъ 60. Выдѣленій нѣтъ, шейка существуетъ, каналъ проходимъ для пальца.

Въ 10 час. утра—сильное кровотеченіе. Больная блѣдна, безпокоится; пульсъ 84, слабаго наполненія, легкосжимаемый. Матка въ состояніи постояннаго напряженія. Сердцебіеніе плода не прослушивается. Выдѣленія обильны, кровянисты. Шейка существуетъ; проходима для 1½ пальцевъ; предлежанія послѣда нѣтъ. Введенъ метрейринтеръ вмѣстимостью въ 350 куб. стм.

10 час. 30 мин. Нарастающія явленія малокровія, сильное безпокойство, головокруженіе, обмороки. Пульсъ 88, слабый.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ приступлено къ Kolpohysterotomia anterior. (В. Г. Бекманъ).

Шейка укорочена, зѣвъ открытъ на 1½ пальца. Влагалище очень широко, мѣшковато съ cystocele, такъ что трудно было обнажить переднюю его стѣнку. Разсѣчены передняя стѣнка влагалища и передняя стѣнка шейки матки. Послѣ извлеченія метрейринтера въ полость матки введена рука (внѣ плоднаго яйца). Въ маткѣ масса сгустковъ и свободно лежащій, отдѣлившійся отъ стѣнки матки послѣдъ. Сдѣланъ поворотъ на ножку; плодъ извлеченъ; вмѣстъ съ ребенкомъ вышелъ и послѣдъ. Послѣ родовъ началось сильное атоническое кровотеченіе Матка затампонирована; разрѣзы зашиты узловатыми швами. Въ передній сводъ провѣчена полоска марли; влагалище затампонировано.

Подкожное вливаніе солевого раствора; 2 шприца эрготина. Матка сокращается очень плохо.

1 часъ 30 мин. дня. Кровотеченіе сквозь тампонъ. Наложенъ жгутъ по Momburg'y. Матка и влагалище перетампонированы. Въ шейку матки впрыснуто ½ шприца Adrenalini (1 : 1000). Кровотеченіе остановилось. Пульсъ полнѣе—100. Черезъ 35 минутъ послѣ наложенія бинтовъ на ноги, жгутъ снятъ. Одышка.

Впрыснуто по шприцу камфоры и Digaleni. Вдыханіе кислорода.

5 час. веч. Общее состояніе тяжелое. Слабость. Одышка. Пульсъ 92, плохого наполненія. Кровотеченія нѣтъ.

Digaleni; камфора; кислородъ.

Родильница скончалась въ 7 час. веч.

Diagnosis anatomica: „Hypertrophia et dilatatio cordis. Degeneratio adiposa myocardi. Haemorrhagia sub endocard. ventriculi sinistri cordis.

Hyperaemia, emphisema et oedema pulmonum.

Anaemia lienis. Degeneratio parenchym. et adiposa hepatis. Nephritis interstitialis disseminata. Uteris post partum. Suffusio strati cellular. circum vesicam urinar. ret etroperitonealis regionis coli ascendentis".

„Separatio placentae praematura. Ante partum praematurum. Haemorrhagia interna et externa. Sectio caesarea vaginalis. Versio in pedem et extractio foetus. Anaemia acuta. Atonia uteri. Mors".

17. 1911 г. Журналъ № 11930.

В. Б., 30-ти лѣтъ, VII para, поступила въ Об. Б. 11-го сентября въ 7 час. 30 мин. утра.

Первые регулы на 15-омъ году, черезъ 4 недѣли, по 6 дней, необильны, безъ боли. Рожала 6 разъ; первые роды на 20-омъ году; послѣдніе—1 годъ 8 мѣс. тому назадъ.

Послѣдніе регулы были въ декабрѣ 1910 года.

10 сентября въ 3 часа ночи началось кровотеченіе.

При поступленіи: больная крѣпкаго сложенія, хорошаго питанія. Кожа и слизистыя оболочки рѣзко анэмичны. На вопросы еле отвѣчаетъ. Пульсъ 126, слабый. Сердцебіеніе плода не выслушивается. Обильное кровотеченіе. Открытіе зѣва на 3 пальца; пузырь цѣлъ; края послѣда нигдѣ не опредѣляются; предлежитъ головка. Пузырь вскрытъ; зѣвъ расширенъ пальцами; введеной въ полость матки рукой обнаружена на правой стѣнкѣ матки отслоившаяся часть послѣда. Захвачена ножка, произведенъ поворотъ; къ ножкѣ привѣшена тяжесть.

Черезъ часъ: Кровотеченіе продолжается. Ребенокъ извлеченъ. Послѣдъ вышелъ при легкомъ надавливаніи на матку. Полость матки промыта горячимъ борнымъ растворомъ (40°) и спиртомъ. Кровотеченіе прекратилось. Солевое вливаніе, подъ кожу эрготинъ, ol. camphorat.

Плодъ—мальчикъ, мацерированный, доношенный.

Вѣсъ его 3.500 грм.

Теченіе послѣродового періода гладкое.

Родильница выписалась 22-го сентября на 11-ый день.

„Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia externa. Diatatio cervicis digitalis; versio in pedem et extractio feetus macerati. Anaemia gravis".

18. 1912 г. Журналъ № 14468.

М. Ш., 34-хъ лѣтъ, VII para, поступила въ Об. Б. 15-го октября въ 10 час. 50 мин. веч.

По словамъ доставившей роженицу акушерки, 9-го X отошли воды. До этого были тупыя боли въ животѣ. По отхожденіи водъ боли были небольшія схватки, вскорѣ прекратившіяся. Зѣвъ былъ открытъ на 1½ п. Черезъ 3 дня т. е. 12. X начались сильныя боли, продолжавшіяся нѣсколько часовъ и тоже прекратившіяся. Съ этого времени температура стала повышаться. Кровотеченій не было. 14. X температура дошла до 38,8; роженицу доставили въ земскую больницу, откуда ее въ виду тяжелаго состоянія на слѣдующій день (15. X) перевели въ Петербургъ, въ Об. Б.

При поступленіи больная анэмична. Общее состояніе крайне тяжелое. Потрясающій ознобъ. T° 38, 3. Пульсъ 116, ровный, малый. Дно матки у мечевиднаго отростка. Наружнаго кровотеченія нѣтъ. Открытіе зѣва на 2 п., водъ нѣтъ, предлежитъ головка.

Сдѣланы подкожныя впрыскиванія дигалена и камфоры.

Pituglandol-Roche. Черезъ 20 минутъ появились хорошія схватки.

Въ 3 час. 30 мин. ночи ознобъ; схватки прекратились. Зѣвъ открытъ на 2½ п. Сдѣланъ горячій влагалищный душъ и впрыснута одна ампула Pituglandol.

Въ 4 часа утра схватки слабыя, рѣдкія.

Въ 8 час. утра колляпсъ. Пульсъ еле ощутимъ. Общій цianозъ. Матка рѣзко напряжена. Открытіе полное, головка въ выходѣ малаго таза.

Наложены щипцы, легкими тракціями выведена головка. Вслѣдъ за плодомъ изъ полости матки стали выходить старые сгустки крови съ сильнымъ запахомъ. Матка чрезвычайно дряблая. Послѣдъ спустя нѣсколько минутъ выжатъ по Credé (повидимому онъ лежалъ свободно въ маткѣ).

Ввиду сильнаго кровотеченія (крови темныя) введено рукой въ полость матки, причемъ обнаружено, что стѣнки ея крайне дряблы, истончены, и легко складываются въ складки. Разрыва матки повидимому нѣтъ. Сдѣланъ маточный душъ въ 40°.

Во время операціи пульсъ не прошупывался. Началась агонія; и въ 9 час. утра больная скончалась.

Плодъ—мацерированный, доношенный мальчикъ. Вѣсъ его 3700 грм.

„Separatio placentae praematura sub partu maturo. Haemorrhagia interna. Debilitas dolorum. Forceps. Atonia uteri post partum. Septicaemia. Mors".

Diagnosis anatomica: Hypertrophia concentr. ventriculi sin. cordis. Sclerosis aortae incipiens. Haemorrhagia multiplex subcapsular. et parenchym hepatis. Apoplexia gland. suprarenal. utriusque. Haemorrhag. peritonei et pleurae. Uterus post partum. Hyperplasia et hyperaemia acuta lienis. Septicaemia.

Подробности вскрытія, а также анатомія дѣтскаго мѣста изложены въ главѣ о „Патологической Анатоміи".

ВЫВОДЫ.

1) Преждевременное отдѣленіе нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста встрѣчается очень рѣдко, причемъ значительно чаще у повторнорождающихъ, чѣмъ у первородящихъ.

2) Возрастъ больныхъ значенія не имѣетъ. Около половины всѣхъ случаевъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста относится къ послѣднему мѣсяцу беременности и къ срочнымъ родамъ; на 8-мъ и 9-мъ мѣсяцѣ беременности заболѣваніе встрѣчается значительно рѣже.

3) Больше чѣмъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ заболѣваніе начинается въ первомъ періодѣ родовъ, значительно менѣе часто до начала родовой дѣятельности, всего же рѣже оно наступаетъ въ періодѣ изгнанія.

4) Этіологія крайне разнообразна. Въ большомъ числѣ случаевъ нѣтъ возможности установить этіологію заболѣванія.

