

146,921.^a

Къ ученію о разрывахъ влагалищнаго свода

во время родовъ.

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень

ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

МЕЧИСЛАВА КАУФМАНА.

ОППОНЕНТЫ:

Проф. А. Н. Соловьевъ. — Проф. В. Г. Цѣге ф. Мантейфель.
Проф. В. А. Афанасьевъ.

Библ. Моск.
университ.
Томск.

ЮРЬЕВЪ.

Типографія Шнакенбургъ.

1901.

Мәңгілік Ел

Пользуюсь случаемъ, чтобы выразить глубокую благодарность бывшимъ своимъ учителямъ, профессорамъ Юрьевского Университета.

Считаю тоже своимъ долгомъ выразить искренною благодарность Проф. А. Н. Соловьеву за благосклонное вниманіе, оказанное моему труду, равно какъ всѣмъ тѣмъ, кто при выполненіи этой работы любезно помогъ мнѣ письменными сообщеніями и присылкою брошюръ, а особенно пр.-доценту Д-ру Franz'у въ Галле, проф. Freund'у въ Страсбургѣ, Д-ру Neugebauer'у въ Варшавѣ и старшему врачу земской больницѣ въ Рязани Д-ру Щеткину.

Введение.

Учение о высоких разрывах влагалища во время родов подвергалось съ теченіемъ времени разнообразнымъ превращеніямъ. Поперемѣнно мѣнялось и отношеніе этого ученія къ вопросу о разрывахъ матки: временами разрывы влагалищнаго свода возбуждали значительно большее вниманіе, чѣмъ разрывы матки; временами же послѣдніе совершенно оставляли разрывы влагалища въ тѣни!

Первымъ клиническимъ сообщеніямъ о разрывахъ влагалищнаго свода представлено было въ учебникахъ акушерства видное мѣсто. Въ руководствахъ конца XVIII и первой половины XIX вѣка почти всегда встрѣчаются указанія на происхожденіе и леченіе разрывовъ свода. Часто цѣлыя главы посвящаются обсужденію этого вопроса.

Но картина эта мѣняется съ появленіемъ знаменитой публикаціи Bandl'я: »Ueber Ruptur der Gebärmutter.« Какъ извѣстно, Bandl имѣлъ въ виду исключительно только разрывы шейки, вслѣдствіе чего съ этого времени разрывъ шейки служить общей схемой глубокихъ поврежденій при родахъ. Другіе разрывы не признавались вовсе, или ихъ старались втиснуть въ эту единственно признанную рубрику. О чистыхъ разрывахъ тѣла матки не было и рѣчи; точно также совершенно игнорировали разрывы влагалищнаго свода, несмотря на то, что въ томъ же году, когда была опубликована теорія Bandl'я, появился трудъ, имѣвшій цѣлью обратить вниманіе на разрывы свода. Это была

публикація Hugenberger'a, который описалъ нѣсколько собственныхъ наблюденій и собралъ 39 болѣе старыхъ случаевъ. Но и послѣ появленія этого труда, какъ и до него, въ литературѣ разрывы свода не принимались во вниманіе или описывались подъ именемъ разрывовъ матки. Только спустя 15 лѣтъ, именно въ 1891 году, Щеткинъ собралъ 80 случаевъ разрывовъ свода и опредѣлилъ современное состояніе этого вопроса. Къ сожалѣнію, работа его осталась извѣстной почти исключительно только русскимъ врачамъ.

Поворотный пунктъ въ судьбѣ ученія о разрывахъ свода составляетъ только теорія Freund'a (1892 г.); его трудъ, который по вопросу о разрывахъ матки опирается на первоначальную Bantl'овскую точку зрѣнія, заключаетъ въ себѣ и основныя положенія теоріи разрывовъ влагалищнаго свода. Какъ извѣстно, публикація этого труда вызвала оживленные дебаты, перешедшіе даже на Вѣнскомъ конгрессѣ въ горячій споръ, благодаря которому на этотъ вопросъ было направлено вниманіе специалистовъ. Съ этого времени собрано извѣстное количество новыхъ наблюденій. Главныя вопросы еще далеко не разрѣшены, но проявились различныя интересныя детали. Оказалось такъ много особенностей, что больше невозможно смѣшивать разрывы влагалищнаго свода съ разрывами матки. Правда, они, какъ выразился Säger въ Вѣнѣ „нераздѣльны“ другъ съ другомъ, такъ какъ существуетъ, безъ сомнѣнія, анатомическое и функціональное родство между обоими органами, и къ тому же разрывы матки, какъ и свода, происходятъ при одномъ и томъ же фізіологическомъ процессѣ, именно, при родахъ.

Но, несмотря на то, ученіе о разрывахъ свода должно занять отдѣльное мѣсто и требуетъ отдѣльной собственной главы при обсужденіи разрывовъ мягкихъ частей во время родовъ. Вѣдъ Hugenberger¹⁾ уже утверждалъ, что какъ

¹⁾ Hugenberger, Petersburger med. Zeitung 1875 г. Т. V.

нельзя смѣшивать съ разрывами матки разрывовъ нижней части влагалища или влагалищно-кишечной перегородки, а тѣмъ паче разрывовъ промежности, такъ и высокіе разрывы свода, даже если они и находятся въ непосредственной близости къ маткѣ, надо считать ничѣмъ инымъ, какъ разрывомъ влагалища.

Желаніе отдѣлить разрывы матки отъ разрывовъ свода основывается на слѣдующемъ:

А. Съ научно-теоретической точки зрѣнія:

а) Топографическое отношеніе этихъ обоихъ органовъ таково, что они должны разсматриваться отдѣльно. Какъ пищеводъ и желудокъ, Urethra и мочевого пузыря, точно такъ же матка и влагалище, не взирая на ихъ непосредственную связь, не могутъ считаться чѣмъ-то единымъ.

б) Гистологическіе элементы обоихъ органовъ (гладкія мышечныя волокна, эластическая ткань) различаются по развитію и крѣпости. несмотря на то, что они отчасти переходятъ другъ въ друга.

в) Этиологическіе моменты пораненій матки и влагалища различны; разрывъ cadaго изъ этихъ органовъ требуетъ отдѣльнаго объясненія, или, по крайней мѣрѣ, при общей теоріи необходимо принять во вниманіе отдѣльныя обстоятельства для cadaго изъ этихъ поврежденій.

В. Съ практическо-клинической точки зрѣнія можно замѣтить слѣдующее:

а) что симптомы обоихъ пораненій не тождественны.

б) что прогнозъ для cadaго изъ видовъ этихъ разрывовъ различный.

в) что при леченіи разрыва матки равно какъ и влагалища должны быть принимаемы во вниманіе различныя точки зрѣнія.

Цѣль этой работы доказать самостоятельность разрывовъ свода въ акушерствѣ и добиться права гражданства для этого важнаго рода заболѣваній.

Историческій Обзоръ.

По времени распознаваніе разрывовъ матки значительно предшествуетъ распознаванію разрывовъ свода.

Разрывъ матки впервые былъ узнанъ Mauriceau'омъ¹⁾ въ 1670 году. Это касалось 38-лѣтней женщины, первородящей, съ узкимъ тазомъ, которой Chamberlen, явившійся тогда въ Парижъ, чтобы продать свои щипцы (инструментъ полный таинственности въ то время), обѣщаль помочь разрѣшиться „скорѣе, чѣмъ въ $\frac{1}{2}$ четверти часа.“ Но онъ тщетно провозился много дольше 3-хъ часовъ. Женщина умерла, а Mauriceau, который сдѣлалъ на трупѣ кесарское сѣченіе, констатироваль разрывъ матки, бывшій, по ея мнѣнію, результатомъ попытки Chamberlen'a.

Хотя по Desgranges'у высокіе разрывы свода были замѣчены еще въ XVII вѣкѣ²⁾, однако въ литературѣ мы встрѣчаемъ описаніе этого пораненія только въ концѣ XVIII и въ началѣ XIX вѣка.

Изъ случаевъ, упомянутыхъ Desgranges'омъ, одинъ произошелъ въ 1689 году, а второй въ 1753. Въ обоихъ только при вскрытіи найденъ былъ разрывъ влагалищнаго свода и выходненіе плода въ брюшную полость. Въ обоихъ

1) G. A. Michaelis. Das enge Becken издано Litzman'омъ 2-ое изданіе Лейпцигъ 1865 г. стр. 10.

2) Archiv. Gen. de med, Ноябрь 1827 г. Цитировано по Caris.

случаяхъ, впрочемъ, акушерство не проявило своего искусства, такъ какъ обѣ женщины умерли, и даже не сдѣлана была попытка помочь имъ разрѣшиться, или предпринять что либо для ихъ спасенія.

Иначе происходило уже въ случаѣ Andrew Douglas¹⁾ (1775 г.), который обыкновенно принимается за первый описанный случай разрыва влагалищнаго свода. Douglas констатировалъ разрывъ, который онъ, правда, принялъ сначала за разрывъ матки. Онъ сдѣлалъ поворотъ, извлекъ ребенка, выступившаго въ брюшную полость, и удалил находившуюся тамъ же плаценту. Только въ послѣдствіи, когда женщина успѣла уже оправиться, установлено было по положенію рубца, что здѣсь былъ разрывъ влагалища.

Къ 1789 году относится публикація Goldson'a (изъ Портсмута). Дѣло касается 30-ти лѣтней женщины, рожавшей въ IV разъ. При черепномъ положеніи и почти вполнѣ раскрытомъ зѣвѣ, послѣ сильной потуги, внезапно наступилъ разрывъ.

Присутствовавшій врачъ сдѣлалъ поворотъ и извлечение ребенка. Разрывъ былъ діагностированъ при жизни пациентки²⁾. Смерть отъ перитонита. Разрывъ оказался въ лѣвомъ влагалищномъ сводѣ, что и было подтверждено вскрытіемъ³⁾.

Съ началомъ XIX столѣтія все чаще и чаще встрѣчаемся съ описаніями разрывовъ свода; въ учебникахъ акушерства этого времени находятся обыкновенно отдѣльныя главы, посвященные этимъ разрывамъ. Казуистика

1) По Caris. Des lésions des culs-de-sac vaginaux. Бордо 1898 стр. 68.

2) Percepit etiam non vulnus uteri quidem, sed in eo loco, ubi vagina cervice amplectitur, orificio uteri integro, ac ita contracto jamjam, ut duos vix reciperet digitos rupturam vaginae adesse. Boeri Lucae Naturalis medicinae obstetricae libri septem Viennae 1812. Страница 29.

3) Uterus cum tunicis suis omnino sanus, orificium et collum uteri salubre, sed vagina extenuata valde superius, ubi uterum ambit, disrupta erat ut rima usque ad medium fere peripheriae uteri, ac cummaxime ad sinistrum excurreret. Boer l. c. Стр. 30.

болѣе старыхъ авторовъ въ большинствѣ случаевъ отличается яснымъ и подробнымъ изложеніемъ, теоретическія ихъ объясненія и терапевтическія предложенія вполне убѣдительны и цѣлесообразны; и поэтому странно, что такъ часто утверждаютъ, будто бы старые акушеры не могли отличить шейки отъ влагалища, и что они смѣшивали разрывы матки съ разрывами сводовъ. Кажется, что въ этой ошибкѣ крупная вина падаетъ на авторитетъ Bandl'я. Въ предисловіи къ своему знаменитому труду: „Ueber Ruptur der Gebärmutter“ онъ неоднократно высказывалъ мнѣніе, что старые авторы считаютъ шейку и влагалище за одно и то же; такъ напр., объ Osslander'ѣ Bandl говоритъ: „Онъ убѣжденъ, что многіе случаи, описанные какъ разрывы матки, были разрывами влагалища и смѣшиваетъ очевидно, влагалище съ шейкою“¹⁾.

Однако мы и теперь можемъ согласиться съ убѣжденіемъ Osslander'а, потому что и теперь разрывы свода описываютъ подъ именемъ разрывовъ матки.

Вслѣдъ затѣмъ Bandl, какъ бы для доказательства своего предположенія, цитируетъ случай, наблюдаемый Osslander'омъ, который однако же въ дѣйствительности былъ разрывомъ свода и совершенно правильно определенъ Osslander'омъ.

Osslander описываетъ этотъ случай слѣдующимъ образомъ²⁾:

„29/VII, 1819 года. Рахитическій тазъ и отвислый животъ. Черепное положеніе. При изслѣдованіи установленъ разрывъ съ прободеніемъ. Родоразрѣшеніе посредствомъ поворота. Смерть. При вскрытіи — матка хорошо сократившаяся, не поранена. Ни тѣло, ни дно матки не были разорваны, но когда я проводилъ рукой по задней

1) Dr. L. Bandl: „Ueber Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik.“ Bism 1874, стр. 4.

2) W. F. Osslander. Handbuch der Endgeburtshilfe, herausgegeben von J. F. Osslander'омъ Тюбингенъ 1825 г. § 31, стр. 60.

сторонѣ матки, то попалъ въ отверстіе между маткой и прямой кишкой, и мы признали, что задняя стѣнка влагалища отдѣлилась отъ шейки матки“.

Ossiander объясняетъ это явленіе такимъ образомъ, что вслѣдствіе очень отвислаго живота этой женщины, головка необыкновенно большого ребенка надавливала на заднюю стѣнку влагалища и шейку матки, и эти-то части, сильно растянутыя и напряженныя по причинѣ отвислости живота, оторвались другъ отъ друга.

Несмотря на то, что это сообщеніе съ положительностью указываетъ на разрывъ свода, Bandl и здѣсь видятъ смѣшеніе шейки съ влагалищемъ.

Такое же замѣчаніе, какъ объ Ossiander'ѣ, Bandl дѣлаетъ и о Boer'ѣ, и даже Michaelis, гениальный авторъ „узкого таза“, не избѣгъ упрека въ смѣшеніи „влагалища съ истонченной шейкой“¹⁾.

Я полагаю, что такими предположеніями несправедливо обижаютъ заслуженныхъ акушеровъ прошлаго; вѣдь въ дѣйствительности мы находимъ, что съ концомъ XVIII столѣтія прежнія наивныя представленія о разрывѣ родового пути (напр., объясненіе разрыва матки слишкомъ быстрыми движеніями плода) почти безслѣдно пропали и уступили мѣсто вполне зрѣлымъ мнѣніямъ, объективнымъ и чисто-научнымъ наблюденіямъ.

Для доказательства этого сдѣлаемъ краткій обзоръ сужденій болѣе старыхъ акушеровъ о разрывѣ родовыхъ путей и specially о высокомъ разрывѣ влагалища.

Въ „Основныхъ положеніяхъ акушерства“ Simon'a Zeller'a (1781 г.) сказано²⁾: „Черезчуръ мучительные, особенно въ креслѣ для роженицъ, роды, несоразмѣрное отношеніе между тазомъ и головкой плода, неправильное положеніе плода, сросшійся зѣвъ матки, неосторожное

1) Bandl тамъ же, стр. 7.

2) Simon Zeller. Grundsätze der Geburtshilfe. Вѣна 1781 стр. 105.

вмѣшательство лица, ухаживающаго за роженицей, всякое, наружно примѣненное или совершенное, насиліе, продолжительное давленіе плода на извѣстную область матки и вытекающее отсюда растяженіе, ослабленіе, воспаленіе или гангрена являются ближайшими причинами разрыва“.

Въ учебникѣ Obermayer'a изданномъ въ томъ же году¹⁾ находимъ:

„Причины разрыва слѣдующія: 1) бурные и чрезчуръ стремительные роды, особенно если у женщины кромѣ того еще слишкомъ узкій тазъ и положеніе ребенка противоестественно, и головка слишкомъ велика, 2) огромный перегибъ живота внизъ. Разорванными могутъ быть матка, зѣвъ и влагалище.“

Съ началомъ XIX столѣтія сообщенія о разрывахъ матки и свода становятся точнѣе и все болѣе приближаются къ нашимъ современнымъ взглядамъ.

У Ossiander'a, напр., мы читаемъ²⁾: „Матка, какъ и влагалище, можетъ во время родовъ разорваться безъ всякихъ внѣшнихъ причинъ.“

Подчасъ разрывается только влагалище, а матка остается неповрежденной, но для роженицы это обыкновенно имѣетъ тотъ же несчастный исходъ, какъ если сама матка потерпѣла разрывъ.

На основаніи моего собственнаго опыта и на основаніи наблюденій другихъ, я склоненъ допустить, что многіе случаи, описанные какъ разрывы матки, были разрывами влагалища, и какъ разъ на томъ мѣстѣ, гдѣ влагалищная стѣнка спереди или сзади соединена съ шейкой матки.

Шейка матки здѣсь отрывается отъ влагалища; изслѣдующая рука проходитъ въ поперечный разрѣзъ 2—4 дюйма шириною и попадаетъ въ брюшную полость между

1) Joh. Bapt. Obermayer. Ausführlicher Unterricht in der Entbindungskunst. Записки 1781 стр. 310.

2) B. F. Ossiander l. c. § 30. Стр. 58.

кишечными петлями. Нерѣдко при этомъ разрывѣ не бываетъ никакого кровотеченія.“

Boer¹⁾ цитируетъ случай разрыва влагалища *Stalpartus von der Wieh*'я, который онъ считаетъ самымъ старымъ, передаетъ подробно наблюденія Goldson'a и Douglas'a, о которыхъ мы уже раньше упомянули, и присовокупляетъ свое собственное наблюденіе. Оно касается женщины, рожающей въ V разѣ, съ узкимъ тазомъ, у которой 13 января 1790 года при черепномъ положеніи плода, произошелъ разрывъ. Вскрытіе показало, что матка хорошо сократилась, но въ верхней части влагалища оказался поперечный разрывъ длиною въ 3 дюйма. Объ этомъ знаменитомъ Вѣнскомъ акушерѣ Bandl высказываетъ слѣдующее замѣчаніе²⁾: „Онъ пишетъ о разрывахъ влагалища съ выходомъ плода въ брюшную полость, и, очевидно, смѣшиваетъ здѣсь влагалище съ шейкой, потому что онъ отлично зналъ истинное мѣсто разрыва.“

И такъ Boer зналъ точно мѣсто разрыва и зналъ, весьма вѣроятно, правильное названіе для матки и влагалища. Откуда же основаніе, чтобъ предположить смѣшеніе? Очень сомнительно, сдѣлали ли дѣйствительно Boer и его современники ту ошибку, которую имъ приписываютъ.

Наоборотъ мы видимъ, что, напр., Ossiander вполне отдавалъ себѣ отчетъ о томъ, какъ трудно различать разрывы матки отъ разрывовъ влагалища. Онъ говоритъ³⁾: „при совершенно раскрытомъ зѣвѣ матки оба органа образуютъ одну полость, и границы ихъ точно опредѣлить невозможно.“

Въ «*Dictionnaire des sciences medicales*» 1821 года авторъ статьи, подъ заглавіемъ «*Vagin*», удивляется возможности смѣшенія влагалища съ шейкою и дѣлаетъ авторамъ XVII и

1) Boer *Naturalis med. obstetr.* Стран. 28 и слѣд.

2) Bandl. Тамъ же. Стр. 6.

3) Ossiander. Тамъ же. Стр. 57.

прежнихъ столѣтій тотъ же упрекъ, который B a n d l дѣлалъ своимъ предшественникамъ.

Онъ говорить¹⁾: »Mauriceau, qui est aussi un auteur assez moderne, donne aussi ce double titre, comme unique à l'un des chapitres de son traité sur les accouchements: du vagin ou col de la matrice«.

Въ той же статьѣ мы находимъ о разрывахъ свода слѣдующее²⁾: »Confinières a exposé les causes de cet accident avec ordre et clarté. Saviard, Thibaut, Chevreul, Chaussier et plusieurs autres praticiens ont eu l'occasion d'observer, que la rupture du vagin a souvent lieu dans l'endroit, ou ce canal s'unit à l'uterus: on s'est également assuré que l'enfant peut passer dans le ventre par cette fore. Cet accident offre a peu près les mêmes symptômes, que ceux de la rupture de l'uterus, les causes en sont aussi a peu près les mêmes«.

Baudelocque сначала говорить³⁾: »Le vagin peut se déchirer et s'ulcérer comme la matrice même; on l'a vu se fendre en long dans sa partie postérieure, mais plus souvent on l'a trouvé déchiré transversalement près son insertion au col de la matrice« и потомъ затрагиваетъ вопросъ смѣшенія этого разрыва съ разрывомъ матки. Онъ также пытается объяснить происхождение этой ошибки⁴⁾: on a confondu souvent, en opérant l'accouchement ou en touchant la femme seulement, ces ruptures transversales du vagin avec celles du col de la matrice, qui se font au dessus de l'insertion de ce canal membraneux, parce que le siège des unes n'est pas éloigné de celui des autres, parce qu'elles ont presque toutes la même forme et qu'au moment, où elles se font, où au moment, ou on le reconnaît, le museau de tanche est effacé et ne présente qu'une sorte de bourrelet qui a peu d'épaisseur.«

1) Diction. des sciences med. Томъ 56, Стр. 416. Парижъ 1821 г.