5) Травма далеко не играетъ той видной роли въ этіологіи, какую ей приписывали прежде; напротивъ, она есть причина сравнительно рѣдкая.

6) Причиной преждевременнаго отдѣленія послѣда можетъ быть короткость пуповины, абсолютная и относительная. Иногда поздній разрывъ плодныхъ оболочекъ ведетъ къ отдѣленію послѣда. Подобные случаи принадлежатъ къ легкимъ и большого клиническаго значенія не имѣютъ.

7) Видную роль играютъ механическіе моменты, имѣющіе мѣсто при многоводіи и двойняхъ, ненормальныя условія сокращенія матки при поперечномъ положеніи, узкомъ тазѣ, а также слишкомъ сильныя боли.

НБ ХГМУ

8) Очень большое этіологическое значеніе имѣютъ пораженія почекъ, будь то острый или хроническій нефритъ или почка беременныхъ, причемъ они встрѣчаются часто въ связи съ измѣненіями въ послѣдѣ и въ decidua basalis, но могутъ встрѣчаться и безъ таковыхъ.

9) Вопросъ о взаимоотношеніи измѣненій въ дѣтскомъ мѣстѣ и заболѣваніемъ почекъ ждетъ еще своего разрѣшенія.

10) Заболѣванія отпадающей оболочки безусловно играютъ видную роль въ этіологіи преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста. Пораженіе deciduae можетъ имѣть характеръ воспалительный или дегенеративный, можетъ быть вполнѣ самостоятельнымъ или можетъ развиться на почвѣ острой инфекціонной болѣзни, нефрита или заболѣванія сосудовъ, или же быть гонорройнаго происхожденія.

11) Нѣкоторое значеніе, можетъ быть, имѣютъ также пораженія placentae foetalis и маточной мускулатуры.

Всѣ остальные этіологическіе моменты недоказаны.

12) Распознаваніе выраженныхъ случаевъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста не представляетъ трудностей, но бываютъ случаи, въ которыхъ діагнозъ удается поставить лишь съ большимъ трудомъ.

13) Случаи чисто внутренняго кровотеченія представляютъ наибольшія діагностическія трудности, въ то время какъ появленіе наружнаго кровотеченія облегчаетъ распознаваніе.

14) При отсутствіи явленій внутренняго кровотеченія можно ошибочно поставить діагнозъ предлежанія или низкаго прикрѣпленія дѣтскаго мѣста. Крайне трудно исключить разрывъ краевого синуса.

15) Кровотеченіе при поперечномъ положеніи и узкомъ тазѣ можетъ указывать и на разрывъ матки, а потому распознаваніе при этихъ условіяхъ можетъ быть довольно сложнымъ.

16) Случаи съ чисто внутреннимъ кровотеченіемъ можно смѣшать съ разрывомъ матки, съ разрывомъ плодовмѣстилища при внѣматочной беременности, съ острымъ многоводіемъ, съ

перекручиваніемъ кисты и трубы, съ острымъ аппендицитомъ во время беременности.

17) Большое діагностическое значеніе присуще измѣненію формы матки, напряженію плоднаго пузыря.

18) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ діагнозъ былъ поставленъ лишь по окончаніи родовъ по механизму выхожденія дѣтскаго мѣста или на основаніи изслѣдованія его.

19) Анатомическія измѣненія въ послѣдѣ и въ маткѣ встрѣчаются далеко не во всѣхъ случаяхъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ они имѣются, измѣненія крайне разнообразны.

20) Часто макроскопическій видъ дѣтскаго мѣста является вполнѣ характернымъ (тарелкообразныя углубленія, плотносидящіе сгустки).

21) Во многихъ случаяхъ отмѣчается обиліе бѣлыхъ инфарктовъ и кровоизліяній въ толщѣ плацентарной ткани.

22) Наиболѣе рѣзко выраженныя измѣненія найдены въ отпадающей оболочкѣ; а именно или явленія чисто воспалительныя, или некрозъ (некробіозъ) ея или же обширныя геморрагіи.

23) Въ самой маткѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ тоже обнаружены воспалительныя явленія, въ другихъ обширныя кровоизліянія.

24) Особенное значеніе имѣютъ разрывы маточной брюшины, происхожденіе которыхъ чисто механическое.

25) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ анатомически доказаны острыя или хроническія измѣненія почечной паренхимы.

26) Въ печени женщинъ, погибшихъ отъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, могутъ быть найдены измѣненія, свойственныя эклампсіи.

27) Предсказаніе для плода серьезно. Причиной смерти его является асфиксія, а не анэмія. Наружное кровотеченіе менѣе угрожаетъ жизни плода, чѣмъ чисто внутреннее.

28) Большое значеніе имѣетъ быстрота отдѣленія дѣтскаго мѣста, потому-что при медленномъ и постепенномъ отдѣленіи

плодъ можетъ приспособиться къ недостаточной дыхательной функціи его. При быстрой же отслойкѣ онъ гибнетъ немедленно.

29) Наиболѣе серьезно предсказаніе въ случаяхъ, въ которыхъ заболѣваніе началось до начала родовой дѣятельности; нѣсколько лучше оно въ случаяхъ, гдѣ отдѣленіе произошло въ періодѣ раскрытія; наиболѣе благопріятенъ исходъ въ случаяхъ, въ которыхъ отдѣленіе послѣда случилось въ періодѣ изгнанія.

30) Предсказаніе для матерей гораздо благопріятнѣе прогноза для дѣтей. Смерть матери зависитъ или отъ остраго малокровія или отъ шока вслѣдствіе перерастяженія матки или же является слѣдствіемъ тяжелыхъ акушерскихъ вмѣшательствъ.

31) Съ окончаніемъ родовъ опасность далеко еще не миновала— часто встрѣчается тяжелая атонія.

32) Смертность матерей прежде была выше, чѣмъ въ послѣднее время.

33) Наивысшая смертность наблюдается при чисто внутреннихъ кровотеченіяхъ.

34) Смертность матерей наибольшая въ случаяхъ, въ которыхъ отдѣленіе дѣтскаго мѣста случилось до начала родовой дѣятельности; она нѣсколько меньше въ случаяхъ, гдѣ заболѣваніе наступило въ первомъ періодѣ родовъ; наименьшая она въ случаяхъ, гдѣ кровотеченіе началось въ періодѣ изгнанія.

35) Выжидательное леченіе допустимо лишь при ничтожномъ кровотеченіи. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ терапія должна быть активной.

36) Тампонація, какъ мѣропріятіе безцѣльное, должна быть совершенно оставлена.

37) Ранній разрывъ плоднаго пузыря, какъ самостоятельный методъ леченія, долженъ быть оставленъ, какъ безцѣльный, а иногда особенно при отсутствіи родовыхъ болей или слабости ихъ, могущій вызвать усиленіе внутренняго кровотеченія въ силу пониженія внутриматочнаго давленія.

38) Леченіе требуетъ строгой индивидуализаціи. Разрывъ пузыря можетъ быть разрѣшенъ при хорошихъ боляхъ, когда

предвидится скорое окончаніе родовъ. Далѣе, при чрезмѣрномъ растяженіи матки, могущимъ повести къ непоправимымъ послѣдствіямъ, разрывъ пузыря можетъ принести пользу. Наконецъ, въ исключительныхъ случаяхъ, въ которыхъ отдѣленіе послѣда происходитъ вслѣдствіе запоздалаго отхожденія водъ, разрывъ плоднаго пузыря явится самымъ дѣйствительнымъ средствомъ остановки кровотеченія.

39) Разрывъ пузыря необходимъ и вполнѣ понятенъ, какъ предварительная мѣра при родоразрѣшающей операціи.

40) При кровотеченіяхъ въ родахъ, послѣдніе должны быть завершены смотря по особенностямъ случая (метрейризъ, расширеніе по Bossi, поворотъ и извлеченіе, щипцы, прободеніе и краніоклазія).

4) При угрожающихъ явленіяхъ, особенно же при внутреннемъ кровотеченіи во время беременности, показано немедленно родоразрѣшеніе, которое можетъ быть только чисто хирургическимъ.

42) Наилучшимъ способомъ слѣдуетъ признать влагалищное кесарское сѣченіе по Dührssen'y или Bumm'y, дающее возможность опорожнить матку въ кратчайшее время.

43) Въ тяжелыхъ случаяхъ, въ которыхъ матка перерастянута или же гдѣ можно ожидать глубокихъ измѣненій самой матки, показано классическое кесарское сѣченіе. Если же при производствѣ послѣдняго обнаружатся болѣе или менѣе значительныя нарушенія ея цѣлости отъ перерастяженія, а также въ случаяхъ инфицированныхъ, самой раціональной операціей является Hysterectomia по Porro.

44) При тяжелой послѣродовой атоніи матки не слѣдуетъ настаивать на консервативныхъ методахъ леченія, а своевременно приступать къ экстирпаціи матки.

45) Выпаденіемъ послѣда слѣдуетъ считать всѣ случаи въ которыхъ нормально расположенное дѣтское мѣсто спускается въ зѣвъ, во влагалище или же выходитъ наружу раньше плода, при чемъ роды могутъ быть срочными или преждевременными, а нормальное расположеніе послѣда должно быть доказано

клинически (изслѣдованіе до выпаденія и послѣ него, опредѣленіе плацентарнаго мѣста выше нижняго сегмента рукой, введенной въ матку послѣ родовъ, возстановленіе плоднаго мѣшка по Holzapfel'ю) или анатомически (вскрытіе мертваго тѣла).