2) Dictionnaire l. c. Стр. 462.

3) J. L. Baudelocque. L'art des accouchements. Парижъ 1827 г. Томъ II, § 2273, стр. 496.

4) Тамъ-же § 2277, стр. 497.

Elias v. Siebold рассматривает разрывъ влагалища во время родовъ отдѣльно отъ разрывовъ матки и говорить¹⁾: „Наиболѣе достойный вниманія и наиболѣе опасный разрывъ тотъ, который происходитъ во время родовъ на томъ мѣстѣ, гдѣ влагалище соединяется съ шейкой матки.

Если разсмотрѣть ткань влагалища и особенно верхней части, находящейся въ области шейки матки, если при этомъ принять въ соображеніе, какъ сильно эта часть напругается у нѣкоторыхъ беременных и роженицъ, и какъ мало она защищена, то, какъ Воегъ правильно замѣтилъ, есть основаніе удивляться не тому, что влагалище по временамъ разрывается, а тому, что такіе разрывы не встрѣчаются чаще“.

John Burns высказывается въ своемъ акушерствѣ, переведенномъ въ 1820 г. на нѣмецкій языкъ, о разрывѣ мягкихъ частей слѣдующимъ образомъ²⁾:

„Матка во время родовъ можетъ быть надорвана при различныхъ обстоятельствахъ и по разнымъ причинамъ. Матка можетъ прорваться на всякомъ мѣстѣ, но большей частью разрывъ приходится на шейку матки и рана имѣетъ поперечное направленіе. Иногда матка остается неповрежденной, а разорвано только влагалище“. Онъ замѣчаетъ совершенно правильно, что симптомы разрыва влагалища отнюдь не всегда бурные: „однако не каждый разъ наступаютъ всѣ симптомы и проявляются они не всегда съ одинаковой быстротой. У больной D-ra Ross'a, напр., гдѣ, вслѣдствіе разрыва влагалища, ребенокъ выступилъ въ брюшную полость, и гдѣ все это безъ сомнѣнія имѣло мѣсто, не наступили однако ни кровотечение, ни обморокъ, ни другіе

1) E. v. Siebold. Zur Erkenntniss und Heilung der Frauenkrankheiten. II томъ 1 и 2 главы. Франкфуртъ на Майнѣ 1823 года, стр. 505—509.

2) Burns, Grundsätze der Geburtshilfe. Переводъ съ англійскаго D-ra E. H. Kölpin'a. Штетинъ 1820 г., стр. 532—539.

опасные симптомы, а больная оправилась послѣ разрѣшенія отъ бремени. Да и вообще разрывъ влагалища менѣе опасенъ, чѣмъ разрывъ матки, допуская, что мочевого пузыря не поврежденъ“.

Въ прекрасномъ французскомъ учебникѣ, Jacquemier'a 1846 года въ главѣ: »Ruptures de l'uterus et du vagin pendant le travail» тоже упоминается разрывъ влагалищнаго свода:») »La rupture porte le plus souvent sur les côtés, en arrière et sur le point d'union du col avec le vagin. Sur ce dernier point elle représente, ordinairement, une fente transversale plus ou moins étendue, qui dans quelques cas a été portée jusque'à embrasser la presque totalité de la circonférence du vagin. Après la sortie du fœtus la rétraction est encore moins prononcée, que sur le col, de sorte qu'elles gardent, en partie leur étendue et se laissent facilement traverser par des anses intestinales.»

Съ середины XIX столѣтія становится почти очевиднымъ, какъ шагъ за шагомъ все болѣе развивается ученіе, которое только въ послѣдствіи выразилось вполнѣ ясно въ ученіи Bandl'я; но при этомъ разрывы влагалища совсѣмъ не игнорировались, а напротивъ имъ отдавали должное вниманіе.

Въ учебникѣ Naegele-Grenser'a²⁾ 1853 года встрѣчаются слѣдующіе взгляды на разрывы матки и влагалища: „Матка чаще всего разрывается тамъ, гдѣ ея стѣнки всего тоньше, т. е., въ нижнемъ сегментѣ, очень рѣдко на днѣ, однако при болѣзненномъ предрасположеніи разрывъ можетъ произойти въ любомъ мѣстѣ матки (§ 719).

Разрывы влагалища, если они велики и распространяются на влагалищный сводъ, влекутъ за собою тѣ же опасности, что и разрывы матки. Они часто находятся въ

1) А. Jacquemier. Manuel des accouchements. Парижъ 1846, томъ 2-ой, стр. 288.

2) Naegele-Grenser, Lehrbuch der Geburtshilfe, Майнцъ 1858 г. Стр. 429.

непосредственной связи съ разрывами матки и образуютъ ихъ продолженіе, такъ что симптоматологія, этиологія, прогнозъ и леченіе этихъ разрывовъ почти такіе же какъ и разрывовъ матки. Только основательное внутреннее изслѣдованіе, при которомъ безъ труда достигаютъ мѣста разрыва, можетъ предостеречь отъ смѣшенія съ разрывомъ матки (§ 25). Разрывы свода, особенно самопроизвольные, принимаютъ обыкновенно поперечное направленіе. Вслѣдствіе меньшей способности влагалища къ сокращенію, разрывы влагалища зияютъ обыкновенно больше и вслѣдствіе этого пропускаютъ легко внизъ кишечныя петли. (§ 726).

Scanzoni говоритъ о разрывахъ родовыхъ путей слѣдующее:¹⁾ „Самопроизвольные разрывы тѣла и дна матки, обыкновенно, только тогда происходятъ, если, вслѣдствіе патологическихъ измѣненій, уменьшилась способность стѣнокъ къ сопротивленію: при ненормальномъ истонченіи или жировомъ прерожденіи стѣнокъ матки“.

„Если разрывъ стѣнокъ влагалища“) происходитъ на передней поверхности свода, то нѣтъ необходимости, чтобы принимала участіе и брюшина: въ такихъ случаяхъ разрывъ проходитъ только въ слой клѣтчатки, который соединяетъ матку съ мочевымъ пузыремъ. На задней же поверхности, гдѣ брюшина покрываетъ еще пятую часть влагалища, при каждомъ полномъ разрывѣ его, образуется сообщеніе между брюшнымъ мѣшкомъ и каналомъ влагалища.“

Среди другихъ авторовъ остается еще неупомянутымъ одинъ, имя котораго тѣсно связано съ ученіемъ Bandl'я. Это — Michaelis. Не касаясь отношенія обоихъ этихъ акушеровъ, я хочу здѣсь цитировать только мнѣніе Michaelis'a о разрывѣ влагалища:³⁾

1 Friedrich Scanzoni. Lehrbuch der Geburtshilfe. Вѣна 1855. 8-ое изданіе стр. 446.

2) Scanzoni. Тамъ же стр. 527.

3) J. A. Michaelis. Das enge Becken. 2-ое изданіе, Лейпцигъ 1865 г. стр. 176.

„Если головка или предлежащая крупная часть плода не может достаточно скоро войти въ узкій входъ таза, то маточный зѣвъ очень часто изглаживается, когда предлежащая часть плода еще стоитъ надъ тазомъ. Въ такомъ случаѣ влагалище, которое должно принять выступающій впередъ плодъ, претерпѣваетъ необыкновенное растяженіе. При очень большой силѣ матки, при хорошо развитой дѣятельности послѣдней, какъ это часто бываетъ при узкихъ тазахъ, можетъ случиться, что плодъ большею своей частью, или даже цѣликомъ, вошелъ во влагалище, не вступивъ въ тазъ. Почти неизбѣжнымъ слѣдствіемъ этихъ несоответственныхъ отношеній является разрывъ влагалища и выходъ плода въ брюшную полость. Это случается впрочемъ гораздо чаще, чѣмъ можно полагать на основаніи отдѣльныхъ опубликованныхъ сообщеній. Я, какъ и другіе акушеры, убѣжденъ, что почти у всѣхъ женщинъ, которыя умираютъ внезапно во время родовъ, можно бы найти разрывъ влагалища или матки. Прямымъ доказательствомъ частоты этого факта служатъ между прочимъ списки Collins'a, Clarke'a, M. Keever'a, Lachapelle, по которымъ слѣдуетъ считать одинъ разрывъ на 500 родовъ. Я также наблюдалъ сравнительно часто разрывъ, именно въ 8-ми случаяхъ, и почти всегда либо исключительно на одномъ только влагалищѣ, либо преимущественно на влагалищѣ. Не во всѣхъ этихъ случаяхъ даже послѣ тщательнаго произведеннаго вскрытія мнѣ удалось найти причину разрыва. Однако я думаю — не ошибусь, предположивъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ существовало вышеупомянутое отношеніе; и въ другихъ случаяхъ я имѣлъ возможность убѣдиться въ этомъ чрезвычайно опасномъ напряженіи влагалища, гдѣ оно, правда, не повлекло за собой разрыва, но безъ сомнѣнія величайшая опасность разрыва грозила, и разрывъ наступилъ бы, если бы я сдѣлалъ поворотъ, который казался необходимымъ.“ Затѣмъ слѣдуетъ сообщеніе (наблюденіе IX) о поперечномъ положеніи, при которомъ почти весь плодъ при

значительно сглаженномъ маточномъ зѣвѣ былъ втиснуть во влагалище и опасность разрыва влагалища была очень близка. Michaelis сдѣлалъ эвентерацію, потомъ разрѣзалъ позвоночникъ и удалилъ ребенка. Женщина выздоровѣла.

Но вотъ въ 1875 году появился знаменитый трудъ Bandl'я. „Ueber Ruptur der Gebärmutter.“ Главная заслуга Bandl'я заключается въ томъ, что онъ указалъ на шейку, какъ на обыкновенное мѣсто разрывовъ, и объяснилъ механизмъ разрывовъ растяженіемъ шейки, причемъ безусловно придавалъ большое значеніе ущемленію губъ маточнаго зѣва.

Какъ полезна и богата своими послѣдствіями была теорія Bandl'я для пониманія разрыва матки, такъ-же отрицательно и даже вредно вліяла она на ученіе о разрывахъ влагалищнаго свода. Ибо хотя Bandl допускаетъ возможность чистыхъ разрывовъ свода, но о происхожденіи ихъ онъ упоминаетъ только въ общихъ чертахъ.

Почему Bandl такъ мало обратилъ вниманія на разрывы свода?

Въ этомъ отношеніи можно согласиться съ мнѣніемъ профессора Sängerg'a, хотя оно не вполне объясняетъ суть дѣла.

Профессоръ Sängerg полагаетъ¹⁾, что „Bandl говоритъ такъ мало о первичномъ разрывѣ влагалища потому, что онъ придерживался строго своего богатаго клиническаго матеріала, а ему не случилось наблюдать этотъ разрывъ.“ Bandl дѣйствительно говоритъ²⁾, что „такія условія, (когда Orif. ext. уже изгладилось надъ головкой), могутъ повлечь за собой разрывъ влагалища, однако я этого не видѣлъ, и въ числѣ случаевъ, взятыхъ мною изъ протоколовъ, тоже не было подобныхъ.“

Правда, у Bandl'я отмѣчены 3 случая разрыва влагалища (2 раза при поперечномъ положеніи), но они, пови-

1) Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie VI Kongress. Лейпцигъ 1895 г. стр. 23.

2) Bandl. Тамъ-же.

димому, были приняты имъ за вторичные. Bandl упоминаетъ также нѣкоторыя наблюденія другихъ авторовъ, напр., Luschka, Chiari'я и Braun'a, которыя касались разрывовъ свода. Несмотря на все это, онъ на данные факты не обратилъ вовсе вниманія. Поэтому позволительно предположить, что Bandl былъ ослѣпленъ своей остроумной теоріей и потому пропустилъ нѣкоторые другіе не менѣе важныя факты. Наконецъ, нельзя же автору, который разработалъ и къ тому же такъ основательно одинъ вопросъ, сдѣлать упрекъ, въ томъ, что онъ не коснулся въ своей работѣ другихъ, хотя бы и родственныхъ явленій.

Однако остается фактомъ, что при всеобщемъ энтузіазмѣ, который возбудила теорія Bandl'я, ученіе о разрывахъ свода, оставлено было въ тѣни.

Глава о разрывахъ во время родовъ казалась такой ясной и законченной и такъ совершенно разработанной, что не заботились больше о такихъ подробностяхъ, какъ разрывъ влагалищнаго свода. Этимъ объясняется что въ учебникахъ, гдѣ прежде были достаточно подробныя описанія разрывовъ свода, теперь описаніе ихъ втиснуто въ пару строкъ, а изъ иныхъ совсѣмъ исчезло. Вслѣдствіе этого многимъ врачамъ картина этого осложненія родовъ осталась совершенно неизвѣстной. Напр., въ распространенномъ учебникѣ Schröder'a, въ изданіи 1889 года этотъ случай исчерпывается нѣсколькими словами ¹⁾: „Въ верхней части влагалища происходятъ острые разрывы съ прободеніемъ въ брюшную полость . . . Симптомы, прогнозъ и леченіе — тѣ же, что и при острыхъ разрывахъ шейки съ прободеніемъ.“

Въ большемъ руководствѣ P. Müller'a, во 2-омъ томѣ посвящаются проникающимъ поврежденіямъ влагалищнаго свода 4 страницы (174—178), написанныя Veit'омъ, но едва ли можно утверждать, что это изложеніе дѣйствительно

1) Lehrbuch der Geburtsh. Боннъ, стр. 683.

ясно. Вопросъ¹⁾, на какомъ основаніи сводъ въ однихъ случаяхъ входитъ въ область той части, которая подвергается растяженію, а въ другихъ нѣтъ, у Veit'a совершенно вѣрно поставленъ, но разрѣшенъ менѣе удовлетворительно.

Превосходная работа Freund'a „Ueber die Mechanik und Therapie d. Uterus und Scheidengewölberisse“ появилась въ 1892 году. Цѣлью ея было расположить различные виды разрыва матки, согласно ученію Bandl'я, (которое Freund призналъ въ его первоначальной формѣ), въ извѣстномъ порядкѣ, равно какъ въ тоже время противопоставить разрывамъ матки разрывы влагалищнаго свода и обратить вниманіе на значеніе этихъ послѣднихъ поврежденій. Взгляды Freund'a съ многихъ сторонъ оспаривались, сидѣнѣ всего въ подробномъ рефератѣ Säger'a на гинекологическомъ конгрессѣ въ Вѣнѣ въ 1895 году. Во всякомъ случаѣ, благодаря этимъ спорамъ, стали интересоваться разрывами свода. Въ казуистическихъ статьяхъ придаютъ теперь большее значеніе различію разрывовъ матки отъ разрывовъ влагалища. Нѣкоторые авторы провѣряютъ отношеніе своихъ случаевъ къ теоріи Freund'a, и въ новѣйшихъ учебникахъ эта глава нѣсколько расширена. Въ общемъ однако своеобразныя особенности этихъ разрывовъ въ сравненіи съ разрывами матки слишкомъ мало принимаются во вниманіе еще и въ настоящее время.

1) Peter Müller. Handbuch d. Geburtsh. томъ II. стр. 175.

Казуистика.

Статистическій матеріалъ о разрывахъ влагалищнаго свода собирался очень рѣдко и черезъ большіе промежутки времени.

Послѣ того какъ Воеръ въ своей «*Natürliche Geburtshilfe*» собралъ болѣе старые случаи Stalpartus'a, Goldson'a и др., только въ 1827 году Desgranges¹⁾, подъ вліяніемъ работы Воер'a, опубликовалъ статью о полныхъ разрывахъ влагалища и указалъ еще на нѣкоторыя наблюденія прежняго времени.

Danyau²⁾ въ 1851 году въ своихъ замѣчаніяхъ о разрывѣ влагалища собралъ 17 случаевъ этого поврежденія.

Duparquet³⁾ вмѣстѣ съ цѣлымъ рядомъ поврежденій матки упоминаетъ и нѣсколько случаевъ высокихъ разрывовъ влагалища.

• Hugenberger, который по вопросу о Kolporrhoeis'ѣ, какъ онъ называетъ это поврежденіе, оказалъ большія заслуги, собралъ въ 1875 году 39 наблюденій.⁴⁾ Въ сооб-

1) Desgranges. De la rupture du vagin pendant l'accouchement etc. Arch. gen. de med. 1827, цитир. по Caris.

2) Danyau. Remarque sur la rupture du vagin, compliquée du passage du fœtus etc. Цит. по Spiegelberg'y и Caris.

3) Duparquet. Maladies de la matrice. Томъ II, стр. 307 и слѣд.

4) Hugenburger. „Ueber Kolporrhoeis in der Geburt. Petersb. med. Zeitschr. 1875 г. томъ V. стр. 401.

щеніи изъ Московскаго воспитательнаго дома онъ упоминаетъ еще 3 собственныхъ случая¹⁾.

Budin²⁾, въ своемъ добросовѣстномъ трудѣ о травматическихъ поврежденіяхъ при искусственномъ родоразрѣшеніи, тоже посвящаетъ отдѣльную главу разрывамъ влагалища и представляетъ 14 случаевъ разрывовъ влагалищнаго свода.

Гаринъ³⁾ въ 1890 году при описаніи собственного случая разрыва свода собралъ 15 подобныхъ же случаевъ за промежутокъ времени съ 1878 до 1890 года.

Щеткинъ⁴⁾, поощряемый двумя собственными случаями, опубликовалъ въ 1891 году работу, опирающуюся на 80 наблюденійхъ.

Въ знаменитомъ трудѣ Freund'a 1892⁵⁾: «Ueber die Mechanik und Therapie der Uterus- und Scheidengewölberisse», цитировано большое количество разрывовъ свода.

Парижская диссертация 1893 года Louis Sallé⁶⁾, которая занималась вопросомъ о различныхъ поврежденіяхъ влагалища во время родовъ, содержитъ тоже нѣкоря описанія разрывовъ свода, но всѣ они уже были упомянуты отчасти Budin'ымъ, отчасти Щеткинымъ.

Наконецъ слѣдуетъ еще упомянуть работу Pierre Caris'a⁷⁾, гдѣ приведена статистика 45 случаевъ. Изъ

1) Hugenberger. Bericht aus dem Gebär- und Hebammeninstitute am Kais. Findelhause zu Moskau für 1876 u. 1877. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1879 г. стр. 151 и слѣд.

2) Pierre Budin. Les lésions traumatiques chez la femme etc. Thèse d'agrégation Paris. 1879 г., стр. 42—57.

3) Гаринъ. „О разрывѣ влагалищнаго свода при родахъ.“ Врачъ 1890 г. № 42, стр. 954.

4) Щеткинъ Д. „Журналъ акушерства и женск. бол.“ № 5—7. Май и Июнь 1891 г.

5) H. Freund. „Die Mechanik und Therapie der Uterus und Scheidengewölberisse. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. 1892 г., томъ XXIII, кн. 2.

6) Louis Sallé. Contribution à l'étude des Déchirures du vagin pendant le travail etc. Thèse de Paris 1893.

7) Pierre Caris. Des lésions des Ovis-de-Sac vaginaux pendant l'accouchement. Бордо 1898 г.

нихъ нѣкоторые (какъ, напр., наблюдение Piering'a¹⁾) вовсе не принадлежать къ этой категоріи поврежденій; изъ остальныхъ же большое количество опять таки уже было приведено Budin'ымъ и Щеткинымъ въ ихъ статистикахъ.

Я рѣшилъ собрать только случаи послѣдняго десятилѣтія, начиная съ 1891 года, т. е. до извѣстной степени продолжить работу Щеткина. Поэтому, хотя тамъ и сямъ встрѣчались мнѣ случаи, нигдѣ еще не отмѣченные, я все-таки упустилъ изъ виду разборъ болѣе старой казуистики, чтобы констатировать вліяніе, какое оказалъ успѣхъ акушерства въ новѣйшее время на исходъ этого осложненія.

Я хочу сдѣлать исключеніе только для 2-хъ случаевъ, которые принадлежатъ польскимъ авторамъ, потому что польская медицинская литература игнорируется совершенно во всѣхъ статистикахъ²⁾. Эти случаи слѣдующіе:

I. Tyrchowski³⁾. 40-лѣтняя, рожающая въ VII разѣ, женщина. Спустя три дня отъ начала родовъ поворотъ и попытка извлеченія. Больная отправлена въ клинику. Констатировано, что головка находится въ маткѣ, мелкія части въ брюшной полости. Поворотъ и извлеченіе ребенка. Смерть роженицы спустя $\frac{1}{2}$ часа. При вскрытіи найденъ продольный разрывъ въ шейкѣ и поперечный въ заднемъ сводѣ.

II. Jordan и Wiszniewski⁴⁾. 30 лѣтняя женщина. XI роды. Прежніе роды были трудные. Потуги прекратились спустя $6\frac{1}{2}$ часовъ послѣ начала родовъ. По истеченіи 2 часа былъ приглашенъ Wiszniewski. Онъ нашелъ па-

1) Oscar Piering. Centr. für Gyn. 1891 г., стр. 961.