46) Выпаденіе послѣда явленіе крайне рѣдкое, поражаетъ почти исключительно повторнородящихъ и встрѣчается большею частью при срочныхъ родахъ.

47) Въ этіологіи его первенствующее значеніе имѣютъ многоводіе, поперечное положеніе и двойни; не лишены значенія и анатомическія измѣненія матки и послѣда, а также нефритъ.

48) Выпаденіе послѣда часто сопровождается кровотеченіемъ, но можетъ быть и безъ такового.

49) Предсказаніе для плода крайне неблагопріятно; для матери оно значительно лучше.

50) Въ большинствѣ случаевъ приходится кончать роды немедленно. Наиболѣе раціональной терапіей является поворотъ на ножку и извлеченіе или же прободеніе головки и краніоклазія.

Въ заключеніе считаю своимъ непремѣннымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность глубокоуважаемому профессору Николаю Николаевичу Феноменову за разрѣшеніе воспользоваться матеріаломъ завѣдуемаго имъ Родовспомогательнаго Заведенія.

Выражаю свою глубокую благодарность глубокоуважаемому профессору Дмитрію Дмитріевичу Попову за предоставленіе матеріала его клиники, а также за его руководство и указанія, которыми я пользовался при выполненіи настоящей работы.

Выражаю также свою сердечную признательность глубокоуважаемому Леониду Александровичу Кривскому за разрѣшеніе воспользоваться матеріаломъ завѣдуемаго имъ отдѣленія, а также за его постоянные и цѣнные совѣты и его истинно-товарищеское отношеніе.

Душевную признательность приношу глубокоуважаемому профессору Сергѣю Петровичу Шуенинову за просмотръ гистологическихъ препаратовъ.

Литература.

1. Acker. Haemorrhage during labor. The American Journal of Obstetrics. 1895. Oct.
2. Adler. Orvosok Lapja. 1910. № 18 u. 19. Цит. по Zentralbl. für Gyn. 1911. № 31.
3. Ahlbeck. Fall von vorzeitiger Lösung der Placenta. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XXXI. p. 371.
4. Ahlfeld. Lehrbuch der Geburtshülfe. 1894.
5. Ahlfeld. Schwere Blutungen vor der Geburt infolge Zerreissens des Sinus circularis placentae ohne Vorhandensein eines tiefen Sitzes der Placenta. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XVII p. 694.
6. Anderson. Hygiea. 1882 Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1882. № 50.
7. Anderson. Australian medic. Journal. 1880 Цит. по Lelong.
8. Andrews. Fundal, Incidental and Cervical unavoidable hemorrhage. The American Journal of obstetr. 1905. Oct.
9. Apelskog-Fahlborg. Allm. Svenska läkart. 1911. № 39 u. 40 Цит. по Gynäkolog. Rundschau. 1912. Hft. 19.
10. Armanet. Etiologie et traitement des hémorrhagies survenant au cours de la grossesse et pendant le travail. Thèse de Paris. 1906.
11. Aschkanasy. Zur Pathologie der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Placenta. Inaug-Dissertation. Königsberg. 1902.
12. Audebert. Journal de médecine de Bordeaux. 1893. № 21. Цит. по Jahresbericht. 1893.
13. Bagot. Porro's Operation. Royal Academy of Med. in Ireland. Lancet 1891.
14. Baker. Concealed accidental hemorrhage into the puerperal uterus. The American Journal of obstetr. 1891.
15. Balika. Orvosi Hetilap. 1906. № 2 Цит. по Zentrallblatt für Gyn. 1907. № 42.
16. Baret de Kervilly. Hémorrhagie rétroplacentaire. Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris 1906. 15 Mars.
17. Barchet. Ueber die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta Beiträge für Geb. u. Gyn. Bd. 17. Hft. 2.
18. Barnes. On concealed accidental hemorrhage. Lancet 1881—82. Цит. по Mauran, Lelong.
19. Basset. Transaction obstetr. Soc. of London. 1872—73. Цит. по Guiraud. Mauran.
20. Basset. Ueber Vorfall der Nachgeburt. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XXXIII. p. 421.

21. Baudelocque (l.—L.) L'art des accouchements. 1796. Цит. по Herzfeld, Crasson, Lelong, Mauran.
22. Baudelocque (C.—A.) Traité des hémorrhagies internes de l'utérus. 1832. Цит. по Herzfeld, Crasson, Landon.
23. Bayer. Ueber fehlerhaften Sitz der Nachgeburt und die Analogie zwischen placenta praevia und Tubeneckenplacenta. Hegars Beiträge Bd. VII. Heft 3.
24. Beck. Accidentelle verborgene Blutung der schwangeren Gebärmutter. Prager medizin. Wochenschr. 1892. № 40. 41.
25. Benicke. Diskussion zu Winter. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. XI. Heft 2.
26. Bennet. The Americ. Journal of Obstetrics. 1897. Mai.
27. Berggren. Contribution à la Pathologie et au Traitement du décollement etc. Archives mensuelles d'obstétrique et de gyn. 1912 Aout.
28. Bernheim. Hydramnios. Rupture artificielle des membranes. Décollement prématuré du placenta. Annales de Gynécolog. et d'obstétrique. XII. p. 71.
29. Bernheim-Stern. Hémorrhagie rétroplacentaire, présentation du placenta. Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris. 1909. № 3.
30. Biancardi. Le condizioni di struttura della placenta normalmente inserta in alcui casi di suo distacco precoce. Annali di ostetr. e Ginecol. Anno 27 № 5. Цит. по Gaston.
31. Bickle. Brit. medic. Journal. 1912. 6 Jan.
32. Blot. De l'albuminurie chez les femmes enceintes. Thèse de Paris 1849 Цит. по Seitz.
33. Богородицкій. Случай apoplexiae placentae. Протоколъ Тамбовскаго Медицинскаго Общ. за 1890 г. стр. 269. цит. по Михнову.
34. Boivin, M-me. Traduction annotée du Traité des hémorrhagies de Duncan-Stewart. 1878 Цит. по Landon, Lelong, Crasson, Mauran, Herzfeld.
35. Boldt. De transfusione. Inaug.-Dissert. Berlin 1863 Цит. по Brauns.
36. Bossi. Die rasche künstliche Entbindung nach meiner Methode in den Kliniken und im Hause. Gynäkologische Rundschau. 1909. № 23.
37. Bossi. Zentralblatt für Gyn. 1906. № 26.
38. Brandt. 13 vaginale Kaiserschnitte. Norsk magazin for Laeger. A 70. Цит. по Jahresbericht 1909.
39. Braun. C. Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. 1881 p. 571.
40. Брауна. Руководство къ Акушерству. Переводъ Гиршгорна. 1860.
41. Brauns. Ueber vorzeitige Lösung der Placenta bei normalem Sitz. Inaug.-Dissert. Marburg 1893.
42. Braxton-Hicks. On conceale daccidental haemorrhage at the latter and of pregnancy and during labour. Transact of the Obst. Soc. London 1860 p. 63. Цит. по Lévy.
43. Brindeau. Pièce d'hémorrhagie rétroplacentaire. Bulletin de la Société d'obstétr. de Paris. 1907. № 9.
44. Brodhead. Medical Record. 1897 p. 294. цит. по Herzfeld.
45. Bruijn. Med. Weekbl. 1908. № 14. цит. по Jahresbericht 1908.
46. Brunton. Obstetr. Journal of Gr. Britain 1875.
47. Bubis. Cleveland med. Journal 1912 Juli. Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1912. № 46.