2) Только одно описаніе разрыва свода польскимъ авторомъ S. Braun'омъ, опубликованное въ Przegląd lekarski 1888 г. стр. 518., цитировано Freund'омъ. Zeitschr. für Geb. томъ XXIII кн. 8 стр. 476.

3) Tyrchowski Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1864 Томъ 52 Стр. 96

4) Jordan i Wiszniewski Przegląd Lekarski 1878 XVII. Стр. 332.

цієнтку безъ пульса; наложилъ щипцы и извлекъ большой мертвый плодъ. Спустя $\frac{1}{2}$ часа Jordan констатировалъ разрывъ въ переднемъ сводѣ, черезъ который онъ могъ ввести всю руку. Матка не была разорвана. Смерть во время изслѣдованія.

Число опубликованныхъ случаевъ разрывовъ свода, обыкновенно, оцѣнивають меньше дѣйствительнаго и именно по той причинѣ, что они часто описаны подъ названіемъ разрывовъ матки. Къ сожалѣнію, очень многіе авторы дѣлають эту совершенно простую логическую ошибку, что говорятъ о разрывѣ матки и въ тѣхъ случаяхъ, когда матка совсѣмъ цѣла, а разорвано влагалище. Когда я недавно опубликовалъ 2 случая собственнаго наблюденія, я полагалъ, что число извѣстныхъ за послѣднее десятилѣтіе наблюденій не превышаетъ 20. Я упустилъ изъ виду, что гораздо большее число случаевъ описано подъ ошибочнымъ названіемъ. Только, когда я проконтролировалъ всѣ доступные мнѣ случаи разрывовъ матки, оказалось, что многіе изъ этихъ разрывовъ матки были разрывами влагалища.

Въ случаяхъ осложненныхъ разрывовъ классификація наталкивается на очень большія, подчасъ непреодолимые препятствія.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ подверглись разрыву какъ матка, такъ и влагалище, трудно опредѣлить, гдѣ первоначально произошелъ разрывъ. Если пожелать рѣшать этотъ вопросъ только на основаніи величины разрыва и считать разрывами матки тѣ случаи, гдѣ находятъ большой разрывъ матки и малый разрывъ влагалища, а тѣ, гдѣ имѣются противоположныя отношенія — разрывами влагалища, то такое пониманіе было бы иногда совершенно ошибочно. Въ литературѣ встрѣчаются случаи, въ которыхъ сначала наступилъ, можетъ быть, самопроизвольно разрывъ только во влагалищномъ сводѣ и, вѣроятно потомъ, вслѣдствіе манипуляціи акушерки, оперативнаго вмѣшательства врача, вслѣдствіе выхода плода въ брюшную полость и препровожденія большой

въ больницу, разрывъ распространился и на матку и принялъ значительные размѣры.

Въ свою статистику я долженъ быть принять большое количество такихъ случаевъ, въ которыхъ разрывъ свода, то всей вѣроятности, былъ только продолженіемъ разрыва, образовавшагося въ маткѣ.

Наоборотъ же, я упустилъ изъ виду много такихъ наблюденій, гдѣ, вѣроятно, имѣется дѣло съ разрывами свода, но я не могъ воспользоваться ими вслѣдствіе недостаточныхъ указаній о мѣстѣ положенія разрыва и распространенія его.

Само собою разумѣется, что остаются не принятыми въ соображеніе и такіе случаи, гдѣ поврежденіе свода играетъ, повидимому, совсѣмъ второстепенную роль, такъ, напр., наблюденіе Leopold'a¹⁾, гдѣ найденъ былъ въ заднемъ сводѣ разрывъ, шириною въ поперечный палецъ, но кромѣ того шейка спереди и съ боковъ совершенно оторвана была отъ тѣла матки.

1. Львовъ²⁾, 26 лѣтняя женщина, III роды, первые двое родовъ закончены краниотоміей. Узкій тазъ. Потуги начались въ 7 часовъ утра. Воды отошли въ 1 часъ по полудни. Вечеромъ привезена въ родовспомогательное заведеніе (въ 5 верстахъ). Пульсъ слабый, 110. При внутреннемъ изслѣдованіи не замѣчено ничего, что говорило бы за разрывъ. Головка стоитъ высоко и подвижна. Подъ хлороформнымъ наркозомъ поворотъ на ножку; извлеченіе продолжалось 2 часа. Перфорация головки. Когда плацента, не смотря на примѣненіе способа Credè, не выходила, сдѣлано было внутреннее изслѣдованіе. Матка хорошо сократилась, пуста. Передній и оба боковые свода совершенно оторваны отъ матки. Разрывъ занимаетъ $\frac{3}{4}$ окружности. Пульсъ 120. Рвота. Лапаротомія. Плацента найдена надъ дномъ матки.

1) Leopold, Centralbl. für Gyn. 1897 г. № 27 стр. 879.

2) Львовъ, Къ ученію объ этиологіи и терапіи проникающихъ разрывовъ влагалищнаго свода. Врачъ 1891 г. № 43 стр. 959.

Оторванные части пришиты къ маткѣ (8 шелковыхъ швовъ). Задніе углы боковыхъ сводовъ оставлены не зашитыми. Пациентка выздоровѣла.

2. Львовъ¹⁾. 29 лѣтняя женщина. IV роды. Прегнѣ роды были тяжелые, продолжались по 3—4 дня. Дѣти рождались мертвыми. Отвислый животъ. *Conjugata diagonalis* 9,5 см. Влагалищная часть сглажена, открыта на 3 пальца. 1-е черепное положеніе. Головка подвижна. Спустя 29 часовъ послѣ начала родовъ, внезапно рвота, при чемъ больная стремительно повернулась на бокъ. Остановка потугъ, кровотеченіе. Головка ушла высоко. Оторванными оказались весь правый сводъ и частично передній и задній. Поворотъ на ножку. Трудное извлеченіе мертвого ребенка. (Ребенокъ вѣсилъ 3000 грамм.). Удаленіе плаценты изъ брюшной полости. Эрготинъ. Ледъ. Выздоровленіе.

3. Lomer²⁾. 35 лѣтняя женщина. VI роды. Кровотеченіе продолжается 3 недѣли. Отвислый животъ. Lomer сдѣлалъ поворотъ и ждалъ самопроизвольнаго рожденія плода. Спустя 2 часа, когда ребенокъ вышелъ самопроизвольно вплоть до пупка, наступили сильныя потуги. Женщина воскликнула: „во мнѣ что-то разорвалось“. Потуги прекратились. Извлеченіе умершаго плода. Матка оказалась оторванной отъ влагалища. Черезъ большой разрывъ можно было всю руку ввести въ брюшную полость. Плацента найдена въ брюшной полости. Смерть черезъ 1 часъ.

4. Carl (Landeck)³⁾. VI роды при узкомъ тазѣ, черепномъ положеніи; во время очень болѣзненной потуги — разрывъ на шейкѣ и влагалищѣ. Черезъ этотъ разрывъ

1) Львовъ. 1. с.

2) Lomer. *Centralbl. f. Gyn.* 1891 № 45 стр. 917.

3) Carl. *Deutsche med. Wochenschrift* цитировано по рефер. *Centralbl. f. Gyn.* 1891 г. № 88.

плодь выступилъ въ брюшную полость. Съ правой стороны сокращенная и опорожнившаяся матка, непосредственно подъ брюшными покровами — мелкія части плода. Подъ хлороформнымъ наркозомъ удалось вывести ребенка посредствомъ поворота. Введеніе въ рану крѣпкаго резинового дренажа per vaginam. Выздоровленіе. Въ концѣ 4-ой недѣли по срединѣ мѣста прикрѣпленія задней стѣнки влагалища прощупывался мягкій рубецъ; остальное все нормально.

5. Н. W. Freund¹⁾. IX роды. Отвислый животъ. Тазъ нормальный. Поперечное положеніе. Врачъ пришелъ, спустя 3 часа послѣ прекращенія потугъ. У женщины коллапсъ. Легкій поворотъ. Извлеченіе. Кровотеченіе. Разрывъ въ заднемъ сводѣ переходитъ отчасти на матку. Плацента удалена изъ матки. Спустя 1½ дня смерть отъ перитонита.

6. Н. W. Freund²⁾. VIII роды, нормальный тазъ. Громадный отвислый животъ. Поперечное положеніе. Разрывъ только въ заднемъ сводѣ. Плацента удалена изъ брюшной полости. Спустя 2 дня смерть отъ перитонита.

7. Н. W. Freund³⁾. 43 лѣтняя женщина, IX роды, съ плоскимъ рахитическимъ тазомъ. Маточный зѣвъ почти изглаженъ. Большая головка. Внезапное прекращеніе потугъ. Позже рвота. Щипцы. Плодь мертвый, очень большой (60 cm. длины, окружность головки 45,5). Когда спустя часъ плацента не вышла, врачъ примѣнилъ способъ Credé, потомъ попробовалъ отдѣлить ее рукой. При этомъ во влагалищѣ найдены были кишки возлѣ пуповины. Матка справа и слѣва оторвана отъ влагалища. Плацента удалена была на слѣдующій день изъ брюшной полости. На 3-й день смерть отъ перитонита.

1) Н. W. Freund. Die Mechanik und Therapie etc. Zeitschr. f. Geb und Gyn. Томъ 20 кн. 3 стр. 463.

2) Н. W. Freund. Тамъ же

3) Н. W. Freund. Тамъ же, стр. 471.

8. Mundé¹⁾. IV роды. Прежние роды нормальны. Черепное положение. Акушерка дала *secale*. Потуги очень сильны. Послѣ чьей то неудачной попытки наложить щипцы, родоразрѣшенію женщины помогъ Dr. Ladinsky. Такъ какъ плацента послѣ надавливанія не выходила, то Ladinsky ввелъ руку въ дѣтородные органы. Онъ нашелъ разрывъ влагалища и вывелъ плаценту изъ брюшной полости. Потомъ затампонировали іодоформенной марлей. Вскорѣ потомъ Mundé констатировалъ: матка сильно сокращена, шейка плотно закрыта, въ заднемъ влагалищномъ сводѣ разрывъ длиною въ 3 дюйма. Дренажъ. Ледъ. Выздоровленіе.

9. Boldt B.²⁾. Сообщилъ во время дебатовъ по поводу наблюдений Mundé'a, что онъ тоже видѣлъ подобный случай съ хорошимъ исходомъ.

10. Routh A. and S.³⁾. Въ госпиталѣ Charing Cross, вслѣдствіе поперечнаго положенія съ выпаденіемъ ручки, былъ сдѣланъ очень трудный поворотъ и извлеченіе. Коллапсъ. Умѣренное кровотеченіе. Такъ какъ плацента не выходила, — внутреннее изслѣдованіе; проникающій разрывъ въ заднемъ влагалищномъ сводѣ. Плацента найдена въ Дугласовомъ пространствѣ. Рвота. Пульсъ — 140. Интравенозная инъекція фізіологическаго раствора поваренной соли. Выздоровленіе.

11. Schwarz (Fünfkirchen)⁴⁾, 30 лѣтняя женщина. IX роды. Вслѣдствіе угрожающей асфиксии попытка наложить щипцы при недостаточно фиксированной головкѣ, потомъ поворотъ и извлеченіе. *Ablatio placentae* вслѣдствіе атоніи. Дальнѣйшее наблюденіе за маткой представлено акушеркѣ. Внезапно крикъ родильницы, что внутри ея

1) Mundé. Transactions of the New York Obstetr. society. The Americ. Journal of obstetr. 1892, стр. 815.

2) Boldt, тамъ же 817.

3) Routh A. Ruptured uterus and vagina. Transactions of the obstetr. Society of London. Томъ XXXIV 1892, стр. 252.

4) Schwarz. Centralblatt für Gynäkologie 1891 г. № 2, стр. 28.

что-то порвалось. Коллапсъ. Разрывъ въ задней стѣнкѣ и Дугласовѣмъ пространствѣ. Шовъ снизу. Тампонада. Выздоровленіе.

12. Daniel¹⁾. Послѣ нормальныхъ родовъ (черепное положеніе) сильное кровотеченіе вслѣдствіе разрыва верхней трети влагалища. Горячія спринцованія. Никакихъ швовъ. Выздоровленіе.

13. Krajewski²⁾. 26 лѣтняя женщина. III роды. Прежніе роды легкіе. Поперечное положеніе. Поворотъ и извлеченіе мертвого ребенка. Сильное кровотеченіе. Въ состояніи коллапса больная привезена въ госпиталь. Пульсъ 140, нитевидный. Матка сокращена. Въ правомъ влагалищномъ сводѣ разрывъ, распространяющійся на параметріумъ и на шейку матки. Лапаротомія. Тотальная экстирпація матки; трубы и яйчники съ обѣихъ сторонъ оставлены. Рана въ параметріумѣ зашита. Выздоровленіе.

14. Herzfeld³⁾. 22 лѣтняя первородящая. Привезена въ 2½ часа дня въ клинику съ сообщеніемъ, что потуги начались въ 7 часовъ утра. Пузырь лопнулъ въ 10 часовъ, въ 12 былъ приглашенъ врачъ, который въ теченіе 2-хъ часовъ трижды пытался наложить щипцы, но не могъ вывести головки. Изъ половыхъ органовъ вывѣшивается языкообразный лоскутъ, который на правой сторонѣ соединяется еще съ шейкой. Головка во входѣ таза. Маточный зѣвъ сохраненъ еще на правой периферіи головки. Позади головки продольный, доходящій до наружныхъ половыхъ органовъ, разрывъ, къ которому при-
мыкаетъ другой поперечный, такъ, что черезъ влагалище можно пройти въ брюшную полость. Очевидно, ложка

1) Daniel. Ruptur of vagina during partur. Ann. of Gyn. and Ped. По реф. въ Frommel's Jahrbücher 1892.

2) Krajewski. О хирургическомъ леченіи разрыва матки (по польски). Odczyty kliniczne IV, 1892 г., стр. 12.

3) Herzfeld. Centralblatt für Gynkologie 1893 г. № 17, стр. 398.

щипцовъ, вмѣсто цервикальнаго канала, черезъ влагалищный сводъ попала въ брюшную полость. Щипцами извлеченъ живой ребенокъ. Иодоформенный тампонъ. Выздоровленіе.

15. Рачинскій¹⁾. 30-лѣтняя крестьянка съ узкимъ тазомъ. Родила 3 раза. Каждый родъ оканчивался щипцами. Пришла вслѣдствіе выдѣленія кала черезъ влагалище, начавшееся уже на 2-ой день послѣ родовъ. При изслѣдованіи оказалось существованіе *anus praeternaturalis vaginalis*, происшедшаго, вѣроятно, вслѣдствіе выпаденія S-образной кишки въ образовавшееся въ заднемъ сводѣ отверстіе. Перегородка уничтожена посредствомъ Dupuytren-овскаго жома. Свищъ зажилъ послѣ двукратнаго сшиванія. Нѣкоторое время спустя пациентка явилась съ кишечнo-печеннымъ свищемъ, котораго, очевидно, не замѣтили прежде. Проф. Оттъ произвелъ ниже свища *Histéroclisis*. Газы, калъ и менструальная кровь выдѣляются черезъ кишечникъ.

16. Рапін²⁾. 27-лѣтняя женщина, II роды, узкій тазъ. При подвижной головкѣ была сдѣлана попытка наложить щипцы и перфораторъ. Больную привезли въ госпиталь съ признаками разрыва матки. Поворотъ и извлеченіе. Кефалотрипсія послѣдующей головки. Матка хорошо сокращена. Брюшная полость проспринцована черезъ разрывъ стерилизованнымъ растворомъ поваренной соли. Спустя нѣсколько часовъ, вслѣдствіе ухудшенія общаго состоянія, была сдѣлана лапаротомія. Разрывъ, длиною въ 10 см., проходитъ отъ передняго свода спиралеобразно до начала праваго *lig. rotundum*. Смерть отъ перитонита.

17. Биддер³⁾. 37-лѣтняя женщина, IX роды. По дорогѣ въ приютъ отошли воды. Черезъ 6 часовъ отъ начала родовъ больная почувствовала сильную боль и пре-

1) Врѣчъ 1892 г. № 40, стр. 1022.

2) Rapin. Revue medic. de la Suisse Rom. по рефер. въ Centr. für Gyn. 1898, стр. 1099.

3) Bieder. Centralblatt für Gynäkologie 1893 г. № 3, стр. 42.

кращеніе потугъ: „какъ послѣ родовъ“. Съ этого момента началось непрерывное, хотя небольшое, кровотеченіе изъ влагалища. Изъ пріюта больная, спустя 21 часъ послѣ начала родовъ, явилась въ Петербургское родовспомогательное заведеніе. Пульсъ 124, довольно хороший. Болей нѣтъ. Животъ вздутъ, кажется растянутымъ поперекъ. Части плода прощупываются не ясно. При внутреннемъ изслѣдованіи удастся захватить лѣвую ножку. Найдены проникающій разрывъ. Извлеченіе. Перфорация послѣдующей головки. Сейчасъ послѣ головки выпала плацента. Разрывъ занималъ всю переднюю и обѣ боковыя поверхности матки, которая такимъ образомъ висѣла только на заднемъ мостикѣ. Предварительная тампонада. Кровотеченіе незначительное. Пульсъ удовлетворительный. Лапаротомія, спустя $\frac{1}{2}$ часа. Оказался разрывъ не матки, а передняго влагалищнаго свода, распространяющійся на основаніе широкихъ связокъ. Мочевой пузырь въ раѣ не видно. Тотальная экстирпация. Выздоровленіе.

18. Sprengler¹⁾. Врачъ отдѣлилъ рукою плаценту, при чемъ онъ дважды примѣнялъ ножницы, „чтобъ отдѣлить сращенія у дна матки“. На плацентѣ найденъ кусокъ кишки. Вскрытіе показало полный разрывъ прямой кишки, проникающій разрывъ въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, разрывъ кишечника и брыжейки, отсутствіе значительной части кишекъ и проч.

19. Schick (Prag)²⁾. 36 лѣтняя женщина, II роды. Тазъ слегка рахитическій, суженный. При первыхъ родахъ краніотомія. Въ настоящихъ родахъ при изглаженномъ зѣвѣ головка стоитъ неподвижно нѣсколько часовъ. Щипцы. Послѣ рожденія ребенка плацента не отошла въ теченіе

1) Sprengler. Centralblatt für Gynäkologie, 1898 г., № 44. стр. 1030.

2) Schick. Prager med. Wochenschrift, 1893 г. № 29 и 30. Рефератъ въ Centralblatt für Gynäkologie, 1894 г. № 35, стр. 855.

2 часовъ. При внутреннемъ изслѣдованіи найденъ проникающій разрывъ передняго влагалищнаго свода, продолжающійся на правый параметріумъ. Мочевой пузырь не тронуть. Послѣдъ въ брюшной полости. Прежде всего затампонированы разрывъ и влагалище. Вслѣдствіе кровотеченія и коллапса лапаротомія. Суправагинальная ампутація. Выздоровленіе. Schick считаетъ этотъ разрывъ образовавшимся самопроизвольно.

20. Frank¹⁾. 27 лѣтняя женщина. Pelvis plana. Очень сильныя потуги. Ригидность маточнаго зѣва. Ущемленіе передней губы. Въ теченіе 3 часовъ — настойчивыя попытки наложить щипцы. Ребенокъ мертвъ. Спустя 5 часовъ приглашенъ былъ Frank. Больная безъ пульса. Разорваны septum recto-vaginale цѣликомъ и влагалищный сводъ вправо до области Orif. int. uteri. Разрывъ выполненъ сальникомъ и кишечными петлями. Оңъ очищены и обратно отведены въ брюшную полость. Шовъ на разрывъ, (со стороны влагалища), шовъ на промежность. Выздоровленіе.

Спустя 4½ года счастливые роды; легкіе щипцы.

21. Frank²⁾. 29 лѣтняя женщина. VI роды, всегда съ врачебною помощью. При высокомъ стояніи головки тщетное примѣненіе щипцовъ. Послѣдовало кровотеченіе. Прекращеніе потугъ. Коллапсъ. На другой день привезена въ клинику Frank'a. Pulsus minimus. Emphysema anteuterinum. Предлежащей части нѣтъ. Большой разрывъ справа. Плодъ въ брюшной полости. Послѣдъ во влагалищѣ. Ребенокъ извлеченъ за ножки. Петли тонкихъ кишекъ и сальникъ лежатъ во влагалищѣ и видны въ introitus vaginae. Лапаротомія. Значительная часть окруж-

1) Frank. Verh. der Gesellschaft für Geb. und Gyn. zu Köln. Прот. въ Centr. für Gyn. 1894, № 35, стр. 848.

2) Frank, тамъ же.

ности сводовъ разорвана. Матку удалили, подвязавъ оставшіяся еще соединенія. Оторванная часть захвачена 4-мя длинными пинцетами. Выздоровленіе.