48. Budin. Des hémorrhgaies internes de l'utérus gravide. Le Progrés méd cal. 1888. № 23.
49. Bué. Décollement prématuré du placenta à insertion normale. Archiv de Tocologie. Vol. XXI. p. 481—493.
50. Bumm. Grundriss zum Studium der Geburtshüfe 1908.
51. Buongiorno. Su di un caso di apoplessia placentare de causa traumatica. Archivio internazionale delle specialita Medico-chirurg. 1892. Febbraio.
52. Byers, John. The british. medic. Journal 1904 II. p. 1054.
53. Campbell, John. The brit. med. Journal. 1904. II. 1054.
54. Champetier de Ribes. Société d'obstétr. de Päris. Zentralblatt für Gyn. 1901. № 48.
55. Charles. Journal d'accouchement. 1908. № 24.
56. Chevillot. Un cas de prolapsus du placenta. Année medic. de Caen 1896. № 1. Цит. по Jahresbericht. 1896.
57. Coe. Americ. Journal of obstetr. XXIV. p. 152 Цит. по Mauran.
58. Cohn. Ueber das Absterben des Foetus bei Nephritis der Mutter. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. 14 p. 587.
59. Colceag. Beiträge zum Studium der vorzeitigen Ablösung der normal inserierten Placenta. Inaug.-Dissert. Bukarest. Zentralblatt für Gyn. 1903. № 47.
60. Colclough. Journal of Obstetr. and Gyn. of Brit. Empire 1902 Aug. Цит. по Macam.
61. Couvelaire. Cinq cas d'hémorrhagies rétroplacentaires observés à la clinique Baudelocque en 1905. Revue pratique d'obstétr. et de paed. 1906. Dec. Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1907. № 47.
62. Couvelaire. Die chirurgische Behandlung der Uterusblutungen etc. VI. Internationaler Kongress für Geb. und Gyn. Berlin 1912.
63. Couvelaire. Traitement chirurgical des hémorrhagies utéro-placentaires avec décollement du placenta normalement inséré. Annales de Gynécologie 1911 p. 591.
64. Crasson. Contribution à l'étude des hémorrhagies rétroplacentaires. Thèse de Paris. 1906.
65. Credé. Schwangerschaft und Geburt bei unverletztem Hymen. Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe. Berlin 1851 p. 57.
66. Cumston. Premature separation of the Placenta. Annal. of Gyn. and Paed. 1899 Vol. XII. p. 365.
67. Davies Colley. British med. Journal. 1911 Цит. по Lévy.
68. Davies. British medical Journal 1911. 17. VI. Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1912. № 12.
69. Davis. Bullet of the Lying-in-Hospital, New-York, 1905 Sept. Цит. по Deutsche medizin. Wochenschrift 1906. № 3.
70. Deak. Orvosok Lapja. 1910. № 6. Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1911. № 31.
71. De Lee. Premature detachement of the placenta in a hemophilic with fatal hemorrhage. Americ. Journal of obstetrics. XLIV Dec.
72. De Lee. Abruptio placentae (premature placental detachement) Americ. Journal of obstetrics 1905. Dec.

73. Desmond. Transaction of the obstetr. Soc. London 1860 p. 63 Цит. по Couvelaire.
74. De Snoo. Verslag der Rotterdamsche Krover 1907. Цит. по Gynäkolog. Rundschau 1910 p. 92.
75. Desprez. Décollement placentaire. Hémorrhagie. Accouchement prématuré. Archiv de tocologie et de gynécol. 1892. Vol. XIX p. 15.
76. Devraigne. Thèse de Paris. 1906.
77. Devraigne. De l'hémoglobinométrie dans la diagnostic des hématomes rétro-placentaires. Bulletin de la Société d'obstetrique 1905. № 5—5.
78. Devraigne et Ventouras. Deux cas de rupture du sinus circulaire diagnostiqué pendant le travail, L'obstétrique 1906 Nov.
79. Dickinson. Brief notes of five cases of accidental hemorrhage. Americ. Journal of obstetr. Vol. XXVII p. 203.
80. Dietel. Ueber einen Fall von traumatischer Unterbrechung der Schwangerschaft. Zentralblatt für Gyn. 1896. № 45.
81. Dionis. Traité général des accouchements 1718. Цит. по Crasson, Leiong.
82. Döderlein. Vaginaler Kaiserschnitt. Münchener Gynäkologische Gesellschaft 1907 XI. Zentralblatt für Gyn. 1908 № 11.
83. Doléris. Avortement brusqué dans un cas d'hémorrhagie grave due au décollement placentaire, au cour d'une fausse couche prolongée. Journal de médecine de Paris 1895. № 7.
84. Doléris. Hémorrhagies latentes de la grossesse. Annales de Gynécologie. 1902. Juni.
85. Doléris. Retroplacentäres Hämatom. Gesellsch. für Geb. und Gyn. und Päd. Paris. 1902. Цит. по Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. 15 p. 989.
86. Drejer. Om den tidlige losning af rigtig festet moderkage. Norsk. Magaz. for Lägevid. 1897 Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1898. № 18.
87. Dührssen. Archiv für Gynäkol. Bd. 75. Hft. 2.
88. Dührssen. Winckel's Handbuch für Geb. 3 Bd. 1 Teil. p. 595.
89. Dührssen. Berliner klinische Wochenschrift. 1912. № 37.
90. Dumitriu. Vorzeitige Ablösung der normal inserierten Placenta. Gynäkologie 1905. № 1—2 (Rumänisch) Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1905. № 37.
91. Duquet. De l'opération césarienne dans les cas d'hématomes rétroplacentaires graves. Thèse de Paris. 1909.
92. Edgar. The causes and the significance of the obstetic. hemorrhages. Americ. Gynec. Journal. 1901. IV.
93. Engström. Zur Kenntniss der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Placenta. Mitteilungen aus der Gynäk. klinik des Prof. Engström in Helsingfors. 1908. Bd. 7. Heft 3.
94. Engström. Finska Läk. Handlingar. 1907. № 12. Цит. по Zeitschrift für Geb und Gyn. Bd. 66 p. 722.
95. Esmann. Tilfaelde af for tidlig Lösning af den normall insererede Placenta. Bibliothek for Laeger. 1903 p. 339. Цит. по Jahresbericht. 1903.
96. Everke. Ueber vorzeitige Lösung der normalsitzenden Placenta. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXII. p. 434.
97. Evertsz. De ontydige loslating van de normal gelegen Placenta. Диссертация. Leiden. Цит. по Jahresbericht. 1897.

98. Fabre. Ablösung der normal sitzenden Placenta: Blutung nach aussen und innen, Absterben des Kindes, Sectio caesarea vaginalis, Heilung. Lyon médic. 1906. 10. X. Zentralblatt für Gyn. 1907. № 47.
99. Fabre et Bourret. Deux cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré. Bulletin de la Soc. d'obstétr. de Paris. XIII année. № 2.
100. Fehling. Ueber nabituelles Absterben der Frucht bei Nierenerkrankung der Mutter. Archiv für Gyn. Bd. 27 p. 300.
101. Feinberg. Zur Kasuistik des Prolapsus placentae bei normalem Sitz derselben. Zentralblatt für Gyn. 1893. № 5.
102. Felsenreich. Zentralblatt für Gyn. 1893 p. 1028.
103. Феноменовъ, проф. Н. Н. Оперативное акушерство. 1902.
104. Fieux. Hémorrhagies par décollement du placenta normalement inséré. Annales de Gyn. et d'obstétrique. T. 53 p. 193.
105. Fleetwood Churchill. Theory and practice of Midwifery. Philadelphia. 1866. Цит. по Herzfeid.
106. Forin, M-lle. Thèse de Paris 1891—92. Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta inséré normalement.
107. Foges. Ueber post-partum-Blutungen. Gynäkolog. Rundschau. 1910. № 4.
108. Frank. Contribution à l'étude des hémorrhagies rétroplacentaires. Thèse de Nancy. 1904. Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1908. № 52.
109. Freudenberg. Ueber Metrorrhagia gravidae interna. Archiv für Gyn Bd. 27.
110. Galabin. The British medic. Journal 1904. II. p. 1053.
111. Gans. Vorfall der Placenta. Gynäkologische Rundschau. 1909.
112. Gant. Transact. Obstetr. London VI. 1865 Цит. по Spiegelberg.
113. Gaston. Du décollement du placenta normalement inséré au cours de la grossesse. Annales de Gynéc. et d'obsétr. 1906. Nov.
114. Gaston. Thése de Lyon. 1906. Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1907. № 38.
115. Gendrin. Traité physiologique de médicine pratique. 1839. Цит. по Crasson.
116. Germann. Ueber vorzeitige Lösung der normalsitzenden Placenta. Jena 1907.
117. Getzow. Ueber die vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Placenta. Inaug.-Dissert. Freiburg 1909.
118. Goodell. Concealed accidental haemorrhage of the gravid uterus. The Americ. Journal of obstetr. II. III.
119. Gottschalk. Zur vorzeitigen Ablösung der normalsitzenden Placenta. VII. Versammlung d. Deutschen Gesellsch. für Gynäk. 1897.
120. Gottschalk. Fall von vorzeitiger Lösung der normalsitzenden Placenta im 9-ten Schwangerschaftsmonat. Zeitschrift für Geb. und Gynäk. Bd. XXXVI. Heft 2.
121. Graefe. Die vorzeitige Lösung der Placenta bei normalem Sitz. Zeitschrift für Geb. und Gynäk. Bd. XXIII. Heft 2.
122. Grapow. Verhandl. der geb. Gesellsch. zu Hamburg. Zentralblatt für Gyn. 1892. № 28.
123. Greene. Medical News. Philadelphia 1892. Цит. по Lelong.
124. Gröningen. Charité-Annalen XII. 1885. Цит. по Kayser'y.
125. Grulich. Ueber die vorzeitige Ablösung der normalsitzenden Placenta. Inaugur-Diss. Halle 1903.