22. Sawicki¹⁾ (Граево). 40 лѣтняя женщина. XII роды. Очень большой отвислый животъ. При 4-хъ послѣднихъ родахъ поперечное положеніе. Тазъ нормальный. При нынѣшнихъ родахъ тоже поперечное положеніе. Выпаденіе ручки. Тщетная попытка сдѣлать поворотъ. Спустя 4 часа послѣ отхода водъ и выпаденія ручки, больная заявила, что чувствуетъ себя хорошо и не ощущаетъ никакой боли. Пульсъ 150. Изъ влагалища незначительное кровотеченіе. Sawicki нашелъ матку пустой, хорошо сокращенной; въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, разрывъ распространяющійся отчасти и на заднюю стѣнку шейки. Извлеченіе ребенка за обѣ ножки. Удаленіе плаценты, которая тоже находилась внѣ матки. Кишечныя петли не выпали. Терапія выжидательная: ледъ, опій. Параметрический эксудатъ. Выздоровленіе.

23. Dohrn²⁾. 41 лѣтняя женщина, XI роды. Попытка сдѣлать поворотъ сначала на ножку, потомъ на головку, при чемъ произошелъ разрывъ. Вдругъ врачъ замѣтилъ большую полость. Головка ребенка скрылась. Попытки прекратились. Теперь поворотъ на ножку и извлеченіе мертвого ребенка. По желанію окружающихъ больная въ саняхъ отправлена въ клинику (въ 30 верстахъ). Сознаніе помрачено. Пульсъ малый — 136. Тимпанический звукъ вдоль живота. Большой лѣвосторонній разрывъ въ шейкѣ и во влагалищномъ сводѣ. Въ послѣднемъ подъ кишечными петлями найдена плацента. Тампонъ изъ іодоформенной марли. Выздоровленіе.

1) Sawicki. S. W. Gazeta lekarska 1894 r., № 42, стр. 1128.

2) Dohrn. Ein Fall geheilter Uterusruptur. Centralblatt für Gynäkologie, 1894, № 11.

24. Braun von Fernwald¹⁾. 40 лѣтняя женщина. VI роды. Тазъ нормальный, II-ое поперечное положеніе. Въ клиникѣ уже сдѣлана была попытка произвести обороть. Въ клиникѣ поворотъ при *orig. extern.*, раскрытомъ на 8 *ctm.* Извлеченіе. Ручное отдѣленіе плаценты. Въ заднемъ сводѣ найденъ разрывъ, пропускающій 2 пальца. Разрывъ распространяется на заднюю губу, такъ что черезъ него достигнуть можно наружной стороны задней стѣнки матки, и непосредственно прощупать кишечныя петли. Дренажъ. Тампонада, выздоровленіе.

25. Рахмановъ²⁾. 30 лѣтняя женщина. V роды. Прежніе роды, за исключеніемъ вторыхъ, закончены вмѣщательствомъ врача (поворотъ, перфорація). *Conjungata externa* 16½. Черепное положеніе. Головка надъ входомъ таза. Послѣ одной сильной потуги головка исчезла. Признаки внутренняго кровотеченія. Выхожденіе плода въ брюшную полость. Лапаротомія. Матка хорошо сокращена. Разрывъ въ переднемъ сводѣ переходитъ сзади на шейку. Матка удалена. Выздоровленіе.

26. Doormann³⁾ D. былъ приглашенъ къ многорожавшей женщинѣ вслѣдствіе постепеннаго прекращенія потугъ. Роды начались только нѣсколько часовъ тому назадъ и никакихъ тревожныхъ симптомовъ не было. При изслѣдованіи оказалось, что плодъ свободно лежалъ въ брюшной полости. Справа отъ ребенка сократившаяся матка. Щипцы. Разрывъ находился въ заднемъ влагалищномъ сводѣ. *Ostium ext.* сохранено. Шейка пропускала только 2 пальца. Стѣнка матки не поражена. Плацента удалена изъ брюшной полости. Кровотеченіе — умѣрен-

1) Braun von Fernwald. Ueber Uterusruptur. Вѣна, 1894 г. стр. 58.

2) Рахмановъ. Врачъ 1895 г., № 40.

3) Doormann, J. D. Ruptura uteri durante partu Neder. tijsch. v. Verl. Рефератъ Centralblatt für Gynäkologie, 1895 г., № 30, стр. 828.

ное. Тампонада йодоформенною марлею. Выздоровление безъ осложненийъ.

27. Gessner¹⁾. 35 лѣтняя женщина, VII роды. Прежніе роды легкіе. Поперечное положеніе. Послѣ того какъ лопнулъ пузырь, акушерка опредѣлила выпаденіе ручки и пуповины. Спустя два часа приглашенъ Gessner. Контракціонное кольцо въ косомъ направленіи на уровнѣ пупка. Лѣвое *lig. rotundum* напряжено. Маточный зѣвъ совершенно раскрытъ. Во время приготовленій измѣненіе конфигураціи живота. Съ правой стороны, можно прощупать матку въ видѣ опухоли, величиною въ мужскую голову, съ лѣвой же стороны ягодицы и ножки. Никакихъ измѣненій пульса, никакого кровотеченія. Чрезъ разрывъ, который съ задняго влагалищнаго свода распространяется влѣво и переходить, какъ продольный разрывъ на шейку, выступили изъ матки ягодицы и правая ножка. Наркозъ. Поворотъ и извлеченіе слегка асфиктическаго ребенка. Плацента удалена посредствомъ давленія на дно матки. Больную отправили въ клинику. Лапаротомія. Въ брюшной полости крови не оказалось. Брюшина цѣла. Гематома въ заднемъ *lig. latum*. Брюшная рана зашита. Выздоровленіе.

28. Gromadzki²⁾. 38 лѣтняя женщина, III роды. Послѣ двухъ родовъ, больная оставалась 2 мѣсяца въ постели по причинѣ лихорадки и болей въ животѣ. Начало потугъ 40 часовъ тому назадъ. Воды отошли 32 часа тому назадъ. 24 часа тому назадъ выпала ручка. Двѣ сельскія повивальныя бабки пытались вправить ручку обратно. Четыре часа тому назадъ прекратились потуги. Вслѣдствіе кровотеченія изъ влагалища больную въ концѣ

1) Gessner. Zwei Fälle von spontaner Uterusruptur. Centr. für Gyn., 1895, № 2, стр. 33.

2) Gromadzki. 2 случаи разрыва матки (по польски). Medycyna 1895, стр. 786 и 801.

концовъ привезли въ родовспомогательное заведеніе. Сильная анемія, пульсъ едва ощутимъ, 150. Животъ вздутъ, болѣзненъ. Слѣва прощупывается опорожнившаяся матка; справа, непосредственно подъ брюшными покровами, плодъ. Разорванными оказались передній и оба боковые своды въ $\frac{3}{4}$ всей периферіи сводовъ, такъ, что только въ заднемъ влагалищномъ сводѣ осталось соединеніе матки съ влагалищемъ, шириною въ 3 пальца. Отъ Orif. ext. разрывъ направляется вѣрхъ въ лѣвый параметріумъ. Плодъ и плацента извлечены per vaginam. Лапаротомія. Тотальная экстирпація матки; оба яичника оставлены. На передней и лѣвой сторонѣ брюшинъ найдены твердые, какъ камень, неровности величиною отъ горошины до куриного яйца, состоящіе изъ обызвестлившихся остатковъ стараго воспалительнаго процесса. Выздоровленіе.

29. Neugebauer¹⁾. 38 лѣтняя женщина, II роды съ лумбо - сакрально - кифотическимъ тазомъ. Самопроизвольная Kolporrhoeis въ заднемъ влагалищномъ сводѣ съ глубокимъ разрывомъ шейки. Разрѣшилась въ одномъ изъ пріютовъ. Почти умирающей привезена въ клинику. Очень легкая тотальная экстирпація per vaginam. Матку вывyrнули черезъ раскрытый задній сводъ. Перевязка придатковъ. Перерѣзка передняго маточнаго свода. Операция продолжалась нѣсколько минутъ. Смерть спустя 20 минутъ.

30. Jasinski²⁾. 23 лѣтняя женщина. VI роды. Тазъ нормальный. Начало потугъ въ 7 $\frac{1}{2}$ часовъ вечера. Въ 12 часовъ отошли воды и потуги прекратились. На слѣдующій день сельская повитуха дала Secale. Выпаденіе ручки. Акушерка пыталась сдѣлать поворотъ. Въ 5 часовъ дня Jasinski констатировалъ I-ое поперечное

1) Neugebauer. Verhandl. der deutsch. Gesellschaft für Gyn. VI Kongress. Стр. 356.

2) Jasinski. Одинъ случай полнаго разрыва матки (по польски). Медысина 1895 г., стр. 1008 и 1022.

положеніе съ выпаденіемъ правой ручки. Пульсъ 100, полный. Кровотеченіе изъ влагалища. Подозрѣніе на разрывъ. Попытка поворота, осталась безъ результата. Больная отправлена въ госпиталь. По дорогѣ состояніе ухудшилось. Выхожденіе плода въ брюшную полость. Рвота. Коллапсъ. Лапаротомія. Плодъ удаленъ изъ брюшной полости, плацента же изъ матки нерезъ разрывъ. Послѣдній проходитъ вдоль лѣваго края матки и распространяется на лѣвый и задній своды, а также и на лѣвый параметріумъ. Тотальная экстирпація матки съ оставленіемъ правостороннихъ придатковъ. Смерть тотчасъ, послѣ закрытія брюшной полости.

31. Muret¹⁾. 34 лѣтняя женщина. IV роды. Прежніе роды легкіе; теперь сильныя потуги. При отхождѣ водъ выпала ручка. Спустя 3 часа Muret нашелъ женщину въ сильныхъ потугахъ; головка справа. Маточный зѣвъ расширенъ. Налѣво отъ зѣва разрывъ. Вслѣдствіе трудности поворота сдѣланы эвентерація и извлеченіе плода *conduplicato corpore*. Плацента вышла самопроизвольно. Кровотеченіе — незначительно. Матка хорошо сократилась. Больная перевезена въ клинику. Лапаротомія. Разрывъ, проходящій отъ лѣваго свода назадъ и вверхъ, зашитъ. Выздоровленіе.

32. Hajmer²⁾ (Laibach). 37 лѣтняя женщина. VI роды. Всѣ роды нормальны. Въ послѣднее время беременности больная ощущала головку плода въ нижней части живота съ лѣвой стороны. Въ теченіе 1½ дней сильныя потуги, которыя внезапно прекратились послѣ слабой боли съ правой стороны. Въ то же время родились ножки. Послѣ родовъ плацента не вышла. Коллапсъ. Въ правомъ сводѣ

1) Muret. Spontane penetrizende Uterusruptur während der Geburt. Revue med. de la Suisse. Rom. 1895, № 3. Рефератъ: Centralblatt für Gynäkologie, 1895 г., № 36, стр. 981.

2) Hajmer. Centralblatt f. Gynäkologie, 1895 г., № 18.

найдены разрывы. Лапаротомія. Найдены 2 разрыва; разделенные другъ отъ друга неповрежденной частью ткани: одинъ на шейкѣ, другой на влагалищномъ сводѣ. Вѣроятно, плодъ выступилъ сначала въ брюшную полость и только отсюда черезъ разрывъ свода попалъ во влагалище. Amputatio uteri. Выздоровленіе.

33 (Labusquière¹⁾). 35 лѣтняя женщина. III роды. Прежніе роды трудные, но самопроизвольные. Поперечное положеніе. Врачъ пытался сдѣлать поворотъ; при чемъ родильница жаловалась на сильныя боли. Больную отправили въ клинику. Коллапсъ. Профессоръ Рауот констатировалъ поперечное положеніе, узкій тазъ, прикрѣпленіе плаценты на нижнемъ сегментѣ и проникающій разрывъ влагалища и матки. Частичное выходженіе плода въ брюшную полость. Поворотъ и извлеченіе. Кефалотрипсию послѣдующей головки. Плацента слѣдуетъ. Антисептическое спринцованіе. Лихорадка. Выздоровленіе.

Въ числѣ 80 случаевъ разрыва матки, собранныхъ Кобланск²⁾, встрѣчаются нѣкоторые, гдѣ разрывъ распространяется и на влагалище. Я упоминаю тѣ случаи, гдѣ разрывъ влагалища ясно подчеркнуть³⁾.

34. Кобланск⁴⁾. 40 лѣтняя женщина. IV роды. Тазъ нормальный. Conjugata diagonalis 11,75. Полное ножное положеніе. Извлеченіе затруднено міомой, величиною въ дѣтскую головку. Послѣ рожденія головки, міома была вылучена. На 3-ій день послѣ родовъ — смерть. Разрывъ отъ мѣста прикрѣпленія праваго lig. rotundum распространяется во влагалище на 4 cm.

1) Labusquière. Les ruptures uterines pendant le travail. Annales de Gyn., III, XLII, стр. 111, Августъ 1894.

2) Кобланск. „Beitrag zur Lehre von der Uterusruptur“. Штутгартъ, 1895 г.

3) Сюда принадлежить уже цитированный № 24 Gessner'a: въ Кобланск'овской таблицѣ онъ отмѣненъ № 79-мъ.

4) Кобланск, тамъ же стр. 15, таблицы № 27.

35. Koblanck¹⁾. 38 лѣтняя женщина. VI роды. Таѣзъ и прежніе роды нормальны. Поперечное положеніе. Поворотъ. Извлеченіе мертвѣго ребенка. Плацента удалена изъ брюшной полости. Разрывъ отмѣченъ, какъ циркулярный и какъ разрывъ влагалищнаго свода. Смерть отъ кровотечения.

36. Koblanck²⁾. 38 лѣтняя женщина. VIII роды. Прежніе роды очень легкіе. Поперечное положеніе. Поворотъ и извлеченіе. Плодъ мертвъ. Непроникающій разрывъ слѣва. Оторвано влагалище. Выздоровленіе.

37. Koblanck³⁾. 39 лѣтняя женщина. IV роды. Прежніе роды нормальны. Черепное положеніе. Полный разрывъ съ выходомъ плода въ брюшную полость произошелъ въ то время, когда головка находилась уже на днѣ маза. Женщина умерла, не разрѣшившись. При вскрытіи оказалась міома, величиною почти въ кулакъ, которая куполообразно выпячивала лѣвую переднюю стѣнку матки. Разрывъ, длиною въ 17 см., находился на лѣвомъ краю матки и простирался на 4 см. надъ внутреннимъ зѣвомъ и на 7 см. во влагалище. Находилась ли опухоль въ причинной связи съ этимъ громаднымъ самопроизвольнымъ разрывомъ, рѣшить трудно. Ребенокъ, длиною въ 58 см. вѣсилъ 4770 грамм.

38. Koblanck⁴⁾. 22 лѣтняя женщина. II роды, *Conjugata diagonalis* 9,5—10. Первые роды очень трудные, закончены щипцами послѣ четыре дневныхъ мукъ. Послѣ родовое теченіе осложнилось лихорадкой. Обширные рубцы въ сводѣ и на маточномъ зѣвѣ. II черепное положеніе. Задній темянной видъ. На 3-ій день безуспѣшная попытка сдѣлать поворотъ. Потуги продолжаются.

1) Koblanck, тамъ же, таблицы № 30.

2) Koblanck. Тамъ же № 32.

3) Koblanck. Тамъ же стр. 16 и таблицы № 70.

4) Koblanck. Тамъ же стр. 11 и таблицы № 72.

Перфорация головки. Краниоклазия. Туловище выдавлено посредством нажимныхъ потугъ. Разрывъ отъ свода до тѣла матки. Кишечныя петли, выпавшія въ отверстіе разрыва, были отодвинуты марлей назадъ. Тампонада. Выздоровленіе.

39. Koblanck ¹⁾. 29 лѣтняя женщина. IV роды. Первые трое родовъ нормальны. 3 недѣли тому назадъ, больная упала съ лѣстницы на правую сторону живота. Спустя 5 часовъ послѣ того, какъ лопнулъ пузырь, больная при совершенно раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, не жалуясь ни на какія боли, замѣтнаго кровотеченія, очень ослабѣла. Врачъ нашелъ, что потуги совершенно прекратились, и плодъ находится въ брюшной полости, головка же стоитъ плотно въ тазу. Перфорация и извлеченіе плода. Правосторонній разрывъ. Выпаденіе кишекъ. Больная послѣ тампонады отправлена въ клинику. Смерть на 10-ый день отъ септического зараженія. Вскрытіе: на правомъ краю матки разрывъ, длиною въ 10 см., который проходитъ глубоко во влагалище.

40. Andronesco (Бухарестъ) ²⁾, описалъ изъ клиники профессора Draghiesco 35 случаевъ разрывовъ матки и влагалища во время родовъ, а именно:

2	разрыва матки, изъ которыхъ выздоровѣли 0 и умерли 2,
6	разр. матки и влагалища „ „ 1 „ 5,
21	„ влагалища „ „ 9 „ 12,
5	„ влагалища и мочевого пузыря „ 4 „ 1,
1	„ влагалища и прямой кишки „ 0 „ 1.

Изъ разрывовъ влагалища 11 были проникающіе. Andronesco считаетъ разрывы влагалища гораздо болѣе частыми, чѣмъ разрывы матки. (Къ сожалѣнію ориги-

1) Koblanck. Тамъ же стр. 22 и таблицы № 80.

2) Andronesco. Рефератъ въ Врачѣ 1895 г., № 29, стр. 826.

наль его труда недоступенъ, только одинъ случай знакомъ ближе) ¹⁾:

III роды. Передній сводъ и оба боковые разорваны на протяжении 16 см. Головка въ тазу. Щипцы. Пластика слѣдуетъ. Лапаротомія. Шовъ на влагалищно-перитонеальную рану (16 швовъ). Спустя 17 дней полное выздоровленіе.

41. Krajewski²⁾. 44 лѣтняя женщина. X роды. Преніе роды безъ искусственной помощи. Затяжное плечевое положеніе. Врачемъ сдѣлана попытка разрѣшить пациентку. Прекращеніе потугъ. Въ родовспомогательномъ пріютѣ діагностированъ разрывъ матки. Извлеченіе плода за ножки, найденныя во влагалищѣ. Удаленіе плаценты. Въ правомъ влагалищномъ сводѣ разрывъ, чрезъ который всю руку можно ввести въ параметріумъ. Брюшина сохранена. Экстраперитонеальный способъ по Gardenhoeffer³⁾: разрѣзъ, длиною въ 25 см., параллельно lig. Roupartii. Брюшина вслѣдствіе кровоизліянія отодвинута вплотъ до почки. Перевязка art. uterinae. Тампонада. Выздоровленіе.

42. Рубинскій³⁾. Спустя 24 часа послѣ начала потугъ пузырь лопнулъ и выпала ручка, которую сельская повитуха пыталась вправить. Больная отправлена въ госпиталь (въ 15 верстахъ). Найдено: очень большой отвислый, животъ, анемія, пульсъ 130, головка ребенка вправо. Разрывъ въ заднемъ сводѣ. Маточный зѣвъ пропускаетъ 2 пальца. На слѣдующій день больной предложена лапаротомія, но операція была отклонена. Спустя нѣсколько часовъ — смерть.

Вскрытіе: непосредственно подъ брюшными покровами большой мацерированный плодъ; плацента тоже въ

1) Andronesco. Ref. Annal de Gyn. 1895 г. Февраль, стр. 191.

2) Krajewski. Przegląd chirurgiczny, 1896. Т. III. Кн. I.

3) Рубинскій. Врачъ, 1890 г., № 5, стр. 127.

брюшной полости; задній влагалищный сводъ разорванъ; продольный разрывъ въ задней стѣнкѣ шейки. Выхожденіе плода въ брюшную полость не было распознано при жизни больной.

43. Arndt¹⁾. 31 лѣтняя женщина. VII роды. Первые 3 раза разрѣшилась самопроизвольно (безъ врачебной помощи), 4 и 5 разъ при помощи перфорации; 6 и 7 искусственные преждевременные роды. *Conjugata diagonalis* 10 $\frac{1}{2}$. Вслѣдствіе выпаденія пуповины подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ былъ поворотъ при совершенно раскрытомъ маточномъ зѣвѣ. Извлеченіе ребенка. Легкій коллапсъ. Внутреннее изслѣдованіе показало разрывъ передняго и праваго влагалищныхъ сводовъ. Спустя два часа — чревосѣченіе. Плацента въ брюшной полости. Матка спереди до половины оторвана поперекъ отъ шейки; отсюда разрывъ переходитъ на влагалище. Мочевой пузырь оторванъ отъ влагалища, но не поврежденъ. Операция Ротто. Шовъ на шейко-влагалищный разрывъ. Выздоровленіе.

44. Тотешъ²⁾. 35 лѣтняя женщина. IX роды. Прежніе роды нормальны. Спустя 5 часовъ послѣ начала потугъ пузырь лопнулъ. Вскорѣ послѣ этого — прекращеніе потугъ. На слѣдующій день больная отправлена въ госпиталь. При внутреннемъ изслѣдованіи во рту головки найдены ножки. Извлеченіе мацерированнаго плода за ножки произошло, по всей вѣроятности, не изъ матки, а изъ брюшной полости. Оторваны: лѣвый своды, весь передній и отчасти правый. Тампонада. Смерть отъ септического зараженія на 4-ый день. Вскрытіе: матка и влагалищная часть не разорваны, связь съ влагалищемъ сохранилась только въ заднемъ и въ половинѣ праваго влагалищнаго свода.

1) Arndt. *Einzelbeobachtungen aus den Göttingen. Klinik. Centr. für Gyn.* 1896, № 24, стр. 638.

2) Тотешъ. *Врачъ*, 1896, № 35, стр. 968.

45. Voigt¹⁾. Узкій тазъ. Ягодичное положеніе. При исканіи плаценты случайно найденъ разрывъ задняго влагалищнаго свода. Отодвинувъ нѣсколько вверхъ и поднявъ брюшину, прощупали край печени. Осторожное выведеніе руки. Нормальное послѣродовое теченіе.

46. Щеткинъ²⁾. 27 лѣтняя женщина. IV роды. Прежніе роды нормальны. Выпаденіе ручки. Выхожденіе ребенка въ брюшную полость. Декапитация. Разрывъ праваго влагалищнаго свода и шейки матки. Брюшина не перфорирована, но такъ далеко отдѣлена, что можно прощупать почку. Кровотеченіе незначительное. Промывка полости. Ледъ. Спустя 18 дней лумбальный разрѣзъ вслѣдствіе нагноенія. Дренажъ. Выздоровленіе.

47. Grünwald³⁾. VIII роды. Запущенное поперечное положеніе. Выпаденіе ручки. Поворотъ. Живой ребенокъ. Хорошее вначалѣ самочувствіе ухудшилось. Яичникъ и труба найдены у наружныхъ половыхъ органовъ. На правой задней поверхности влагалищной части проникающій разрывъ, который распространяется на шейку. Труба и яичникъ удалены. Тампонада іодоформенной марлею. Выздоровленіе.

48. Heydrich⁴⁾ (Liegnitz). 36 лѣтняя женщина. VI роды; только одинъ разъ родила безъ искусственной помощи. Очень отвислый животъ, который при положеніи на спинѣ перевѣшивается черезъ лобокъ больше чѣмъ на ширину ладони. Черепное положеніе. Спустя 5 часовъ больная стала жаловаться на жженіе въ животѣ. Потуги прекратились. Пульсъ слабый. Легкіе щипцы. При иска-

1) Voigt. Centr. für Gyn. 1896, № 16, стр. 428.

2) Stschetkin. Drainage durch die Lumbalgegend etc. Centr. für Gyn., № 51, стр. 1481.

3) Grünwald. Korrespondenzbl. der ärztl. Ver. von Thüringen. 1896, № 5, по реф. въ Centr. für Gyn., 1897, № 15, стр. 418.

4) Heydrich. Centralblatt für Gynäkologie, 1897, № 20, стр. 588.

ни плаценты найденъ разрывъ въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, который распространяется и на шейку. Послѣдъ найденъ на самомъ глубокомъ мѣстѣ отвислаго живота, который при опорожненной маткѣ простирался до верхней трети бедеръ. Тампонада іодоформенной марлею. Спусти 24 часа смерть отъ перитонита.

49. Порошинъ¹⁾. 29 лѣтняя женщина, IV роды. *Conjugata externa* — 17. Сначала черепное положеніе, потомъ въ маточномъ зѣвѣ нашли ножку. Поворотъ. Трудное извлеченіе. *Secale*. Ледъ. Тампонъ изъ сулемованной ваты во влагалище. На слѣдующій день — смерть.

Вскрытіе: проникающій разрывъ въ переднемъ влагалищномъ сводѣ. Передняя губа зѣва надорвана. Перитонитъ.

50. A. Martin²⁾. 38 лѣтняя женщина. VI роды; I-не роды преждевременны. Въ время второй беременности констатирована міома на лѣвомъ краю матки. Спусти нѣсколько часовъ послѣ начала родовъ, потуги прекратились. Усаженная въ ванну пациентка почувствовала сильную боль. Мелкія части прощупывались непосредственно подъ брюшными покровами. Маточный зѣвъ раскрытъ. *Forceps*. Ребенокъ мертвъ. Плацента удалена легкимъ потягиваніемъ. Выпаденіе кишечной петли. Вправленіе. Лечение выжидательное. Выздоровленіе. Рубецъ въ правомъ влагалищномъ сводѣ.

51. Jurinka³⁾. 28 лѣтняя женщина. IV роды. Прежніе роды нормальны. *Hydramnion*. Лобное положеніе. При попыткѣ сдѣлать поворотъ, врачъ констатировалъ

1) Порошинъ. Сообщение изъ клиники проф. Славянского. Журналъ акушерства 1897 г., Ноябрь, стр. 1449.

2) Martin. Rupture d'un uterus fibromateux et du vagin etc. Normandie medicale 15 octobre 1896. Рефератъ въ *Revue des Sciences medicales* 1897 г.

3) Jurinka. Monatsschr. für Geburths. und Gynäkologie, т. VI, книга 5, стр. 489.

слѣва: разрывъ шейки. Потужная дѣятельность продолжалась съ неуминьшенной силой еще $\frac{1}{2}$ часа. Больную отправили въ клинику. Извлеченіе ребенка *per vaginam*. Плацента удалена рукою изъ матки. Лапаротомія. Дугообразный разрывъ шейки. Поперечнымъ разрывомъ влагалище отдѣлено отъ матки. Полное удаленіе матки. Раневая полость въ лѣвой сторонѣ таза зашита. Выздоровленіе.

52. Юдеевичъ 1). II роды. Первые роды продолжались 3 дня. Теперь начало родовъ 5 дней тому назадъ. Въ началѣ сильныя потуги, но потомъ показалась кровь. Боли стихли. Рвота. Въ такомъ состояніи находилась 3-е сутокъ. Знобъ. Пульсъ слабый. Температура 39,5. Лапаротомія. Плодъ въ брюшной полости. Матка оторвана совершенно отъ сводовъ за исключеніемъ задней части, гдѣ она прикреплена перемычкою на 4 см. Матка удалена. Спустя 3 часа смерть при явленіяхъ ослабленія сердечной дѣятельности.

53. Orthmann 2). 41-лѣтняя женщина. VII роды. Превжніе роды нормальны. Поперечное положеніе. Попытка некомпетентнаго лица закончить роды. Коллапсъ. Пульсъ 150. Температура 38,8. Оторванная пуповина виситъ изъ влагалища. Плодъ въ брюшной полости. Больная отправлена въ клинику. Лапаротомія. Удаленіе плаценты и плода изъ брюшной полости. Разрывъ въ правомъ сводѣ и въ шейкѣ. Тотальная экстирпация. На 3-й день смерть отъ перитонита.

54. Everske 3). II роды. Первые роды продолжались долго. Черепное положеніе. Зѣвъ совершенно раскрытъ. Попытка наложить щипцы. Болѣзненные потуги.

1) Юдеевичъ. Врѣдъ, 1897, годъ, стр. 406.
2) Orthmann. Zur Rupture uteri. Monatsschrift für Geb- und Gynäkologie. Томъ VII, кн. 4, стр. 399.
3) Everske. Monatsschr. für Geb- und Gynäkologie. Томъ VII, книга 2, страница 233.

При попыткѣ сдѣлать перфорацию, Everke прощупаль кишки. Поворотъ и прободеніе послѣдующей головки. Послѣдъ удаленъ изъ брюшной полости. Слева и сзади проникающій разрывъ влагалищнаго свода. Тампонъ изъ йодоформенной марли. Спустя 3 дня смерть отъ перитонита.

55. Everke¹⁾. III роды. Узкій тазъ. Поперечное положеніе. Послѣ поворота и извлеченія плода, выпаденіе кишечной петли. Разрывъ въ заднемъ влагалищномъ сводѣ. Кишечникъ отведенъ въ брюшную полость. Шовъ на разрывъ со стороны влагалища. На 4-ый день смерть отъ септического зараженія.

56. Everke²⁾. Первородящая. Долго продолжающіяся роды. Щипцы. Ребенокъ живъ. При внутреннемъ изслѣдованіи во влагалищѣ найдены кишки. Разрывъ влагалищнаго свода длиною въ 10 см. Шовъ. Выздоровленіе.

57. Everke³⁾. VI роды. Въ высшей степени отвислый животъ. Поперечное положеніе. Выпаденіе ручки. Внезапно сильная боль, кровотеченіе и коллапсъ. Потуги прекратились. Выхожденіе плода и плаценты черезъ разрывъ въ брюшную полость. Выпаденіе кишечныхъ петель. Разрывъ въ заднемъ и боковомъ влагалищныхъ сводахъ. Матка не повреждена. Шовъ. Выздоровленіе.

58. Everke⁴⁾. IX роды. Тазъ плоско — рахитическій, суженный. Маточный зѣвъ совершенно раскрытъ. Головка стоитъ плотно во входѣ таза. Рѣшили сдѣлать перфорацию. По дорогѣ въ больницу — сильная боль и прекращеніе потугъ. Кровотеченіе. Головка теперь подвижна. Поворотъ и извлеченіе мертвого плода. Плацента удалена

1) Everke. Monatschrift für Geb. und Gyn. томъ VII. кн. 2, стр. 233.

2) Everke. Тамъ-же стр. 234.

3) Everke. Тамъ-же стр. 235.

4) Everke. Тамъ-же стр. 238.

изъ влагалища. Матка цѣла. Проникающій разрывъ передняго влагалищнаго свода. Шовъ снизу. Выздоровленіе.

59. Everke¹⁾. Сильно отвислый животъ. Поперечное положеніе. Выпаденіе мацерированной ручки. При поступленіи въ клинику потугъ не было. Пульсъ едва прощупывается. Поворотъ и извлеченіе. Въ заднемъ влагалищномъ сводѣ проникающій разрывъ, длиною въ 15 cm. Шовъ. Спустя 15 минутъ — смерть. Вскрытіе констатировало еще разрывъ дна матки, длиною въ 27 cm.

60. Van der Hoeven²⁾. X роды. Прежніе роды нормальны. Поперечное положеніе. Поворотъ и извлеченіе ребенка. Плацента въ субперитонеальной полости. Матка сзади и съ боковъ оторвана отъ влагалища. Кровотеченія нѣтъ. Тампонъ изъ іодоформенной марли. Выздоровленіе.

61. Solowij³⁾. 35 лѣтняя женщина, VII роды. По словамъ пациентки, всегда ягодичное положеніе. При почти изглаженномъ маточномъ зѣвѣ и ягодицахъ во входѣ таза, вслѣдствіе слабости больной, низведена ножка и извлеченъ ребенокъ. Плацента удалена легкимъ надавливаніемъ на матку, но при натягиваніи оболочекъ показалась оторванная дуба маточнаго зѣва. Тампонада. Спустя 10 часовъ — смерть. Вскрытіе: uterus arcuatus septus unicollis; въ переднемъ влагалищномъ сводѣ проникающій разрывъ, длиною въ 24 cm.

62. Порошинъ⁴⁾. 33 лѣтняя женщина, VII роды. Прежніе роды нормальны. При вполне раскрытомъ маточномъ зѣвѣ лопнулъ пузырь и выпала пуповина. Головка вступила въ тазъ, и половая щель начала почти раскрываться, какъ вдругъ потуги прекратились. Пациентка блѣдна.

1) Everke. Ein weiterer Fall von perf. Scheidenzerreissung etc. Monatsschr. für Geburtshilfe und Gynäk. томъ VIII кн. I стр. 74.

2) Van der Hoeven. Ein Fall von Kolpaporrhesis. Monatsschr. für Geb. und Gynäk. томъ VII книга 3, стр. 241.

3) Solowij. Beitrag zur Uterusruptur. Monatsschr. für Geb. und Gynäk. 1898 г. томъ VIII книга 5 стр. 404.

4) Порошинъ. Врачъ 1899 г. № 5.

Пульсъ 120, кровотеченія нѣтъ. Перфорация и клейдотомія. Вѣсъ плода безъ моста — 3600 граммъ. Громадный разрывъ въ переднемъ и лѣвомъ влагалищныхъ сводахъ. Выпаденіе кишечной петли. Тампонада. На слѣдующій день температура больной 37,6. Пульсъ 84. Лапаротомія. Удаленіе матки и лѣваго яичника. Начиная съ 5-го дня, вслѣдствіе нагноенія каналовъ шва, температура повышается до 39,0°. Выздоровленіе.

63. Меркуловъ¹⁾. 35 лѣтняя женщина, VII роды. При VI-ыхъ родахъ — эмбриотомія, вслѣдствіе запущеннаго поперечнаго положенія. Теперь тоже поперечное положеніе. Потуги не были ни сильны, ни часты. Спустя 4 часа послѣ того, какъ лопнулъ пузырь, потуги прекратились совершенно. Ручка сначала выпала, но потомъ спряталась. Кровотеченія — почти никакого. На слѣдующій день роженица отправлена въ госпиталь (10 верстъ). Лапаротомія. Плодъ и плацента удалены изъ брюшной полости. Разрывъ въ переднемъ и обоихъ боковыхъ сводахъ. Шовъ. Первое время лихорадка. Выздоровленіе.

64. Frickhinger²⁾. 30 лѣтняя женщина. VI роды. Въ 1895 году — Vaginofixatio. Въ 1897 г. затянувшіеся роды; чрезвычайно трудный поворотъ; мертвый ребенокъ. Въ 1899 году черепное положеніе. Маточный зѣвъ едва достижимъ. Такъ какъ, спустя 35 часовъ, головка все еще не стояла на высотѣ удобной для наложенія щипцовъ, рѣшено закончить роды поворотомъ. Очень трудное извлеченіе сильно асфиктического ребенка, котораго, однако, удалось оживить. Плацента вышла самопроизвольно. Самочувствіе и пульсъ сначала хорошіе. Кровотеченія нѣтъ. Перитонитъ. Смерть на 5 день. Вскрытіе: разрывъ въ заднемъ сводѣ, распространяющійся на 2 см. и на шейку.

1) Меркуловъ. Врачъ 1899 г. № 20 стр. 564.

2) Frickhinger. Gesellschaft für Geburtshilfe in München. Monatschrift für Geb. und Gyn. 1898 г. томъ IX книг. 6, стр. 891.

65. Boursier¹⁾ 22 лѣтняя женщина, первородящая. Спусти 7 часовъ послѣ начала родовъ, наложены щипцы. Послѣродовое теченіе осложнено болями и кровяно-гнойнымъ выдѣленіемъ. На влагалищной части слѣва разрывъ шириною въ палецъ. Въ лѣвомъ сводѣ — рубецъ, продолжающійся и на лѣвую стѣнку влагалища.

66. Boursier²⁾ 30 лѣтняя женщина (primipara?). При родоразрѣшеніи щипцы накладывались 10 разъ. Результатъ: широкій разрывъ влагалищной части, лѣваго влагалищнаго свода, лѣвой стѣнки влагалища и промежности. Выздоровленіе. Послѣдствія этого поврежденія были, шесть мѣсяцевъ спустя, устранены Boursier'омъ при помощи операци.

67. Villar et Chamberlent³⁾ III роды. Двукратная попытка наложить щипцы осталась безъ результата. Спусти нѣсколько часовъ, во время испражненія, — сильная боль. Головка стоитъ высоко, подвижна; исчезаетъ потомъ въ брюшной полости. Лапаротомія. Плодъ и плацента удалены черезъ рану живота. Въ брюшной полости много крови. Разрывъ влагалища и матки съ поврежденіемъ мочеваго пузыря. Надвлагалищная ампутація матки. Культи пришита экстраперитонеально. Катгутовый шовъ на нижнюю часть разрыва. Шовъ на мочевой пузырь. Выздоровленіе.

68. Бржезинскій⁴⁾ 36 лѣтняя женщина. III роды. Прежніе роды самопроизвольные, нормальные. Послѣ вторыхъ родовъ плацента оставалась въ маткѣ 7 дней. Самопроизвольное изгнаніе. Лихорадка въ продолженіе 6 недѣль. Теперь поперечное положеніе. Выпаденіе ручки. 2 сельскія повитухи пытались закончить роды. Больную отправили

1) Boursier. Цитированъ по Caris. Des Lésions de culs-de-sac vaginaux. Бордо 1898 г. стр. 96.

2) Boursier. Archives Cliniques de Bordeaux; novembre 1896 цитиров. по Caris l. c. стр. 98.

3) Villaret Chamberlent. Société de Gynecol. Бордо 1894 г. томъ III. Цитировано по Caris тамъ же стр. 103.

4) Бржезинскій. Врачъ 1899 г. № 1. стр. 20.

въ Варшавское родовспомогательное заведение. Потугъ никакихъ. Ручка исчезла. Слѣва прошупывается матка; справа головка ребенка. Во влагалищѣ найдены китчевныя петли. Лапаротомія. Удаленіе плода и плаценты изъ брюшной полости. Матка цѣла. Разрывъ въ переднемъ, лѣвомъ и отчасти правомъ влагалищныхъ сводахъ. Надвлагалищная ампу- тация матки. Выздоровленіе.

69. Siebourg (Barmen)¹⁾. 30 лѣтняя женщина. IX роды, очень большой отвислый животъ. Спустя 4 часа послѣ начала потугъ, сильная боль въ лѣвой области живота. Потуги прекратились. Кровотеченія нѣтъ. Спустя 2½ часа найдено матку опорожнившуюся, хорошо сокращенную. Головка плотно стоитъ въ тазу. Легкіе щипцы. Сильное кровотеченіе. Плаценту достали изъ брюшной полости черезъ проникающій разрывъ задняго и лѣваго сводовъ, который распространялся и на лѣвый параметріумъ. Тампонада. Смерть спустя 20 минутъ.

70. Horn²⁾. 33 лѣтняя женщина. IV роды. Прежніе роды закончились самопроизвольно. При вторыхъ — гнойный параметріумъ. Отвислый животъ. Больной данъ порошокъ для возбужденія потугъ. Вскорѣ послѣ того, какъ лопнулъ пузырь, спустя 24 часа послѣ начала родовъ, 2 попытки наложить жипцы. Прекращеніе потугъ. Кровотеченіе незначительное. Слабость. Результаты изслѣдованія: мелкія части плода подъ брюшными покровами; маточный зѣвъ сглаженъ, головка стоитъ плотно въ тазу. Перфорация и извлеченіе ребенка. Плацента удалена изъ матки. Въ заднемъ сводѣ — разрывъ, продолжающійся отчасти на шейку и на правый параметріумъ. Шовъ со стороны влагалища. Тампонада. Выздоровленіе.

1) Siebourg. München. med. Wochenschrift. 1899 г. № 5 стр. 143.

2) Horn. München. medic. Wochenschrift 1899 г. № 18, стр. 586.

71. Müller¹⁾. 38 лѣтняя женщина. IX роды. Очень отвислый животъ. Послѣ сильной потуги боль въ лѣвомъ боку. Блѣдность. Потуги прекратились. Кровоточенія нѣтъ. Подъ брюшными покровами прощупываются ягодицы. Въ лѣвомъ влагалищномъ сводѣ — сгустокъ крови и локоть ребенка. Поворотъ и извлеченіе плода. Плацента удалена изъ матки. Значительный разрывъ лѣваго свода, распространяющійся и на шейку. Выпаденіе кишечныхъ петель. Больная безъ пульса. Спустя нѣсколько часовъ смерть.

72. Belitz-Heimann²⁾. II роды. *Conjugata externa* 16, *Conjugata diagonalis* 10. При маточномъ зѣвѣ, раскрытомъ на 3 пальца, отошли воды. Спустя 5 часовъ — внезапно кровоточеніе и рвота. Выхожденіе плода въ брюшную полость. Поворотъ и извлеченіе ребенка. Разрывъ въ заднемъ сводѣ. Тампонада. Выздоровленіе.

73. Franz (Halle)³⁾. 33 лѣтняя женщина, IX роды. Прежніе роды — нормальны. Спустя 6½ часовъ послѣ начала потугъ, лопнулъ пузырь. Спустя 3 часа, когда головка была уже въ тазу, внезапно рвота и боли въ животѣ. Потуги прекратились. При приходѣ врача, головка уже была видна въ половой щели. Легкія щипцы. ¾ литра кровянистой жидкости. Матка сократилась. Послѣ тщетной попытки выдавить плаценту, ее достали, черезъ проникающій разрывъ свода, изъ лѣваго гипогастріума. Больная отправлена въ клинику. Пульсъ 132, слабый. Лапаротомія. Въ брюшной полости много крови. Матка не повреждена.

1) Max Müller. Ein Fall von Colporrhexis. München. medic. Wochenschr. 1899 № 18, стр. 588.