126. Грюнингъ, Р. Б. Преждевременное отдѣленіе правильно прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста. Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней. 1893. Апрѣль.
127. v. Guérard. Ueber die vorzeitige Lösung der normalsitzenden Placenta am Ende der Schwangerschaft. Monatsschrift für Geb. und Gynäk. 1902. Bd. XIV. Heft 5.
128. Guérin-Valmale. Société d'obstétr. de Paris. Zentralblatt für Gyn. 1903. № 44.
129. Guérot. Archive de Tocologie 1892 Цит. по Rosenberg.
130. Guillemeau. De la grossesse et de l'accouchement des femmes 16, 21 Цит. по Crasson, Lelong, Herzfeld.
131. Guiraud. Traitement de l'hémorrhagie par décollement prématuré du placenta normalement inséré. Thèse de Montpellier. 1905.
132. Гусевъ. Вытяжка мозгового придатка, какъ средство для возбужденія родовыхъ болей. Русскій Врачъ. 1911. № 52.
133. Haake. Ueber Vorfall der Nachgeburt bei regelmässigem Sitz derselben und ausgetragenem Kinde. Archiv für Gynäkologie. Bd. 58.
134. Habit. Wiener medizin. Wochenschrift. 1866.
135. Häberlin. Schwangerschaft mit Morbus Basedowii. Vorzeitige Lösung der normalsitzenden Placenta. Zentralblatt für Gyn. 1890. № 26.
136. Hallier. Hémorrhagie latente ante-partum. Brit. medic. Journal 1892, 2 IV
137. Hammerschlag. Ueber Dilatation nach Bossi. Monatsschrift für Geb u. Gyn. Bd. XVII p. 738.
138. Händly. Retroplacentäres Hämatom bei einer Erstgebärenden mit Schwangerschaftsnephritis. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. 66 p. 452.
139. Härtel. Zwei bei richtigem Sitz vorzeitig gelöste Plazenten. Monatsschrift. für Geb. und Gyn. Bd. XXXI p. 532.
140. Hartmann. Dissert. Kopenhagen. 1908. Цит. по Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. 65 p. 759.
141. Hartmann. Ueber Prolapsus placentae. Monatsschrift für Geb. und Gyn Bd. XXXV. Heft 5.
142. Hastings. A brief review of the treatment of prepuerperal and puerperal hemorrhages. New-York med. Journal 1905. 25 Febr.
143. Hauch. L'Obstétrique 1910 p. 910. Цит. по Lévy.
144. Hecker. Aerztliches Intelligenzblatt 1871 p. 184 Цит. по Kayser.
145. Heil. Diskussion zu Ahlfeld. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XVII p. 695.
146. Heimann. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. 33 p. 517.
147. Hennig. Haemorrhagia gravidae interna. Archiv für Gyn. Bd. 8 p. 336.
148. Henry, M-me. De l'hémorrhagie utérine mixte et abondante pendant la grossesse et l'acouchement, sans insertion vicieuse du placenta. Annales de Gynéc. T. XXXVI p. 357.
149. Hermann. Obstetr. Journal of Gr. Brit. and Irland. 1880 Febr. Цит. по Brauns.
150. Hermann. British medic. Journal 1911. 30. IX.
151. Herz. Przeglad lekarski 1906. № 24—25. Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1906. № 52.
152. Herz. Wiener mediz. Wochenschr. 1907. № 5.

153. Herzfeld. Zur vorzeitigen Ablösung der normalsitzenden Placenta. Archiv für Gyn. Bd. 82 p. 364.
154. Hirsch. Ein Fall von innerer Blutung durch vorzeitige totale Lösung der Placenta bei normalem Sitz. Deutsche mediz. Wochenschr. 1902. № 12.
155. Hitschmann und Lindenthal. Der weisse Infarkt der Plazenta. Archiv für Gyn. Bd. 69 Heft 3.
156. Hochstätter. Neue Zeitschrift für Geburtskunde 1843. Bd. 14. Цит. по Stern, Hartmann.
157. Hoffmann. Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. 66 p. 608.
158. Hofmeier. Winckels Handbuch der Geburtshilfe. II. Bd. 2 Teil.
159. Hoffström. Finska Läk. Handlinger 1907. № 5. Цит. по Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 66 p. 722.
160. Hohl. Lehrbuch der Geburtshilfe. 1862.
161. Holmes. Ablatio placentae. The Americ. Journal of obstetrics. Vol. XLIV. № 6.
162. Holmes. The cases of ablatio placentae. The Americ. Journal of obstetr. 1903. Oct.
163. Holmes. Ablatio placentae. The Journal of Americ. Med. Assoc. 1908. 28. Nov.
164. Холмогоровъ, С. С. Значеніе влагал. кесарскаго сѣченія и т. д. Журналъ Акуш. и женск. болѣз. 1912 май, іюнь.
165. Hüter. Deutsche Klinik. 1852. № 49. Цит. по Kayser.
166. Jacquemier. Manuel des acconchements. 1846. Цит. по Crasson, London, Lelong.
167. Jardine. Glasgow medic. Journal 1892 Juni. Цит. по Jahresbericht 1892.
168. Jardine. 7 interessante Geburtsfälle. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXII p. 319.
169. Jardine. Glasgow medic. Journal 1905. Aug. Цит. по Zentralblatt für Gyn 1906. № 38.
170. Jardine. Scott. medic. and Surg. Journal 1906 Sept. Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1907. № 46.
171. Jeannin. De la place que l'on tend à donner actuellement, en France, à l'opération césarienne vaginale parmi les méthodes d'évacuation rapide de l'uterus. La Presse médicale 1910. 31. XII.
172. Ingerslev. Prolapsus placentae. Hospitals-Tidende 1892. Bd. X. № 34 Цит. по Jahresbericht 1892.
173. Ingleby. Analekten für Frauenkrank. 1842. Bd. III. p. 373. Цит. по Brauns.
174. Jolly. Ueber die Bossi'sche Dilatation bei vorzeitiger Lösung der Placenta Zentralblatt für Gyn. 1906. № 18.
175. Juggard. The medic. News 1889. Цит. по Lelong.
176. Jung. Die chirurgische Behandlung der Uterusblutungen etc. VI. Internationaler Kongress für Geb. und Gyn. Berlin 1912.
177. Kahrs. Fortidlig placentarlösning. Med. revue. Bergen. 1902 p. 207 Цит. по Jahresbericht 1902
178. Какушкинъ, Н. М. Отчетъ о дѣятельности совѣщанія врачей акушеровъ и т. д. Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней 1912 мартъ.

179. Калмыковъ. Къ казуистикѣ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста во время родовъ при нормальномъ его прикрѣпленіи. Врачебная Газета 1909. № 33.
180. Kamann. Retroplacentare Blutung. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. 25 p. 557.
181. Kamann. Mediz. Gesellsch. zu Magdeburg. München. mediz. Wochen. schrift 1909. № 31. p. 1619.
182. Каннегисеръ, Н. С. Случай кровотеченія во время беременности и послѣ родовъ. Журналъ акушер. и женскихъ болѣзней. 1901. Декабрь.
183. Kayser. Ueber Vofall der Placenta bei normalem Sitz. Archiv für Gynäkologie. Bd. LXX, Heft 3 p. 656.
184. Kelly, Prof. Howard. Resuscitation, from impeding death due to concealep hemorrhage, by the infusion of a litre of normal solt solution centrally into the radial artery. The Americ. Journal of obstetr. 1894 Aug.
185. Kezmarsky. Zentralblatt für Gyn. 1899. p. 657,
186. Кипарскій, Р. В. Преждевременное отдѣленіе нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста. СПБ. 1912.
187. Kleinwächter. Eulenburg's Realencyklop. Bd. XIX.
188. Knauer. Monatsschrift für Geb. und Gyn. 1903 Bd. XVII.
189. Koffer. Zentralblatt für Gyn. 1893 p. 1020.
190. Königstein. Ueber einen Fall von kurzer Nabelschnur mit vorzeitiger Planzentalösung, u. s. w. Wiener mediz. Blätter. 1897. № 19.
191. Kortright. Brooklyn Med. Journal 1890. Цит. по Mauran.
192. Köstlin. Schwangerschaft bei fast vollständigem Verschluss des Hymens kompliziert mit Nephritis und vorzeitiger Lösung der normalsitzenden Plazenta. Münchener mediz. Wochenschrift 1896. № 47.
193. Kouwer. Sectio caesarea wegen Blutung. Nederl. tydschr. v. Verlosk. en Gyn. IX. 3. цит. по Jahresbericht 1898.
194. Kouwer. Niederl. Gesellsch. für Geb. und Gyn. Zentralblatt für Gyn. 1898. № 28.
195. Крассовскій, проф. А. Я. Оперативное Акушерство. 1889.
196. Кривскій, Л. А. Акушерско-Гинекологическія учрежденія Россіи. Петербургскіе городскіе родильные пріюты. 1910.
197. Krüger. Beitrag zur Kasuistik der vorzeitigen Placentarlösung. Inaug. Dissert. Leipzig 1909.
198. Krull. Gyn. Gesellsch. zu Dresden. 1907. 21. XI. Zentralblatt für Gyn. 1908. № 16.
199. Küster. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 33 p. 517.
200. Labhardt. Beitrag zur Kasuistik der Plazentartumoren. Beiträge zur Geb. und Gynäk. Bd. VIII. Heft 2.
201. Labhardt. Zur operativen Behandlung der post-partum-Blutungen. Zentralblatt für Gyn. 1912. № 23.
202. Lachapelle, M-me. Pratique des accouchements. 1821. цит. по London, Lelong, Crasson, Mauran, Herzfeld.
203. Landon. Du décollement du placenta inséré normalement au cours de la grossesse. Thèse de Paris 1906.
4. Lange. Lehrbuch der Geburtshülfe. Erlangen. 1868.

205. Lavonius. Arbeiten aus der geb.—gyn. Universitätsklinik in Helsingfors. Цит. по Lévy.
206. Lefour. 1888 цит. по Crasson.
207. Le Golvan. Contribut. à l'étude des hémorrhagies rétroplac. Thèse de Paris 1910.
208. Lehmann. Thèse de Paris 1899.
209. Lelong. De l'hémorrhagie rétroplacentaire d'origine traumatique. Thèse de Paris 1901.
210. Le Lorier. Décollement prématuré du placenta au cours du travail. Mort du foetus. Rigidité du col. Signes menaçants d'hémorrhagie interne et de tétanisation de l'utérus. Opération césarienne conservatrice. Guérison. Annales de Gynécol. 1906 Juin.
211. Leo. Diskussion zu Kamann. Münchener medizin. Wochenschrift 1909 № 31.
212. Leopold. Ueber die Methoden der künstlichen Erweiterung des schwangeren und kreissenden Uterus. Verhandlungen der deutschen Gesellsch. für Gyn. XI. Kiel. 1905.
213. Leopold. Demonstration. Zentralblatt für Gyn. 1906. № 49.
214. Lépage. Société d'obst., de Gyn. et de paed. 1909. 12 oct. Zentralblatt für Gyn. 1909. № 25.
215. Lépage. Note sur un hématome placentaire. Société d'obst. et de gyn. de Paris 1899, 6 oct.
216. Lépage. Hémorrhagie rétroplacentaire consécutive à un traumatisme sur la région abdominale. Expulsion d'un foetus mort et non macéré de quatre mois et demi environ. Annales de Gynécologie. 1901. Juillet, p. 59.
217. Lequeux. De la césarienne classique dans le cas d'hémorrhagie rétroplacentaire. La Presse médicale 1910, p. 982.
218. Leray. Etude sur la brièveté du cordon ombilical. Paris. 1894.
219. Leroux. Observations sur les pertes de sang des femmes en couches. 1756 Цит. по Crasson, Herzfeld.
220. Lévy. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des hémorrhagies rétroplacentaires. Thèse de Paris. 1911.
221. Либовъ. Влагалищное кесарское сѣченіе въ земской практикѣ. Врачебная Газета. 1912. № 51.
222. Liepmann. Diskussion zu Winter. Zentralblatt für Gynäk. 1885. № 7.
223. Limbächer. Gyógyászat. 1907. № 46—50. Цит. по Zentralblatt für Gynäk. 1909. № 13.
224. Lobenstine and Harrar. Bullet. of the Lying-in Hospital of the City of New-York. 1907. № 2.
225. Lobenstine u. Harrar. Die geb. und gyn. Litteratur in Nordamerika. 1907. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXVIII, p. 334.
226. Löhlein. Demonstration. Berliner klinische Wochenschrift. 1881. № 37.
227. Löhlein. Diskussion zu Winter. Zentralblatt für Gyn. 1885. № 7.
228. Loirainé. Revue médicale 1844. Цит. по Guiraud.
229. Lomer. Vorzeitige Plazentarlösung. Geb. Gesellsch. zu Hamburg. Zentralblatt für Gyn. 1902. № 9.
230. Lop. Hémorrhagie rétroplacentaire au cinquième mois. Provocation de l'accouchement. Guérison. Bulletin de la Soc. d'obstétr. 1903. № 5.

231. Lossius. Observat. medicin. London. 1672. Цит. по Münchmeyer, Kayser, Hartmann.
232. Lovrich. Orvosi Hetilap. 1899. № 30. Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1900. № 39.
233. Luig. Ueber Ablösung der Placenta bei normalem Sitz derselben in der Endzeit der Schwangerschaft und unter der Geburt. Inaug.-Dissert. 1904. Kiel.
234. Львовъ. Этіологическое значеніе короткости пуповины. Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней 1895, стр. 750.
235. Maberly. Obst. Journ. of Gr. Brit. and Irland. 1877—78. Цит. по Lelong.
236. Macam. Treatment of the accidental hemorrhage. The British Medic. Journal 1904. II. 1049.
237. Macfarlane. Expulsion of the Placenta before the Birth of the Child. The Journal of Obst. and Gyn. of British Empire. 1911. VIII.
238. Mc. Grews. Three cases of nephritis in pregnancy. The Americ. Journ. of Obst. Vol. XXX, p. 374.
239. Marsh. Cases of hemorrhage from the normally implanted placenta. The New-York Medic. Journal. Vol. LVI.
240. Martin. Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. XVII, p. 269. Цит. по Bra uns
241. Масловскій, И. Ф. Къ этіологіи преждевременнаго отдѣленія послѣда при нормальномъ его положеніи. Endometritis decidualis gonorrhoica. Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней 1896. стр. 781.
242. Maslowsky. Zur Aetiologie der vorzeitigen Ablösung der Placenta vom normalen Sitz. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. IV. Hft. 3.
243. Массенъ, В. Н. Zur Frage über Endometritis bei akuten infektiösen Allgemeinerkrankungen. Archiv für Gyn. Bd. 40. Hft. 1.
244. Mauran. Des cas de mort par décollement prématuré du placenta normalement inséré. Thèse de Paris. 1909.
245. Mauriceau. Traité des maladies des femmes grosses. 1681. Цит. по Crasson. Herzfeld, Lelong. Mauran.
246. Mayer. Vorzeitige Lösung der Nachgeburt in der Schwangerschaft infolge zu kurzer Nabelschnur. Prager mediz. Wochenschr. 1900. № 48 u. 49.
247. Maygrier. Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Bulletin et mém. Société d'Obstétr. et de gynéc. Paris. 1892.
248. Maygrier. Hémorrhagie foudroyante à 8 mois ½ de grossesse par décollement prématuré du placenta normalement inséré. Nouv. archive d'obst. et de gyn. 1892. № 8.
249. Maygrier. Diagnostic de la rupture du sinus circulaire pendant le travail. L'Obstétrique. 1904. XI, p. 481.
250. Maygrier et Cathala. Décollement prématuré du placenta par brièveté relative du cordon ombilical. Mort du foetus pendant le travail. Zentralblatt für Gyn. 1902. № 23.
251. Медицинскій Отчетъ СПБ. Родовспомогательнаго Заведенія Вѣдомства Учрежденія Императрицы Маріи за 1873—76 г.
252. Медицинскій Отчетъ СПБ. Родовспомогательнаго Заведенія Вѣдомства Учрежденій Императрицы Маріи за 1877—80 г.
253. Meyer. Zur Diagnose des übergrossen retroplacentären Hämatoms. Münchener mediz. Wochenschrift. 1910. № 25.

254. Meyer, Hans. Die vorzeitige Ablösung der Placenta vom normalen Sitz. Korrespondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. Basel. 1891, p. 193.
255. Meyer. For tidlig Lösning af den paa normalt Sted insereered Placenta. Bibliothek for Lager. 1898. Цит. no Jahresbericht. 1898.
256. Miller, Jeff. Vaginal Cesarean Section. New-York medic. a. Surg. Journal. 1905.
257. Moosauer. Ueber vorzeitige Lösung und Prolaps der Placenta. Inaug.-Disser Würzburg. 1903.
258. Moreau. Du décollement prématuré du placenta inséré normalement pendant les trois derniers mois de la grossesse. Thèse de Paris. 1888. Цит. no Mauran.
259. Motte, de la. Traité complet des accouchements. 1765. Цит. no Hartmann.
260. Muire. A placenta from a case of accidental hemorrhage. Transact. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXV, p. 338.
261. Müller. Ein Fall von Kindsmord durch Erwürgen. Zeitschrift für Medizinalbeamte. Bd. XI, p. 304.
262. Münchmeyer. Ueber den Vorfall der Nachgeburt bei regelmässigem Sitz derselben. Archiv für Gyn. Bd. 33. Heft 3.
263. Munro Kerr. The british medic. Journal. 1904. II, p. 1053.
264. Мусатовъ, Н. А. О преждевременномъ отдѣлении дѣтскаго мѣста во время родовъ. Медицинское Обозрѣние. 1907. № 6.
265. Mynlieff. Ruptura sinus circularis. Dissert. Amsterdam. 1898. Цит. no Jahresbericht. 1898.
266. Naegele-Grenser. Lehrbuch der Geburtshülfe. 1867, p. 704.
267. Netzel. Hygiea 1877. № 1. Цит. no Zentralblatt für Gyn. 1877. Nr. 7.
268. Nicholson Oliphant. The britsh medic. Journal 1904. II. p. 1054.
269. Nicholson. Univers. Pensylvania medic. Bullet. 1906. № 7. Цит. no Lévy.
270. Nijhoff. Loslating van de normaal gelegen placenta gedurende de Zwangerschap. Nederl. Tydschr. v. Verlosk. V. Цит. no Jahresbericht. 1894.
271. Nijhoff. Warum löst sich unter normalen Umständen die Placenta erst nach der Geburt des Kindes? Verhandlungen der deutschen Gesellsch. für Gyn. Bd. IX, p. 576.
272. Ocker. Inaugur-Dissertation. Berlin. 1892.
273. Odebrecht. Demonstration einer Plazenta. Zentralblatt für Gyn. 1893. № 30.
274. Окинчицъ, Л. Л. Изъ акушерской казуистики. Русскій Врачъ. 1912. № 38.
275. Oldham. Guy's Reports 1866. Цит. no Spiegelberg.
276. Osiander. Gemeinsame Deutsche Zeitschrift für Geburtsk. 1832. Bd. 7. Цит. no Münchmeyer, Hartmann.
277. Osterloh. Der Vorfall der Plazenta. Zentralblatt für Gyn. 1908. № 16.
278. Oui. Revue génér. de médic., chirurgie et d'Obstétr. 1893. № 49. Цит. no Zentralbl. für Gyn. 1894. № 43.
279. Outrepont. Neue Zeitschrift für Geburtsk. 1843. Bd. 14, p. 132. Цит. no Stern, Hartmann.
280. Palardy. Singulier cas d'hémorrhagie interne avant l'accouchement. Union méd. de Canada Montréal. 1891. Цит. no Jahresbericht. 1891.
281. Park. The Journal of the Americ. medic. Association. 1887. Цит. no Lelong
282. Pelz. Inaugur.-Dissert. Berlin. 1872.