2) Belitz-Heimann. Zur Casuistik der Colporrhexis. Centralblatt für Gynäkologie 1900 г. № 5, стр. 150.

3) Объ этомъ случаѣ Franz упоминаетъ въ докладѣ „Ueber Uterusruptur“, читанномъ имъ на 72 собраніи естествоиспытателей въ Аахенѣ. Подробности я узналъ изъ любезнаго письменнаго сообщенія.

Разрывъ въ переднемъ сводѣ на всемъ его протяженіи и въ правомъ *Lig. latum*. Тотальная экстирпация матки. На 3-й день смерть отъ септического зараженія.

74. Barnsby и Mercier¹⁾. 31 лѣтняя женщина, VII роды. Плечевое положеніе. Тщетная попытка сдѣлать поворотъ. Распознанъ разрывъ. Больную отправили въ клинику. Плодъ отчасти въ брюшной полости. Эмбриотомія и удаленіе плаценты *per vaginam*. Въ заднемъ и лѣвомъ сводахъ — разрывъ, который распространяется и на *lig. latum*. Лапаротомія. Тотальная экстирпация матки. На 9-ый день смерть отъ перитонита.

75. Wrzesniowski²⁾. Разрывъ передняго влагалищнаго свода. Надрывъ брюшины, доходящій до *Flexura sigmoidea*. Тотальная экстирпация матки. Спустя 20 часовъ послѣ операціи смерть отъ коллапса.

76. Iwanow³⁾. 23 лѣтняя женщина, III роды. Прежніе роды и тазъ нормальны. Потуги, сначала сильныя, потомъ ослабѣли. Сельская повитуха пыталась закончить роды. Кровотеченіе. Прекращеніе потугъ. Больная отправлена въ больницу. Найдено: туловище ребенка въ брюшной полости справа, матка — слѣва. *Hydrocephalus*. Перфорация и извлеченіе краниокластомъ. Выпаденіе сальника во влагалище. Почти полный разрывъ свода. Матка соединена съ влагалищемъ только маленькимъ лоскутомъ. Плацента найдена надъ печенью. Тотальная экстирпация *per vaginam* — безъ наркоза. Шейка тоже разорвана. Выздоровленіе.

1) Barnsby und Mercier. Buletin de la société d'Obstetrique de Paris. Decembre 1899. Реф. въ *Monatsschr. für Geb. und Gyn.* Томъ XI, кн. 3, стр. 737.

2) Wrzesniowski. *Monatsschr. für Geb. und Gynäk.*, томъ II, книга 6, стр. 602.

3) Iwanow. Totale vaginale Exstirpation etc. *Centralblatt für Gynäk.* 1899 г. № 2, стр. 33.

77. Schwarz (Fünfkirchen) ¹⁾. II роды. Поперечное положение, выпадение ручки. Роженица добралась въ госпиталь слѣдующимъ образомъ: $\frac{1}{2}$ часа ѣхала на возу, 1 часъ — по желѣзной дорогѣ и $\frac{1}{2}$ часа шла пѣшкомъ. Плодъ, умершій, началъ разлагаться. Температура 39,0°. Четыре дня тому назадъ пациентка упала на улицѣ. Въ лѣвомъ влагалищномъ сводѣ разрывъ, распространяющійся и на матку въ формѣ треугольника. Основаніе этого треугольника равно 6 cm., боковыя же стороны имѣютъ по 10 cm. Лабаротомія. Удалены: матка, заключающая еще въ себѣ мертвый плодъ, и придатки. На 3-ій день смерть отъ септического зараженія.

78. Bauer ¹⁾. 25 лѣтняя женщина, II роды. Тазъ умѣренно-общесъуженный. Первые роды легкіе, потому что ребенокъ былъ малъ. Послѣ 24 часовой потужной дѣятельности головка стоитъ плотно въ тазу. Потуги прекратились безъ сильной боли. Кровотеченіе незначительное. Вслѣдъ затѣмъ коллапсъ. Части плода ощущаются непосредственно подъ брюшными покровами. Маточнаго зѣва не удается достигнуть. Головка почти совсѣмъ въ тазу. Легкіе щипцы. Плацента найдена между кишечными петлями. Справа матка совершенно отдѣлившаяся отъ таза; второй, перпендикулярный къ первому, разрывъ поднимается вверхъ къ маткѣ, такъ что весь разрывъ имѣетъ форму опрокинутого Т. Кровотеченіе незначительное. Тампонада іодоформенной марлею. Выздоровленіе. При выпискѣ больной найдены рубцы въ заднемъ и правомъ сводахъ; на шейкѣ же разрывъ, шириною въ палецъ.

79. Stolz ¹⁾. 28 лѣтняя женщина. IV роды. Тазъ нормальный. Спустя 7 часовъ послѣ начала потугъ при совершенно раскрытомъ маточномъ зѣвѣ лопнулъ пузырь.

1) Schwarz' Centralblatt f. Gynäk. 1900 № 25. стр. 649.

2) Bauer. Ueber einen Fall von spontaner completer Uterusruptur. Centralbl. für Gynäk. 1900, № 39, стр. 1010.

1) Stolz. Zeitschr. f. Heilkunde. Рефер. въ Centr. f. Gynäk. 1901 г. № 11 стр. 284.

Спустя 3 часа привезли больную въ клинику. Матка въ судорожномъ сокращеніи. Vandel'евской бороздки не видно. Попытка наложить щипцы. Головка скрылась въ брюшной полости. Лапаротомія. Anepserphalus. Разрывъ въ передней стѣнкѣ шейки и въ правомъ влагалищномъ сводѣ. Тотальная экстирпація матки. Выздоровленіе.

80. Kaufman¹⁾. 42 лѣтняя женщина. XIII роды. Прежніе роды нормальны. Выпаденіе ручки. Матка пуста. Головка плода прощупывается подъ брюшными покровами. Кровотечение незначительное. Пульсъ полный, 90. Легкій поворотъ и извлеченіе ребенка. Матка цѣла. Неперфорирующий разрывъ въ переднемъ и лѣвомъ влагалищныхъ сводахъ. Тампонада іодоформенною марлею. Выздоровленіе.

81. Kaufman²⁾. XIV роды. Тазъ нормальный. Черепное подожженіе. Плодъ великанъ, длиною въ 63 cm., вѣситъ 7,400 граммъ. Перфорирующий разрывъ въ заднемъ и лѣвомъ влагалищныхъ сводахъ. Плацента удалена изъ брюшной полости. Кишечныя петли во влагалищѣ. Шовъ снизу. Ткань очень дряблая. Дренажъ. Выздоровленіе.

82. Beiland³⁾. Разрывъ влагалищнаго свода во время родовъ. Подробности неизвѣстны.

Статистической обработкѣ подвергнуты только 80 случаевъ. Случаями же Boldt'a (№ 9), Beiland'a (№ 82) и многочисленными наблюденіями Andronesco⁴⁾ я не могъ воспользоваться, вслѣдствіе недостатка болѣе точныхъ данныхъ.

Мѣсто разрыва въ 8 случаяхъ не указано. Въ остальныхъ 72 случаяхъ разрывы найдены были: 22 раза

1) Kaufman. Gazeta lekarska 1900 г. и Monatsschr. für Geb. und Gyn. 1901 г. томъ XIII кн. 4.

2) Kaufman. Тамъ же.

3) Beiland. Zur Casuistik der Ruptur des Scheidengewölbes sub partu. Протоколъ Медич. Общества въ Минскѣ. Реф. въ Monatsschrift für Geb. und Gyn. томъ IV книги III стр. 278.

4) Зам. при кор. Интересную работу д-ра Andronesco на румынскомъ языкѣ я получилъ отъ автора только послѣ окончанія этого труда.

въ заднемъ, 11 разъ въ переднемъ, 11 разъ въ правомъ и 8 разъ въ лѣвомъ влагалищномъ сводѣ. Кромѣ того въ 20 случаяхъ опредѣлены комбинированные разрывы, именно: 8 разъ былъ найденъ разрывъ задняго свода одновременно съ однимъ или обоими боковыми; 10 разъ передній сводъ былъ разорванъ одновременно съ однимъ или обоими боковыми. Въ 2-хъ случаяхъ подверглись разрыву какъ передній, такъ и задній и одинъ боковой сводъ. Особенно распространенные разрывы отмѣчены Львовымъ (№ 1), Gromadzki'mъ (№ 21), Тотешомъ (№ 47), Юцевичемъ (№ 52) и Меркуловымъ (№ 63).

Распространеніе разрыва на матку имѣетъ громадное значеніе относительно прогноза и терапіи.

Я хотѣлъ бы тѣ разрывы, которые ограничиваются сводомъ, назвать простыми, въ противоположность сложнымъ, которые переходятъ на шейку и тѣло матки. Страннымъ образомъ въ собранномъ мною матеріалѣ оказалось случаевъ и той и другой категоріи поровну, т. е. по 40.

О положеніи плода соотвѣтствѣнные указанія сдѣланы въ 75 случаяхъ: было 42 черепныхъ положеній, 30—поперечныхъ, и 3 ягодичныхъ.

Что касается причины разрыва, то изъ 78 случаевъ 49 разрывовъ произошли самопроизвольно; напротивъ же, 29 вслѣдствіе насилія. Это отношеніе соотвѣтствуетъ статистическимъ даннымъ Щеткина¹⁾, у котораго число насильственныхъ разрывовъ относится къ числу самопроизвольныхъ, какъ 51: 29.

Тазъ въ 20 случаяхъ отмѣченъ, какъ узкій, въ 38 — какъ нормальный, и въ 22 случаяхъ о строеніи таза вовсе не упоминается.

Размѣры таза можно найти только въ немногихъ случаяхъ. Большой частью тазъ характеризуется нѣсколькими

1) Щеткинъ. „О проникающихъ разрывахъ сводовъ влагалища у роженицъ“. Журналъ акуш. и женскихъ болѣзней. Май-Іюнь 1891 г.

словами, напр. „умѣренно сѣуженный“ или „умѣренно-обще-сѣуженный“; въ 5 случаяхъ былъ плоскій тазъ (3 раза плоско-рахитическій), одинъ разъ (№ 29) лумбо-сакрально-кифотическій.

Изъ опухолей найдены были 3 раза миомы матки (случаи №№ 34, 37, 50).

Одинъ разъ найденъ былъ *uterus septus* (№ 61).

Одинъ разъ найдены рубцы во влагалищѣ и во влагалищномъ сводѣ.

Число предшествовавшихъ родовъ не указано въ 10 случаяхъ. Изъ остальныхъ случаевъ только въ 4 были первородящія женщины, во всѣхъ остальныхъ же многорожавшія. Нѣсколько разъ плодъ былъ необыкновенной величины; 2 раза были даже дѣти-великаны. Въ одномъ случаѣ автора (№ 81) длина плода была 63 cm.; въ одномъ случаѣ Freund'a (№ 7) — 60 cm. Въ первомъ изъ этихъ случаевъ плодъ вѣсилъ 7,400 граммъ. О большихъ плодахъ сообщаютъ еще: Koblanck (№ 37), 58 cm. длины, 4,770 гр. вѣсу и Порошинъ (№ 49) 3,600 граммъ вѣсу безъ мозга.

Брюшина осталась неповрежденной въ 7 случаяхъ, въ 5 случаяхъ ничего о брюшинѣ не сказано, въ 68 случаяхъ разрывъ проникалъ въ брюшную полость.

Изъ непроникающихъ разрывовъ было по 2 спереди, сзади, справа и 1 слѣва, такъ что предрасположеніе передняго свода для неполныхъ разрывовъ, какъ это утверждаетъ Scanzoni и другіе авторы, не оправдывается.

Выпаденіе кишечныхъ петель отмѣчено 14 разъ. Въ одномъ случаѣ (№ 47) яичникъ вмѣстѣ съ трубой найденъ передъ наружными половыми частями. Изъ тѣхъ 76 случаевъ, въ которыхъ удалось собрать свѣдѣнія о теченіи родовъ, въ 29 наблюденіяхъ плодъ выступилъ изъ матки: 26 разъ въ брюшную полость, 3 раза (въ случаяхъ № 27, 46, 80) въ субперитонеальное пространство.

Плацента 30 разъ была найдена внѣ матки: въ 27 случаяхъ она была въ брюшной полости, въ 3 случаяхъ, при неполныхъ разрывахъ (45, 60, 80),—въ субперитонеальномъ пространствѣ.

Акушерскія операціи при рожденіи ребенка примѣнялись слѣдующія: поворотъ и извлеченіе (30 разъ), щипцы (17 разъ), извлеченіе за тазовый конецъ (18 разъ), краніотомія (10 разъ), эвентерація (2 раза), декапитація (1 разъ). Посредствомъ чревосѣченія ребенокъ былъ выведенъ 8 разъ. Въ одномъ случаѣ матка была удалена вмѣстѣ съ находящимся въ ней еще плодомъ. Неразрѣшившимися умерли три женщины.

О леченіи разрывовъ указаній не имѣется въ 15 случаяхъ. Изъ остальныхъ случаевъ — въ 20 сдѣлана была лапаротомія съ тотальной экстирпаціей матки; 6 разъ сдѣлана лапаротомія и шовъ со стороны брюшной полости. Со стороны влагалища разрывъ былъ зашитъ въ 9 случаяхъ. Дважды матка была удалена *per vaginam*. Дважды былъ сдѣланъ экстраперитонеальный разрѣзъ. Наконецъ 19 случаевъ лечили дренажемъ и тампонадой и 7 симптоматически.

Смертью окончились всего 28 случаевъ. Смертность, слѣдовательно, равняется 35%.

Въ числѣ всѣхъ смертныхъ случаевъ 10 произошло вслѣдствіе кровотеченія, 18-же вслѣдствіе септического зараженія. Если мы сосчитаемъ отдѣльно смертность случаевъ простыхъ разрывовъ свода, то получимъ слѣдующія данныя: изъ 40 чистыхъ случаевъ *Colporrhæxis*'а окончились смертельно только 10; смертность = 25%. Изъ этого числа умерли отъ кровотеченія 2 женщины = 5% общаго числа.

Этіологія и Механика.

А. Насильственные разрывы.

Какъ извѣстно, уже давно раздѣляютъ разрывы, какъ матки такъ и влагалища, на самопроизвольные и насильственные. Старые авторы, вполне справедливо, придавали этому дѣленію большое значеніе. Osslander, напр., тщательно составилъ цѣлую таблицу инструментовъ и ручныхъ пріемовъ, которые большей частью являются причиной насильственныхъ разрывовъ. Съ распространеніемъ ученія Bantl'я это раздѣленіе потеряло свое значеніе. Разъ доказано, что разрывъ является какъ слѣдствіе растяженія данной части родовыхъ путей, то, полагали, нѣтъ существенной разницы въ томъ произошло-ли это чрезмѣрное растяженіе самопроизвольно или оно вызвано искусственно. Такъ, напр., Veit говоритъ:!) „происхожденіе насильственныхъ разрывовъ вызывается тѣми-же механическими условіями: растянутый нижній сегментъ матки растягивается больше, чѣмъ позволяетъ его эластичность, съ той только разницею, что это происходитъ не вслѣдствіе дѣйствія потугъ, а вслѣдствіе того, что вводится рука въ нижній сегментъ матки.“

1) Müllers Handbuch der Geburtshülfe томъ II: стр. 153.

Въ учебникѣ Schroeder'a²⁾ Olshausen говорить: „Когда условія для разрыва готовы, разрывъ особенно легко можетъ произойти, если рука насильно вводится для поворота. Это ясно. Такъ происшедшіе разрывы называются насильственными разрывами.“

Эти мнѣнія основываются, вѣроятно, на экспериментахъ Duncan'a и Franquè. Опыты эти, произведенныя на маткахъ умершихъ роженицъ, показали, что при нормальныхъ условіяхъ нужна большая сила, для того, чтобы разорвать матку. Если же, не взирая на это, происходятъ разрывы, то, по Bandl'ю, это случается отъ того, что уже раньше произошло растяженіе и истонченіе данной части.

Совершенно иначе обстоитъ дѣло при разрывахъ влагалищнаго свода; и въ этомъ отношеніи смѣшиваніе разрывовъ матки съ разрывами сводовъ тоже совершенно не основательно.

Ибо, если допустить, что происхожденію насильственнаго разрыва матки, самой крѣпкой части полового тракта, должно предшествовать приготовленіе, вызванное силами природы, то для влагалищнаго свода — слабѣйшаго пункта полового тракта — въ такомъ предположеніи нѣтъ необходимости. При образованіи разрывовъ свода травма, сама по себѣ, даже безъ великаго предрасположенія можетъ служить совершенно достаточнымъ этиологическимъ моментомъ. Разыскиваніе въ такихъ случаяхъ особеннаго механизма совершенно безцѣльно. Механизмъ сводится здѣсь къ простому поврежденію. Въ пользу этого говорить, прежде всего, большая разрываемость влагалища, которую экспериментально подтвердили опыты Tarnier'a.¹⁾ Поводомъ для этихъ экспериментовъ послужилъ несчастный случай, въ которомъ, при желаніи вызвать искусственные преждевремен-

2) Schroeder Lehrbuch der Geburtshilfe. Изданіе X. Боннъ 1889 г.

1) Budin Les lésions traumatiques etc. Отр. 54.

ные роды, опытной рукой, въ присутствіи Tarnier'a, сдѣланы были вагинальныя спринцованія. Больная умерла, и при вскрытіи въ Дуглассовомъ пространствѣ найдено гангренозное мѣсто съ 4 отверстиями, ведущими въ брюшную полость. На трупъ было показано, что струя жидкости на разстояніи 9 met. 35 cm., (въ упомянутомъ случаѣ разстояніе равнялось 5 m. 25 cm.), направленная на одно и тоже мѣсто влагалища, способна въ продолженіе 10 минутъ продырять влагалище.

Кромѣ легкой разрываемости, причиною того, что влагалище такъ часто является мѣстомъ насильственныхъ разрывовъ, служитъ еще и удобный доступъ къ влагалищу и сосѣдство маточнаго зѣва. Ложка щипцовъ или перфораторъ по ошибкѣ попадаютъ въ сводъ и прорываютъ его. Акушерка или неопытный врачъ ищетъ послѣда и, думая расширить сократившуюся матку, попадаетъ черезъ сводъ въ брюшную полость. Къ сожалѣнію, нѣтъ недостатка въ фактахъ, подтверждающихъ сказанное. Veit¹⁾ вспоминаетъ о нѣкоторыхъ случаяхъ, въ которыхъ была вырвана даже вся матка, а именно: одинъ случай Gasches'a, въ которомъ при удаленіи плаценты, кромѣ значительной части толстыхъ кишекъ, была удалена вся пуэрперильная матка; другой случай Breslau'a: деревенскій фельдшеръ, при выдѣленіи плаценты, вырвалъ всю матку; описаны еще 2 подобныхъ случая Schwarz'a и Nieprasch'a. Въ новѣйшее время подобный случай былъ предметомъ судебного разбирательства:²⁾ у одной 38 лѣтней женщины врачъ испробовалъ самымъ невѣроятнымъ образомъ по порядку: щипцы, перфораторъ и поворотъ; наконецъ, имѣя въ виду отдѣлить приросшую по его мнѣнію, плаценту, вырвалъ матку и забралъ ее къ себѣ домой. Женщина

1) Müller's Handbuch der Geburtshilfe. Томъ II. стр. 178.

2) Grüner. Vierteljahrsschrift für Gerichtliche Medicin Ref. во Врачѣ 1901 г. стр. 306.

умерла 10 минутъ спустя. При вскрытіи оказалось отсутствіе матки; плацента найдена въ ileo-coecal'ной области.

Въ „Thèse d'agrégation“ Budin'a мы находимъ довольно большое число такихъ случаевъ, въ которыхъ грубыя манипуляціи причинили обширныя поврежденія.

Въ одномъ случаѣ Wetmore (1863 г.)¹⁾ акушерка и врачъ тщетно старались удалить плаценту. Женщина умерла спустя 2 часа. Вскрытіе показало, что задній влагалищный сводъ былъ прорванъ и что вырваны 2 кишечныя петли, длиною въ 14 футовъ.

Въ случаѣ Herrgott'a²⁾, послѣ многократнаго наложенія щипцовъ, найдена во влагалищѣ кишечная петля, которую операторъ принималъ за пуповину. Задній и лѣвый своды были разорваны.

Въ случаѣ Moysant'a³⁾, послѣ поворота, головка не могла быть выведена. Послѣ того, какъ ее отделили отъ туловища, сдѣланы были безплодныя попытки вывести ее съ помощью щипцовъ и другихъ инструментовъ. Задній влагалищный сводъ былъ изорванъ въ кусочки. Женщина умерла и при вскрытіи нашли головку въ брюшной полости.

Нѣтъ рѣшительно ни одного рода врачебнаго вмѣшательства, которое, будучи выполнено неосторожно, не могло бы причинить разрывъ свода.