283. Penkert. Demonstration einer Plazenta. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXIII, p. 420.
284. Penkert. Vorzeitige Lösung der Placenta bei normalem Sitz. Münchener mediz. Wochenschrift. 1906. № 4.
285. Pestalozza. Comptes-rendus du 4 Congres internat. de Rome. 1902.
286. Perret et Planchon. Hémorrhagie rétroplacentaire par dechirure du sinus circulaire. L'Obstétrique. 1902, p. 124.
287. Peu. Pratique des accouchements. 1694. Цит. no Crasson, Lelong, Mauran.
288. Phillips. Case of Concealed Accidental Haemorrhage treated by Caesarean Section and Hysterectomy. The Journal of Obstetr. and Gynec. of the British Empire. 1912. Vol. XXI. № 3, p. 163.
289. Pilat. Annales de Gynécol. I p. 361. Цит. no Crasson.
290. Pinard et Varnier. Etudes d'anatomie obstétr. normale et pathologique Paris. 1892, p. 57.
291. Платоновъ, В. М. Кесарское сѣченіе при угрожающемъ кровотеченіи. Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней. 1907. Іюль.
292. Pollak. Monatsschrift für Ceb. u. Gyn. Bd. XX, p. 335.
293. Pollak. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. XXI. Heft 4.
294. Potocki. 1909. Цит. no Lévy.
295. Pottet. Annales de Gynécol. et d'obstétrique. 1908.
296. Primerose et Portal. La pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observ. 1675. Paris. Цит. no Herzfeldt.
297. Pulvirenti. Sul distacco precoce di placenta normalmente inserta. La Ginecologia. 1908.
298. Puzos. Traité des accouchements. 1759. Цит. no Herzfeld, Crasson, Lelong.
299. Queirel. De l'hémorrhagie rétroplacentaire. Revue pratique d'obstétr. et de paediatr. 1909, p. 136, Цит. no Zentralblatt für Gyn. 1910, p. 365.
300. Reynolds. Boston medic. and Surgic. Journal. 1886. Цит. no Lelong.
301. Riddle Gosti. Case of vaginal Cesarean Section. Annals of Gynecology. 1905. June.
302. Robinson. A case of premature separation of a normally situated placenta. Medical Record. 1905. Apr. p. 657.
303. Rombach. De loslating van de normaal gelegen placenta tydens de Zwangerschap. Dissert. Leiden. 1894. Цит. no Jahresbericht.
304. Rosenberg. Accidental hemorrhage. The Americ. Journ. of obstetr. 1893. Febr. p. 191.
305. Rousseau-Dumarcet. Du décollement prématuré du placenta inséré normalement. Thèse de Paris. 1892.
306. Rühl. Ueber einen Fall von vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Nachgeburt: Beendigung der Geburt durch vaginalen Kaiserschnitt. Zentralblatt für Gyn. 1901. № 47.
307. Runge. Учебникъ Акушерства. Русское изданіе второе. 1897.
308. Sänger. Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Zentralblatt für Gyn. 1884. № 21.
309. Сазоновъ. Къ вопросу о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи. Медицинское Обозрѣние. 1911. № 21.
310. Scanzoni. Lehrbuch der Geburtshülfe. 1867, p. 560.
311. Schaeffer. Over de aetiologie van de ontijdige loslating der placenta bij

normale zitplaats gedurende de gravidität. Inaug.-Dissert. Leiden. 1903. Цит. по Jahresbericht 1903 u. Zentralblatt für Gyn. 1904.
312. Schatz. Diskussion zu Nijhof. Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. f. Gyn. Bd. IX, p. 579.
313. Schauta. Internationale klinische Rundschau. 1892. № 27. Цит. по Aschkanasy, p. 34 и Bulletin médic. 1892. Цит. по Mauran.
314. Schauta. Ueber innere Blutung bei Nephritis gravid. Zentralblatt für Gyn. 1892, p. 1216.
315. Шевалдышевъ, А. А. L'Obstrétique, 1908, p. 403.
316. Scheffen. Zwei Fälle von vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Placenta. Münchener mediz. Wochenschrift. 1909. № 46.
317. Scheffen. Ruptur des sinus circularis placentae, verbunden mit heftiger Blutung intra partum. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXVIII, p. 351.
318. Schickele. Der sog. weisse Infarkt der Placenta. Zentralblatt für Gyn. 1903. № 37.
319. Schickele. Beiträge zur Klinik der vorzeitigen Lösung der Placenta bei normalem Sitz. Münchener mediz. Wochenschrift. 1903. № 51.
320. Schickele. Die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. Beiträge zur Geb. und Gyn. Bd. VIII. Heft 3.
321. Schickele. Die Bedeutung schwerer Blutungen unter der Geburt. Münchener mediz. Wochenschrift. 1908. № 21.
322. Schickele. Der Prolapsus placentae. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XXIV, p. 121.
323. Шмидтъ. Медицинскій Отчетъ Маріинскаго Родовспомогательнаго Дома (1870—1881).
324. Schneider, Otto. Klinische Erfahrungen über eine neue Art der künstlichen Blutleere in der Geburtshilfe. Inaug.-Dissert. Freiburg. 1910.
325. Schrader. Diskussion zu Grapow. Zentralblatt für Gyn. 1892, p. 551.
326. Schuhl. Hémorrhagie intra-amniotique due au décollement du placenta normalement inséré. Gazette hébdomad. 1900. Juin.
327. Schultze. Zur Kenntnis der Todesart des Kindes bei vorzeitiger Lösung der Placenta. Zentralblatt für Cyn. 1901. № 49.
328. Schwarcz. Orvosi Hetilap. 1907. № 23. Цит. по Jahresbericht. 1907.
329. Seifert. Geb. Gesellsch. zu Hamburg. Zentralblatt für Gyn. 1899. № 5.
330. Seitz. Zwei sub partu verstorbene Fälle von Eklampsie mit vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Placenta. Archiv für Gyn. Bd. LXIX. Heft 1.
331. Seitz. Nierenerkrankungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Winckel's Handbuch der Geb. 2 Bd. III. Teil.
332. Seitz. Erkrankungen der Placenta. Winckel's Handbuch der Geb. 2 Bd. II. Teil.
333. Sharp. Sudden and profuse haemorrhage during labor. Medic. Record. 1892. p. 166.
334. Siron. Gazette médic. de Paris. 1896. № 5. Цит. по Moosauer.
335. Скробанскій, К. К. Влагалищное кесарское сѣченіе по Dührssen'y въ тяжеломъ случаѣ отдѣленія нормально прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста во время беременности. Журналъ акушерства и женск. бол. 1909. № 5—6.
336. Скробанскій, К. К. Консервативное влагалищное кесарское сѣченіе. Журналъ акушерства и женскихъ бол. 1909. № 5—6.

337. Skutsch. Geburtshülfliche Operationslehre. 1901, p. 318.
338. Славянскій, К. Ф. Endometritis decidualis haemorrhagica bei Cholerakranken. Archiv für Gyn. IV, p. 285.
339. Sligh. Accidental hemorrhage in a case of premature labor due to hydramnion. The Americ. journ. of obstetr. V. XXV, p. 651.
340. Smellie. Sammlung besonderer Fälle, London. 1754. Цит. по Kayser. Hartmann.
341. Smyly. Journal of obstetr. and Gynecol. of the British Empire. 1902. Aug. Цит. по Herzfeld.
342. Sorbi. Emorragia interna retroplacentare sooltosi coi sintomi clinici della mola vescicolare. La Ginecologia 1909. Fasc. 16. Цит. по Jahresbericht. 1909.
343. Souligoux. Hysterectomie sub-totale dans un cas d'hémorrhagie intrautérine pendant la grossesse avec infection. Le Progrès médic. médic. 1904. № 14.
345. Squires. Detâchement du placenta et hémorrhagie grave avant la naissance de l'enfant. Medic. Record. 1888. 7. Jan. Цит. по Jahresbericht. 1888.
346. Stadfeldt. Цит. по Hartmann.
347. Steffens. Fälle von vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Placenta. Dissert. Strassburg. 1904.
348. Stern. Ueber Vorfall der Nachgeburt bei normalem Sitz. Monatsschrift für Geb. und Cyn. Bd. XXVII. № 6.
349. Stöckel. Winckel's Handbuch der Geburtshülfe. 2 Bd. III. Teil.
350. Столыпинскій, В. А. Медицинскій Отчетъ по СПБ. Родовспомогательному Заведенію за 1898—1900 г.г.
351. Столыпинскій, В. А. Медицинскій Отчетъ по СПБ. Родовспомогательному Заведенію за 1901—1903 г.г.
352. Столыпинскій, В. А. Медицинскій Отчетъ по Императорскому СПБ. Родовспомогательному Заведенію за 1904—1906 г.г.
353. Столыпинскій, В. А. Медицинскій Отчетъ по Императорскому СПБ. Родовспомогательному Заведенію за 1907—1909 г.г.
354. Suber. Allm. svenska läkars. 1911. № 47. Цит. по Gynäkolog, Rundschau. 1912. № 19.
355. Suter. Report of a case of partial separation of the placenta causing accidental hemorrhage during pregnancy and premature delivery. The American Journal of obstetr. 1892. Vol. XXV, p. 215.
356. Swayne. Bristol Medic. Chir. Journal. 1889. Цит. по Mauran.
357. Targett. Abdominal hysterectomy for severe concealed accidental haemorrhage. Journal of Obstetr. and Gynéc. 1905. p. 344.
358. Tarnier et Budin. Traité de l'art des accouchements. T. III.
359. Тарновскій, И. М. Медицинскій отчетъ Родовспомогательнаго Заведенія Императорскаго Спб. Воспитательнаго Дома за 1872 г.
360. Thierry. Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Annales de Gynécol. et d'obstétz. T. LI. p. 305.
361. Thies. Diskussion zu Händly. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. 66 p. 453.
362. Thompson. London medic. Gan. 1814. цит. по Naegele—Grenser.
363. Tillaux. Bulletin médical. 1898. Janvier. цит. по Landon.
364. Treub. Over ruptur van den Sinus uteroplacentaris. 1898. цит. по Jahresbericht. 1898.
365. Чапинъ. Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія Императорскаго