Въ одномъ случаѣ Щеткина⁴⁾, какъ и у Tarniera, продыравали влагалищный сводъ горячими ирригаціями, которыя были сдѣланы съ цѣлью вызвать искусственные преждевременные роды.

1) Wetmore. Am Journal of med. sciences, по Budin'y стр. 115.

2) Herrgott. Archiv general de. Med. Цит. по Budin'y стр. 55.

3) Moysant. Bulletin de société anatom. по Budin'y стр. 57.

4) Щеткинъ. „О проникающихъ разрывахъ сводовъ влагалища у роженницъ.“ Журналъ акушер. 1891. май-іюнь Наблюд. II.

Freund) въ Вѣнѣ демонстрировалъ препаратъ, на которомъ было видно, какъ при попыткѣ перфорациі инструментомъ пробуравили губу маточнаго зѣва, задній сводъ и спонгиозу крестцовой кости на 2 ctm. глубины. Французскій трудъ Pierre Caris'a заключаетъ въ себѣ описаніе многихъ случаевъ тяжелыхъ поврежденій, которыя вызваны были грубыми врачебными манипуляціями. Мы позаимствуемъ у этого автора слѣдующее:

Врачъ²⁾ хотѣлъ удалить послѣдъ, потягивая за пуповину, но пуповина оторвалась. При новой попыткѣ со стороны врача, который правую руку ввелъ во влагалище, а лѣвой надавливалъ на наружные покровы живота, пациентка вдругъ почувствовала сильную боль. Въмѣсто плаценты были вытянуты кишечныя петли. Спустя 16 часовъ плацента родилась самопроизвольно, кишечная же петля, длиною въ 2½ фута, оказалась совершенно оторванною отъ брыжейки. Подвергшаяся гангренѣ кишечная петля отдѣлилась черезъ нѣсколько дней, оставивъ anus vaginalis. Женщина выздоровѣла.

Въ одномъ случаѣ Martel'я³⁾ накладывали щипцы не менѣе 10 разъ и наконецъ пытались сдѣлать поворотъ при фиксированной головкѣ. При вскрытіи найдено: разрывъ задняго влагалищнаго свода, разрывъ шейки, признаки значительнаго ушиба матки и черныя пятна на кишкахъ соседнихъ маткѣ.

Въ наблюдении Jones'a⁴⁾ при выкидышѣ на 3-мъ мѣсяцѣ беременности произошелъ разрывъ задняго и праваго сводовъ, причемъ 19½ футовъ кишки оторваны были отъ брыжейки. Женщина умерла спустя 17 дней. При вскрытіи нашли въ брюшной полости только 1 m. 80 ctm. тонкихъ кишокъ, которыя тянулись отъ желудка къ отверстию въ сводѣ.

1) Freund. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. VI. Kong. Стр. 307.

2) Hriene. Archiv für Klin. chir. томъ XI стр. 494 по Caris'у с. 85.

3) Mortel. Archiv de tocologie Парижъ 1877 г. по Caris'у стр. 92.

4) Jones The Dublin Journal Цитир. по Caris'у тамъ же стр. 98.

Max Bartels¹⁾ описалъ одинъ случай, въ которомъ, послѣ извлеченія плода щипцами, при отыскиваніи плаценты акушерка вытянула много кишечныхъ петель. Кишка, подвергшаяся гангренѣ, была удалена; въ заднемъ сводѣ остался *apex vaginalis*, который долго не заживалъ.

Въ наблюденіяхъ, собранныхъ мною, находится тоже нѣсколько случаевъ подобнаго врачебнаго насилія. Такъ напр., Sprengler сообщаетъ о прободеніи задняго свода и удаленіи большого куска кишки, принятыхъ за приращенные тяжи плаценты.

Въ случаѣ Boursier'a щипцы накладывались 10 разъ подъ рядъ. Результатъ: разрывъ лѣваго влагалищнаго свода, шейки и всей стѣнки влагалища вплоть до большихъ губъ. Въ одномъ случаѣ Frank'a въ продолженіе 3-хъ часовъ пытались настойчиво наложить щипцы. Это, какъ легко себѣ представить, вызвало распространенное пораненіе свода и матки. Названные случаи служатъ только осязательными примѣрами насильственныхъ разрывовъ. Многие случаи происходятъ не такимъ грубымъ образомъ, но все же своимъ происхожденіемъ обязаны различнымъ манипуляціямъ и неумѣлому врачебному вѣщательству. Среди причинъ разрыва сводовъ мы находимъ попеременно то поворотъ, то перфорацию, то щипцы, то ручное отдѣленіе плаценты. Возможно, и даже весьма вѣроятно, что во многихъ случаяхъ насильственного разрыва влагалищнаго свода, ткань уже была патологически измѣнена, что и способствовало происхожденію пораненія. Но это предрасположеніе во всякомъ случаѣ не является *Conditio, sine qua non*: вѣдь и совершенно здоровая ткань не въ состояніи противостоятъ ложкѣ щипцовъ, введенной силой, а тѣмъ болѣе перфоратору. Поэтому слѣдуетъ считать совершенно вѣрнымъ мнѣніе Freund'a²⁾, что насильствен-

¹⁾ M. Bartels. Arch. für Gyn. Цитр. по Carls' стр. 100.

²⁾ Freund. Verhand. der Deutsch. Ges. für Gyn. VI Kongr. стр. 307.

ные разрывы не обладают особымъ механизмомъ, котораго стоило-бы доискиваться."

Среди самопроизвольныхъ разрывовъ, навѣрно, находятся многіе насильственные; но съ другой стороны надо допустить, что иной разъ можетъ быть и обратное. Вѣроятно не разъ бывало, что послѣ врачебнаго вмѣшательства случайно замѣчали разрывъ свода, который приписывали манипуляціямъ врача; часто врачъ самъ считалъ себя виновникомъ разрыва, который, въ дѣйствительности, могъ произойти и независимо отъ его вмѣшательства. При чтеніи соотвѣтственной литературы иногда приходится испытывать именно это чувство сознанія, что при обсужденіи нѣкоторыхъ случаевъ вкралась подобная ошибка.

Budin, который вообще всѣ пораненія свода во время родовъ склоненъ приписать травмѣ, цитируетъ, на примѣръ, слѣдующій случай:

46 лѣтняя женщина 1), IX-рага, имѣла такъ сильно отвислый животъ, что ходить было ей возможно, только при ношеніи бинта. Потуги были сильныя, акушерка очень часто изслѣдовала. Особенно сильная потуга наступила въ тотъ моментъ, когда акушерка ввела палецъ одной руки во влагалище, а другою рукою надала на стѣнку живота. Больная вскрикнула и заявила, что акушерка ранила ее. При изслѣдованіи найденъ разрывъ въ заднемъ влагалищномъ сводѣ и много кишечныхъ петель во влагалищѣ. Коллапсъ. Dupuytren извлекъ ребенка изъ брюшной полости. Спустя 24 часа женщина умерла отъ остраго перитонита. Случай этотъ зарегистрированъ Budin'омъ, какъ разрывъ влагалища въ слѣдствіе неумѣлаго изслѣдованія. По моему мнѣнію, очень сомнительно, дѣйствительно-ли произошло пораненіе такимъ путемъ; кажется, что обвиненіе тутъ основано главнымъ образомъ на словахъ

1) Mondière. Mémoire sur la rupture du vagin etc. Цитир. по Budin'у тамъ же стр. 47.

больной. Между тѣмъ, если принять во вниманіе, какъ высоко при сильно отвисломъ животѣ находится задній влагалищный сводъ и что акушерка, которая изслѣдовала однимъ пальцемъ, не могла не только пробуровать, но едва-ли достигнуть его, то придемъ къ заключенію, что, можетъ быть, акушерка дѣйствительно способствовала происхожденію разрыва, но совершенно инымъ образомъ, а именно, надавливая внизъ, и безъ того уже чрезвычайно наклоненную впередъ, матку. Значить, акушерка косвеннымъ путемъ увеличила существовавшее уже прежде напряженіе задняго влагалищнаго свода.

Budin сомнѣвается въ существованіи самопроизвольныхъ разрывовъ, т. е. такихъ, которые появляются безъ травмы внутренней или наружной. Онъ говоритъ ¹⁾: „Мы не можемъ найти ни единого случая, который произошелъ бы самопроизвольно и ограничился-бы влагалищемъ. Растяженіе, напряженіе и давленіе, которымъ подвергается въ различныхъ мѣстахъ влагалищная стѣнка, могутъ служить только предрасполагающими моментами. Они способствуютъ разрыву, который происходитъ только при вмѣшательствѣ акушера. Это кажется мнѣ наиболѣе вѣроятнымъ“.

Принимая въ соображеніе многочисленныя подробныя наблюденія, можно сказать, что этотъ скептицизмъ теперь абсолютно неоснователенъ. Конечно во многихъ случаяхъ невозможно опредѣлить, произошелъ-ли разрывъ самопроизвольно или вслѣдствіе врачебнаго вмѣшательства. Вѣрно и то, что въ большинствѣ случаевъ произведены были акушерскія операци; вѣдь здѣсь имѣется всегда дѣло съ ненормальными условіями. Но одного того факта, что роды закончены оперативно, далеко еще недостаточно, чтобы считать разрывъ результатомъ примѣненія операци. Напротивъ, очень часто бываетъ совершенно обратная зави-

1) Budin. Les Lésions traumatiques, стр. 49.

симость: вслѣдствіе образованія разрыва, вслѣдствіе прекращенія потугъ, показана акушерская операція. Такъ, напр., было въ случаяхъ Heudrich'a, Franz'a и другихъ. Иногда разрывъ узнавали еще до врачебнаго вниманія, напр., въ случаѣ Вауерга, въ первомъ наблюдении и др. Наконецъ существуетъ цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ всякую травму можно съ увѣренностью исключить, такъ напр., въ случаяхъ Bidder'a, Doorman'a, Muret'a, Тотеша, Юцевича, Порошина (II случай), Siebourg'a, Müller'a, Меркулова и др. Описаны также разрывы свода даже и въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ ни разу не было произведено внутреннее изслѣдованіе.

В. Самопроизвольные разрывы.

Еще больше чѣмъ на происхожденіи насильственныхъ разрывовъ, вниманіе авторовъ останавливалось на этиологій самопроизвольныхъ разрывовъ свода. Причины разрыва видѣли въ самыхъ разнообразныхъ моментахъ: въ узкомъ тазу (Michaelis, Hugenberger), въ отвисломъ животѣ (Schneider, Galabin), въ неправильномъ употребленіи спорыньи (Lehmann, Bell), въ измѣненіи кровеносныхъ сосудовъ, артеріосклерозѣ (Tarnier, Budin), въ разстройствѣ иннервации (Braun von Fernwald), рубцахъ (Freund) и пр. Очевидно, что многія изъ перечисленныхъ причинъ могутъ играть едва только роль предрасполагающихъ факторовъ.

Какъ главные факторы происхожденія самопроизвольныхъ разрывовъ свода можно разсматривать только 2 момента: анатомическія измѣненія мягкихъ частей и пространственное несоотвѣтствіе между плодомъ и тазомъ при извѣстныхъ обстоятельствахъ. Разсмотримъ теперь, каково участіе каждой изъ названныхъ причинъ при происхожденіи разрыва.

а) **Анатомическіе факторы.**

Всегда утверждали или по крайней мѣрѣ предполагали, что при разрывахъ мягкихъ частей встрѣчаются измѣненія въ строеніи тканей. (M. Clintock, Hugenberger и др.).

Однако значеніе, которое приписываютъ этимъ измѣненіямъ, очень различно: въ то время, какъ одни авторы считаютъ ихъ только предрасполагающимъ моментомъ, другіе рассматриваютъ ихъ, какъ главную причину разрывовъ. Различны также и самые виды измѣненій, на которые указываютъ: одни находятъ явно патологическія измѣненія, дегенерацію и инфильтрацію тканей, сифилитическія страданія и пр., въ то время, когда другіе подчеркиваютъ главнымъ образомъ фізіологическія измѣненія и именно тѣ, которыя находятся въ связи съ многократной беременностью.

На послѣдствія прежнихъ родовъ, какъ на причину разрыва свода, обратилъ вниманіе уже Spiegelberg и указалъ, спеціально на значеніе старыхъ рубцовъ. „Въ нѣкоторыхъ случаяхъ“, говоритъ онъ¹⁾, „разрывъ представляетъ собою только результатъ рубца въ сводахъ, который не способенъ выдержать напора ребенка.“

Щеткинъ²⁾ тоже принялъ во вниманіе или, можно сказать, даже переоцѣнилъ значеніе измѣненій въ тканяхъ. „Сравнительно часто, говоритъ онъ, появленіе разрывовъ у многорожащихъ служить однимъ изъ вѣсскихъ доказательствъ того, какое важное значеніе имѣетъ состояніе стѣнокъ рукава для появленія Colporrhexis. Узкій тазъ у многорожавшихъ можно рассматривать только, какъ предрасполагающую причину, а патологическія измѣненія стѣнокъ рукава должны быть отнесены къ числу ближайшихъ, непосредственныхъ причинъ Colporrhexis.“

1) Spiegelberg. Lehrbuch der Geburtsh. Переводъ Ямпольскаго Стр. 657.

2) Щеткинъ. „О проникающихъ разрывахъ etc.“ Отд. Оттискъ. Стр. 16.

Точно также говоритъ Львовъ¹⁾: „Главныя и единственныя причины — патологическое состояніе стѣнокъ рукава, вызванное предъидущими родами или болѣзненными процессами, вслѣдствіе чего тонусъ и упругость падаютъ; поэтому чаще всего разрывы бываютъ у многорожавшихъ.“

„По моему мнѣнію“, пишетъ Siebourg²⁾, „главная причина лежитъ въ ослабленіи и въ меньшей эластичности влагалища, явившихся большей частью, какъ послѣдствіе многочисленныхъ беременностей.“

Пожалуй, не въ такой высокой степени, но все таки мы должны признать, что при происхожденіи разрывовъ свода громадное значеніе имѣютъ тѣ явленія, которыя сопровождаютъ повторную беременность. Зависимость между многорожаемостью и разрывами свода слѣдуетъ считать — явленіемъ постояннымъ.

Статистика учитъ насъ, что разрывы встрѣчаются почти исключительно у многорожавшихъ и чаще всего у такихъ женщинъ, которыя продѣляли уже очень большое число родовъ. Изъ 80 наблюдений Щеткина въ 18 случаяхъ не указано числа предшествовавшихъ родовъ; въ 54 случаяхъ были многорожавшія и только въ 8 случаяхъ — первородящія. Были-ли въ числѣ этихъ 8 случаевъ тоже и разрывы нетравматическаго характера, изъ его труда не видно. Среди собранныхъ мною 80 случаевъ мы находимъ только 4 первородящихъ; но во всѣхъ четырехъ случаяхъ разрывъ былъ, безъ сомнѣнія, насильственный. Въ 10 случаяхъ отсутствуютъ указанія о числѣ предшествовавшихъ родовъ; изъ остальныхъ 66 случаевъ 34 раза, т. е. больше чѣмъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ были VI до XIV разъ рожавшія.

Что повторные роды измѣняютъ строеніе влагалища, на этомъ долго останавливаться не будемъ. Какъ извѣстно,

1) Львовъ. Къ ученію объ этиологіи и терапіи etc. Врачъ 1891 г. № 43, стр. 959.

2) Siebourg, Münchener med. Wochenschrift 1899 г., Стр. 143.

уже первые роды вызываютъ исчезающія измѣненія влагалища: складки сглаживаются, стѣнки становятся тонкими и теряютъ прежнюю эластичность и тонусъ. Можно утверждать, что при всѣхъ, безъ исключенія, 1-ыхъ родахъ происходятъ многочисленныя разрывы, меньшіе или большіе, поверхностныя или глубокіе, иногда только въ мускулатурѣ съ сохраненіемъ слизистой оболочки, которые, не смотря на то, что впослѣдствіи заживаютъ, оставляютъ послѣ себя атрофическое состояніе рукава и цѣлый рядъ болѣе или менѣе ощутимыхъ рубцовъ. Эти условія ухудшаются еще съ каждымъ новыми родами и по мѣрѣ того, какъ увеличивается величина новорожденныхъ.

Caris говоритъ ¹⁾: „малые разрывы зарубцовываются, но новообразованная ткань не обладаетъ больше прежней эластичностью; мышечныя волокна атрофируются и замѣщаются соединительной тканью. Кровеносныя сосуды также подвергаются атрофіи“.

И такъ мы видимъ, что многорожаемость вызываетъ подходящія условія для появленія разрывовъ свода. Слова Bandl'a и Freund'a о ткани матки, а именно, что сильное растяженіе или неполный разрывъ не проходитъ безслѣдно и при послѣдующихъ родахъ способствуетъ разрыву, можно тоже считать справедливыми относительно возникновенія разрывовъ влагалищнаго свода.

Въ виду выше сказаннаго не подлежитъ сомнѣнію, что многорожаемость должно признать постояннымъ факторомъ разрывовъ влагалищнаго свода; (я не знаю ни единнаго случая самопроизвольнаго разрыва у первородящей). Однако, если обратить вниманіе на микроскопическія измѣненія отдѣльныхъ тканей, то наталкиваемся на большія затрудненія. Въ соображеніе принимаются здѣсь главнымъ образомъ два вида тканей: эластическія волокна и мускулатура. Число работъ, посвященныхъ наблюденію

¹⁾ Caris. Des lésions des culs-de-sac vaginaux. Crp. 25.

микроскопическихъ измѣненій тканей при разрывѣ, очень ограничено. Къ тому же онѣ разсматриваютъ большей частью ткани матки и только слегка касаются строенія влагалищнаго свода.

Изслѣдованія отдѣльныхъ авторовъ рѣзко отличаются другъ отъ друга и иногда находятся даже въ прямомъ противорѣчии. Въ то время, какъ Александровъ ¹⁾ утверждаетъ „что значеніе эластической ткани для происхожденія разрыва очень сомнительно“, Давыдовъ ²⁾ въ своей диссертации утверждаетъ что: „измѣненію упругой ткани предстоить будущность въ дѣлѣ рѣшенія вопроса относительно разрывовъ и другихъ отдѣловъ женскихъ половыхъ частей, какъ то промежности, влагалища и трубъ.“

Давыдовъ въ своемъ трудѣ приходитъ къ заключенію, что въ пуэрперальной маткѣ число эластическихъ волоконъ больше и отдѣльныя волокна толще, чѣмъ въ непуэрперальной; Порошинъ ³⁾ же въ изслѣдованномъ имъ случаѣ разрыва констатировалъ противоположное, а именно, „что во всѣхъ слояхъ почти совершенно отсутствуетъ эластическая ткань“. Въ то время какъ, по мнѣнію Порошина, причину недостатка эластическихъ волоконъ слѣдуетъ искать „въ преклонномъ возрастѣ пациентки и въ многочисленныхъ родахъ“, Pick ⁴⁾ утверждаетъ, что недостатокъ міометріума въ эластическихъ элементахъ въ этой стадіи беременности (въ концѣ беременности) представляетъ нормальное явленіе и что болѣе старый возрастъ и многократные роды не уменьшаютъ запаса эластическаго матеріала въ маткѣ, а наоборотъ, уве-

1) Александровъ „Ein Fall von Uterusruptur“ etc. Monatsschr. f. Geb. und Gynäk. Томъ XII, кн. IV, стр. 453.

2) Давыдовъ, Г. И. Къ вопросу объ измѣненіи эластической ткани матки при самопроизвольныхъ разрывахъ. Диссертация. Петербургъ, 1895 г.

3) Порошинъ. Zur Aetiologie der spontanen Uterusruptur etc. Centralblatt für Gyn. 1898 г. № 7 стр. 186.

4) Pick. Ueber das elastische Gewebe in der normal und pathologisch veränderten Gebärmutter. Volkm. Sam. Klin. Vorträge № 283, стр. 118.

личиваютъ въ качественномъ и количественномъ отношеніи.

Несмотря на эти противорѣчія, стоитъ однако познаться съ нѣкоторыми новѣйшими работами по этому предмету, такъ какъ онѣ даютъ понятіе о характерѣ изслѣдованій въ данной области. Для пониманія происхожденія разрывовъ свода имѣетъ значеніе, напр., работа Dittel'я¹⁾ о расположеніи и направленіи эластическихъ волоконъ. Согласно съ прежними изслѣдованіями Dührssen'a²⁾ и Acconci'я и позднѣйшими Pick'a, Dittel напелъ, что эластическіе элементы матки образуютъ 2 сплетенія — глубокое и поверхностное. Шейка больше всего изобилуетъ эластическими волокнами. Пovyше перехода шейки во влагалище можно ясно узнать ту часть, гдѣ совершенно нѣтъ эластическихъ элементовъ.

Въ своей часто цитируемой диссертациі Давидовъ³⁾ высказываетъ слѣдующее:

1) Въ послѣродовыхъ маткахъ сравнительно съ непослѣродовыми упругихъ волоконъ больше, при чемъ волокна эти нѣсколько толще.