Клинически-Повивальнаго Института за 4-хъ лѣтній періодъ .его дѣятельности (1893—1897).
366. Tschörtner. Inaug. Dissert. 1867. Цит. по Brauns.
367. Tussenbroek, van. Vorzeitige Plazentarlösung im VI Schwangerschaftsmonat bei Nephritis. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. XIV. p. 215.
368. Underhill. Transact. of the Edinburg. Obstetr. Soc. 1877—78. Цит. по Lelang.
369. Veit. Endometritis in der Schwangerschaft. Berliner Klinische Wochenschrift. 1887. № 35.
370. Veit. Demonstration. Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1888. Bd. 15. p. 196.
371. Veit. Ueber die Bedeutung der Albuminurie bei vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Placenta. Separ.—Abdruck aus „Herinneringsbundel Prof. Rosenstein". Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1903. № 23.
372. Veit. Handbuch der Geburtshülfe von P. Müller. II. Bd.
373. Velpeau. Traité élémentaire de l'art des accouch. 1829. Цит. по Crasson, Herzfeld, Lelong.
374. Vogel. Zur Kasuistik des Prolapses der Placenta. Zeitschrift für Geb. Bd. XLVIII. p. 469.
375. Vogel. De Haemorrhagia placentae interna vel quam Cruveilhier dicit Apoplexia placentae. Inaug.—Dissert. Iena. 1843. Цит. по Brauns.
376. Vogt. Norsk Magaz. f. Lagensdon. Bd. 13. hft. 7. Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1884. № 3.
377. Voigts. Deutsche mediz. Wochenschrift. 1911 № 49.
378. Voron. Geburshs. Gesellsch. zu Lyon. Zentralblatt für Gyn. 1912. № 16.
379. Warren. Dystocia due to «accidental hemorrhage". The American Journal of obstetr. Vol. XXXIX p. 163—173.
380. Warren. Accidental hemorrhage in labour. The Americ. Journal of obstetr 1888. Vol. XXI p. 1020—28.
381. Wasenius. Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. Zeitschrift für Geb. und. Gyn. Bd. 66 p. 722.
382. Weatherly. British medic. Journal 1878. Цит. по Brauns, Grulich.
383. Webber. Antepartum hemorrhage. British medic. Journal 1909. Apr. 17.
384. Weiller. Thèse de Nancy. 1899. Цит. по Gaston.
385. V. Weiss. Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. Archiv für gyn. Bd. 46.
386. Welch. Medic. Times 1874. IV. Цит. по Lelong.
387. Wesenberg. Verblutung während der Geburt infolge Ruptur einer Aneurysma der Milzarterie. Zentralblatt für Gyn. 1912. № 15.
388. Wiedow. Ueber den Zusammenhang zwischen Albuminurie und Plazentarerkrankung. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. 14 p. 387.
389. Winter. Zur Lehre von der vorzeitigen Placentarablösung bei Nephritis. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. XI.
390. Winter. Zwei Medianschnitte. 1889.
391. Winter. Beendigung der Geburt durch die rasche Erweiterung des Collum uteri. 16 Internation. Kongress. Budapest.
392. Wintzer. Inaug.—Dissert. Marburg. 1903. Цит. по Germann.
393. Виридарскій, С. Т. Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института за 1883—1893 г.г.

394. Witherstine. St. Paul. medic. Journal 1901 Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1902. № 32.
395. V. Wörz. Wiener geb.—gyn. Gesellsch. Zentralblatt für Gyn. 1895. № 21.
396. Wright. British medic. Associat. in Toronto. Цит. по Zentralblatt für Gyn. 1907. № 20.
397. Zimmermann. Ein Fall von indirekter traumatischer Ruptur der Placenta. Beiträge für Geb. und. Gyn. Bd. XI. Heft. 1.
398. Zweifel. Die vorzeitige Lösung der regelrecht sitzenden Nachgeburt. Monatsschrift fiir Geb. und Gyn. Bd. XXXVI. Festnummer dem VI. Internat. Gynäkolog.—Kongress dargebracht.

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

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Преждевременное отдѣленіе нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста является однимъ изъ самыхъ грозныхъ осложненій беременности и родовъ, могущее въ короткое время погубить и мать и ребенка.

2) Питуитринъ является специфическимъ средствомъ, возбуждающимъ и усиливающимъ родовыя схватки.

3) Въ виду большой опасности остраго аппендицита при беременности и въ родахъ, желательно производить при хроническомъ аппендицитѣ — удаленіе червеобразнаго отростка во время беременности.

4) Одной изъ величайшихъ задачъ гинекологіи является профилактика женской гонорреи.

5) Борьба съ пандеміей преступнаго выкидыша не можетъ вестись палліативными средствами, необходимо измѣненіе соціальныхъ условій и поднятіе нравственнаго уровня населенія.

6) Въ Повивальныхъ Институтахъ и Школахъ необходимо ввести особый обязательный курсъ ухода за больными.

7) Расширеніе акушерской помощи населенію можетъ быть достигнуто не перепроизводствомъ акушерокъ, а улучшеніемъ условій жизни земскихъ повивальныхъ бабокъ, соотвѣтственно ихъ культурнымъ потребностямъ.

НБ ХНМУ

Curriculum vitae.

Германъ Генриховичъ Гентеръ, сынъ чиновника, родился въ С.-Петербургѣ въ 1881 году, вѣроисповѣданія лютеранскаго. Среднее образованіе получилъ въ гимназіи Св.-Петра, а медицинское въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи. которую окончилъ со степенью лекаря съ отличіемъ (eximia cum laude) въ 1904 году.

Съ Сентября 1904 года началъ работать въ качествѣ врача-экстерна въ ИМПЕРАТОРСКОМЪ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи, гдѣ 1-го Марта 1906 года утвержденъ въ должности сверхштатнаго врача. Въ Сентябрѣ 1910 года назначенъ репетиторомъ Повивальнаго Института при Родовспомогательномъ Заведеніи.

Съ Августа 1904 года и по настоящее время работаетъ въ качествѣ врача-экстерна въ Гинекологическомъ отдѣленіи Городской Обуховской больницы.

Въ ноябрѣ 1911 года назначенъ сверхштатнымъ врачемъ амбулаторной лечебницы Свято-Троицкой Общины Сестеръ Милосердія.

Въ 1906 году избранъ дѣйствительнымъ членомъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Петербургѣ.

Въ 1906—1907 академическомъ году началъ и въ 1908 году закончилъ экзамены при ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи на степень доктора медицины.

Имѣетъ слѣдующіе печатные труды:

1) „Къ казуистикѣ пороковъ развитія женскихъ половыхъ органовъ. Три случая". Врачебная Газета 1906 г. № 22

2) „Къ казуистикѣ пороковъ развитія женскихъ половыхъ органовъ". Врачебная Газета 1908 г. № 28.

3) „Случай Thoracopagus". Врачебная Газета 1909 г. № 27.

„ „Ein Fall von Thoracopagus. Zentralblatt f. Gynäkol". 1910 г. № 25.

4) „Pyosalpinx duplex исключительной величины". Врачебная Газета 1911 № 24.

5) „О самоповрежденіяхъ у истеричныхъ". Журналъ Акушерства и Женскихъ Болѣзней 1911 г. Октябрь.

6) „Питуитринъ при слабыхъ родовыхъ боляхъ". Врачебная Газета 1911 г. № 51.

7) „Нѣсколько словъ о задачахъ гинекологіи". Врачебная Газета 1912 г. № 35—36.

Настоящую работу—8) „Преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста" представляетъ въ качествѣ диссертаціи для соисканія степени доктора медицины.

НВХИУ