2) Особенно много упругихъ волоконъ въ нижнемъ отрѣзкѣ и шейкѣ матки.

3) Упругія волокна разорванныхъ матокъ являются набухшими, короткими, мѣстами узловатыми, зернистыми и собранными въ клубки.

Изслѣдованія Woltke и Pick'a можно вкратцѣ резюмировать слѣдующимъ образомъ: эластическія волокна женщины въ молодомъ возрастѣ нѣжны и тонки, съ годами же онѣ измѣняются въ объемъ; количество волоконъ увеличивается при старческой атрофіи матки; число эласти-

1) Dittel. Ueber die elastischen Fasern in Gebärmutter. Wien. Klin. Rundsch. 1896 № 26 и 27.

2) Dührssen. Beitrag zur Anatomie etc. Arch. f. Gyn. Томъ 41. стр. 259.

3) Давидовъ. Къ вопросу объ измѣненіи эластической ткани при самопроизвольномъ разрывѣ. Диссерт. СІБ. 1895 г.

ческой волоконъ сильно возрастаетъ въ первой половинѣ беременности, во второй половинѣ опять уменьшается и окончательно восстанавливается въ послѣродовомъ періодѣ. Это послѣднее измѣненіе уже не исчезаетъ, такъ что по увеличенному числу эластическихъ волоконъ можно отличить матку многоражавшей отъ нерожавшей женщины.

Какъ мы видимъ, всѣ эти достопримѣчательныя работы очень мало намъ объясняютъ значеніе и роль эластической ткани при разрывахъ родовыхъ путей. Также мало мы знаемъ, на сколько различныя видоизмѣненія мускулатуры способствуютъ ненормальной разрываемости ткани. Эти измѣненія бываютъ дегенеративнаго или воспалительнаго характера.

Что касается первыхъ, то, хотя часто констатируютъ жировое и гіалиновое перерожденіе, тѣмъ не менѣе однако причинная связь этихъ измѣненій съ разрывами не доказана. При такихъ наблюденіяхъ надо помнить слова Bandl'я), что „если вокругъ мѣста разрыва мышечныя волокна измѣнены мелкими каплями жира и молекулярнымъ распадомъ, то эти измѣненія ткани могли быть вызваны уже начавшимся воспаленіемъ или процессомъ инволюціи.“

Сильванскій въ Харьковѣ²⁾ изслѣдовалъ мускулатуру бѣлыхъ мышей и морскихъ свинокъ въ продолженіи отъ одного до 30 дней послѣ родовъ и пришелъ къ заключенію, что инволюція начинается еще во время родовъ и заключается въ дегенераціи и атрофіи мышечныхъ элементовъ. Ядра дегенированныхъ элементовъ пропадаютъ; одни кровеносные сосуды облитерируются, другіе становятся значительно уже.

1) Bandl. „Ueber Ruptur der Gebärmutter“. Стр. 34.

2) Сильванскій. „Къ вопросу объ измѣненіяхъ мускулатуры матки у родильницъ.“ Харьковъ, 1897 г. Рефератъ въ *Monatsschrift für Geb. und Gyn.* Томъ VIII, книга 5.

Löhlein¹⁾ демонстрировалъ въ Вѣнѣ на микроскопическихъ препаратахъ самопроизвольно разорвавшейся матки мелкозернистую инфильтрацію междумышечной ткани, какъ доказательство, что хроническій воспалительный процессъ можетъ создать предрасполагающія условія для разрыва.

Orthmann²⁾ въ своемъ случаѣ тоже показалъ мелкозернистую инфильтрацію, особенно на внутренней поверхности мускулатуры и между мышечными пучками, но въ то же время онъ вѣрно замѣтилъ, „что подобнаго рода инфильтрацію можно разсматривать не только, какъ причинный моментъ разрыва, но и какъ слѣдствіе давленія предшествовавшего разрыву“.

Какъ мы видимъ, наши свѣдѣнія о состояніи мускулатуры разорванныхъ половыхъ органовъ еще очень недостаточны.

Въ случаяхъ собранныхъ мною сдѣланы были, кромѣ Orthmann'a, еще нѣкоторыми другими авторами изслѣдованія свойствъ ткани, но съ далеко неодинаковыми результатами. Solowij напр. не нашелъ измѣненій эластической ткани, а дегенерацію гладкихъ мышечныхъ волоконъ.

Arndt въ своемъ случаѣ не замѣтилъ особенныхъ измѣненій мускулатуры. Порошинъ констатировалъ, при слабомъ развитіи какъ гладкой мускулатуры, такъ и эластическихъ волоконъ, сильное развитіе кровеносныхъ сосудовъ и соединительной ткани.

Въ случаѣ Grömadzka'го найдены были въ брюшинѣ матки и лѣваго lig. latі спереди и сзади близко къ лѣвому краю матки уплотненія твердыя, какъ камень, и отчасти укрѣпленныя на ножкѣ. По изслѣдованіямъ проф. Przewoska'го это были обызвестлившіеся остатки периметрическаго процесса.

1) Löhlein. Verhandl. der Deutsch. Ges. für Gynäk. VI Kongress. Стр. 348.

2) Orthmann. Тамъ же, стр. 409.

Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ (2 раза у Everke и 1 разъ у автора этой работы) было отмѣчено что ткань „дряблая“, но причина такого состоянія ткани подробно не была узнана.

Какъ резюме этого обзора, мы можемъ установить, что многорожаемость положительно должно разсматривать, какъ постоянный факторъ самопроизвольнаго разрыва свода, но что мы до настоящаго времени не въ состояніи сказать, какія именно измѣненія и въ какой именно ткани способствуютъ этому.

Болѣзненные процессы въ строгомъ смыслѣ этого слова, какъ Lues, Carcinoma etc., тоже очень способствують происхожденію разрыва. Не трудно понять, что меньшая выносливость и большая ломкость больной ткани способствуетъ возникновенію разрыва, но такіе случаи сопровождаются всегда глубокими измѣненіями тканей и совершенно не объясняютъ типическаго процесса.

Если мы теперь спросимъ, объясняется-ли возникновеніе разрыва вполне достаточно измѣненіями тканей, которыя въ концѣ концовъ извѣстны намъ только, какъ слѣдствіе многократныхъ родовъ, то на этотъ вопросъ надо отвѣтить рѣшительно „нѣтъ“. На такое рѣшеніе вопроса даетъ намъ право слѣдующее разсужденіе.

Такъ какъ съ одной стороны измѣненія ткани при разрывахъ составляютъ только послѣдствіе многорожаемости, многорожаемость же есть явленіе безконечно частое, а съ другой стороны разрывы свода встрѣчаются очень рѣдко, то это состояніе ткани не можетъ быть разсматриваемо, какъ абсолютная непосредственная причина разрыва.

Зависимость этихъ двухъ явленій достаточно опредѣляется словомъ „предрасположеніе“. Измѣненіями ткани создаются для катастрофы только подходящія условія. Почва приготовлена. Но собственно непосредственная причина должна еще явиться. Искать же ее мы должны въ механическихъ условіяхъ.

б. Механическіе факторы.

Существует множество теорій, цѣлью которыхъ объяснить механическую сторону процесса при разрывахъ свода.

Уже Duparcque¹⁾ далъ слѣдующее описаніе: „въ то время, кога головка еще задержана въ полости таза, матка, продолжая сокращаться, поднимается поверхъ плода. Губы магочнаго зѣва постепенно, а иногда совершенно, оставляютъ втиснутую головку. Такимъ образомъ влагалище, которое оказываетъ только пассивное противодѣйствіе, вслѣдствіе растяженія, ослабляется все больше и въ концѣ концовъ уступаетъ энергичному натяженію и лопа-ется.“

Гораздо менѣе ясное изложеніе мы находимъ въ такъ часто прославляемой теоріи Berry Hart'a²⁾. Мы находимъ въ ней только тотъ всѣмъ извѣстный фактъ, что мускулатура матки тянетъ вверхъ шейку и дно таза, и что головка ребенка расширяетъ тѣ же части въ противоположномъ направленіи. Такое растяженіе въ 2-хъ противоположныхъ направленіяхъ и вызываетъ разрывъ.

Слѣдовало бы еще упомянуть, что Hart полагаетъ, будто передняя стѣнка влагалища разрывается рѣже потому, что она защищена уретрой.

Какъ мы видимъ, мнѣніе это не заключаетъ въ себѣ точнаго научнаго объясненія, которое мы находимъ лишь только въ изложеніи Freund'a, основывающимся на ученіи Michaelis'a и Bandl'a.

Freund говоритъ, что³⁾: „во всѣхъ случаяхъ, гдѣ при пространственномъ несоотвѣтствіи 1) сглаженный ма-сочный зѣвъ оттянулся назадъ надъ подлежащей частью

1) Duparcque. *Maladies de la matrice*. Томъ II стр. 215.

2) Berry Hart. *Edinb. med. journal* Juli 1883 г. по Carls'у тамъ-же стр. 19.

3) Die Mechanik und Therapie der Uterus- und Scheidengewölberisse. *Zeitschr. für Geb.* Томъ XXIII. Стр. 458.

плода и 2) подлежащая часть не въ состояніи прищемить края маточнаго зѣва или сосѣдной части нижняго отдѣла матки къ тазу, то при такихъ условіяхъ разрывается не матка, а влагалищный сводъ.

Такое объясненіе весьма ясно и точно. Какъ извѣстно, обычныя толкованія учебниковъ гласятъ, что разрывы влагалища происходятъ при тѣхъ же условіяхъ, что и разрывы матки. Но это опредѣленіе совершенно недостаточно, потому что оно не отвѣчаетъ на главный вопросъ: если условія равныя, то чѣмъ же объяснимъ, что въ одномъ случаѣ разрывается матка, а въ другомъ влагалище? Въдѣтъ же причины не могутъ при одинаковыхъ условіяхъ вызвать различныхъ результатовъ! Поэтому то мы и находимъ очень часто, что и противники взглядовъ F r e e n d'a болѣе или менѣе ясно, подчасъ, пожалуй, безсознательно, допускаютъ главное его условіе, а именно, что разрывы свода въ противоположность къ разрывамъ матки происходятъ только при совершенно оттянутомъ назадъ и сглаженномъ маточномъ зѣвѣ. Такъ напр., V e i t¹⁾, который сначала говоритъ: „что поврежденія, описанныя H u g e n b e r g e r'омъ, должны быть поставлены совершенно въ одну строку съ разрывомъ нижняго сегмента матки“, допускаетъ однакоже потомъ „что въ общемъ наружный маточный зѣвъ препятствуетъ тому, что влагалище не втягивается раньше въ область, подвергающуюся растяженію... Головка еще до полного раскрытія зѣва покоится во влагалищномъ сводѣ, и, будучи еще окруженной влагалищной частью, умеренно растягиваетъ сводъ, но оттянувшись вверхъ, влагалище можетъ только при полномъ раскрытіи маточнаго зѣва.“

То же самое мы находимъ у: S ä n g e r'a. Онъ говоритъ²⁾: „если матка не подверглась разрыву, а шейка оттянулась вверхъ надъ подлежащей частью плода, тогда при

1) Müller. Handbuch der Geburtshilfe. Томъ II, стр. 175.

2) S ä n g e r. Verhandl. der deutschen Gesell. für Gynäk. VI. Kongress. Стр. 62.

продолжающейся несоразмѣрности можетъ произойти первичный разрывъ влагалищнаго свода, почти исключительно задняго, при чемъ господствуютъ тѣ же механическія условія, какъ и при разрывахъ шейки и нижняго сегмента матки.

Проанализируемъ это опредѣленіе. Прежде всего мы должны признать, что фраза: „если матка не подверглась разрыву“, звучитъ нѣсколько фаталистически. Она производитъ такое впечатлѣніе, будто бы сказано: „Если женщинѣ предназначенъ разрывъ, а матка все таки не разорвалась, то роженица должна ждать разрыва влагалища.“

Вѣроятно, проф. Säng er не такую мысль имѣлъ въ виду. Я полагаю, что нѣсколько неясный смыслъ приведенныхъ словъ означаетъ только то, что, „если существуютъ условія для разрыва, т. е. прежде всего пространственное несоотвѣтствіе и пр.“ Такое толкованіе мысли Säng er'a оправдывается впрочемъ дальнѣйшими его словами: „при продолжающейся несоразмѣрности.“

Далѣе Säng er говоритъ: „А шейка оттянулась вверхъ надъ подлежащей частью.“

Это означаетъ, что маточный зѣвъ сглаженъ, что совершенно правильно и вполне совпадаетъ съ взглядомъ Freund'a.

„Тогда при продолжающейся несоразмѣрности можетъ произойти первичный разрывъ влагалищнаго свода, почти исключительно задняго.“

Слово „можетъ“ не вполне подходитъ для формулы, которая имѣетъ характеръ закона; можно бы свободно замѣнить его словомъ „долженъ.“ Разрывается ли почти исключительно только задній сводъ, — это еще надо доказать статистическими данными. Но статистика показываетъ иное. По Hugenberger'у число разрывовъ передняго и задняго влагалищнаго сводовъ почти одно и тоже. У Щеткина мы находимъ, что въ 36 случаяхъ разрывъ произошелъ въ

заднемъ сводѣ, 24 раза въ переднемъ и 8 разъ въ боковыхъ сводахъ. Комбинированные разрывы задняго свода съ однимъ боковымъ отмѣчены 8 разъ, такіе же передняго свода 12 разъ; полного отрыва матки было 8 случаевъ. Такимъ образомъ, если не считать полныхъ разрывовъ, мы имѣемъ 36 разрывовъ передняго, 28 — боковыхъ и 42 разрыва задняго свода. Отсюда мы видимъ, что число разрывовъ задняго свода меньше общей суммы случаевъ 2-хъ другихъ категорій.

Въ случаяхъ, собранныхъ мною, было 22 разрыва сзади, 11 спереди, 11 справа и 8 слѣва; кромѣ того я отмѣтилъ 20 комбинированныхъ разрывовъ, а именно: въ 8 случаяхъ былъ разорванъ одинъ боковой сводъ и задній, въ 10 случаяхъ боковой и передній; въ 2 случаяхъ боковой и оба остальные, т. е. передній и задній своды. Всего было 32 разрыва задняго свода, передняго же 23 разрыва и 39 разрывовъ обоихъ боковыхъ въ простомъ и комбинированномъ видахъ.

Принимая съ соображеніе данныя числа, мы не можемъ признать правильнымъ предположеніе, что разрывается почти исключительно задній сводъ.

Наконецъ, къ послѣдней части формулы Säng'er'a: „при чемъ господствуютъ тѣ же механическія условія, какъ и для разрыва шейки и нижняго сегмента матки“, слѣдовало бы прибавить еще слово „вообще“, потому что въ специальномъ смыслѣ, даже и съ точки зрѣнія Säng'er'a, существуетъ разница, именно въ томъ, что при разрывахъ свода шейка должна сначала оттянуться вверхъ надъ подлежащей частью, тогда какъ при разрывахъ матки въ этомъ нѣтъ необходимости.

Изъ всего этого мы видимъ, что смыслъ формулы Säng'er'a таковъ, что при данныхъ условіяхъ, при существующей несоразмѣрности, когда шейка оттянулась

вверхъ надъ подлежащей частью плода, происходитъ первичный разрывъ влагалищныхъ сводовъ. Опредѣленіе это выполнѣ согласно съ опредѣленіемъ Freund'a, quod erat demonstrandum.

Механизмъ разрыва свода представляется по Freund'у очень простымъ. Когда маточный зѣвъ изглаженъ и, вслѣдствіе узкаго таза, черезчуръ большого плода, опухолей или стриктуръ, создана пространственная несообразность, или если подлежащая часть такова (Hydrocephalus, Anencephalus, плечо), что не можетъ вызвать ущемленія маточнаго зѣва, то при продолжающейся родовой дѣятельности, влагалище, которое внизу фиксировано тазовымъ дномъ, сверху же — ad maximum поднятой — маткой, растягивается до крайняго предѣла, и такимъ образомъ создаются условія для разрыва свода. Нижняя фиксація при такихъ разрывахъ производится дѣйствительно только естественными укрѣпленіями, т. е. помощью тазоваго дна. Эти взгляды выполнѣ подтверждены наблюденіями изъ практики.

И въ случаяхъ, собранныхъ мною, почти во всѣхъ за исключеніемъ явно насильственно происшедшихъ разрывовъ, можно доказать правильность постулатовъ Freund'a. Пространственное несоотвѣтствіе было 20 разъ создано узкимъ тазомъ, 2 раза дѣтьми-великанами, 3 раза опухолями. Что касается состоянія маточнаго зѣва, то мы находимъ, что при черепномъ положеніи 16 разъ указано, что маточный зѣвъ былъ совершенно раскрытъ; въ иныхъ случаяхъ это, правда, не отмѣчено, но ясно видно изъ исторіи болѣзни. Обыкновенно рѣчь идетъ о послѣдней стадіи родовъ; такъ, напр., въ одномъ наблюденіи Koblanck'a (случай 37), разрывъ наступилъ въ то время, когда головка уже стояла на днѣ таза, въ случаѣ Порошина (№ 62), когда половая щель уже почти начала раскрываться; въ случаѣ Frank'a (№ 73), когда головка уже была видна въ срам-

ной щели; въ одномъ моемъ случаѣ (№ 81) даже при родившейся уже головкѣ.

Къ этой категоріи случаевъ, при которыхъ не могло произойти ущемленіе маточнаго зѣва вслѣдствіе свойствъ подлежащей части плода, принадлежать также два случая Hydrocephalus'a, 1 случай Anencephalus'a и, что очень важно, 30 поперечныхъ положеній.

Какъ извѣстно, отношеніе поперечнаго положенія къ разрывамъ свода составляетъ существенный пунктъ теоріи Freund'a. Заключение Freund'a вполне логично вытекаютъ изъ условій, необходимыхъ для разрыва матки. Такъ какъ онъ, согласно ученію Bandl'я и Michaelis'a, для возникновенія разрыва матки требуетъ нижней фиксации, т. е. ущемленія маточнаго зѣва, то изъ этого слѣдуетъ, что при поперечныхъ положеніяхъ, при которыхъ мягкое плечо, навѣрное, не въ состояніи вызвать ущемленія, разрывъ матки произойти не можетъ. Вотъ почему, по Freund'у, при поперечныхъ положеніяхъ разрывается не матка, а влагалищный сводъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ при поперечномъ положеніи установленъ разрывъ матки, надо полагать, что или разрывъ былъ вызванъ насильственно, или рѣчь здѣсь идетъ не о дѣйствительно поперечномъ, а о косомъ положеніи, при которомъ ущемленіе шейки возможно.

Въ этомъ отношеніи мнѣніе Freund'a находится въ рѣзкомъ противорѣчій съ общепринятыми взглядами: въ наиболѣе употребительныхъ учебникахъ и руководствахъ поперечное положеніе считается именно классическимъ примѣромъ угрожающаго разрыва матки. Авторы¹⁾ въ этомъ отношеніи руководствуются точно взглядами Bandl'я и слѣдуютъ труду его до такой степени вѣрно,

1) Müller. P. Томъ II, стр. 152, Runge § 396 („Die wichtigsten derartigen Geburtshindernisse sind Querlage und Hydrocephalus“), Schröder. Изд. 10-е, стр. 667 и др.

что даже соответственный рисунокъ изъ его книги перепечатывается въ большинствѣ учебниковъ.

Однако является вопросъ, не отступилъ-ли въ этомъ пунктѣ самъ Bandl отъ своихъ принципиальныхъ идей?

Мы знаемъ, что Bandl, въ противоположность Michaelis'у, описавшему такъ подробно въ своемъ наблюдении IX симптомы угрожающаго разрыва влагалища при поперечномъ положеніи, мало обратилъ вниманія на пораненія рукава и сводилъ и разрывы при плечевомъ положеніи къ своей общей схемѣ разрывовъ шейки.

Однако удивительно, какъ часто упоминаются Bandl'емъ разрывы влагалища именно въ главѣ „механизмъ плечеваго положенія“.

Такъ, напр., онъ говоритъ, что въ случаяхъ Chiari'a и Braun'a (плечевое положеніе)¹⁾ „разрывъ распространился на влагалищный сводъ, всю шейку и еще на самую матку“.

„Въ случаяхъ XI и XII“ (плечевое положеніе) разрывъ распространился на всю длину шейки и продолжился на влагалище.“

„Также и въ другихъ случаяхъ (разрывовъ при плечевомъ положеніи)“ говоритъ Bandl: „я нашелъ этотъ продолжающійся на влагалище разрывъ; при Hydrocephalus'ѣ происходитъ почти тотъ же механизмъ, что и при плечевомъ положеніи, и при Hydrocephalus'ѣ находятъ обыкновенно во всю длину стѣнки шейки разрывъ, который распространяется и на влагалище.“

Кромѣ того самъ Bandl допускаетъ, что плечики мало способны вызвать ущемленіе, что вѣдь, по его мнѣнію, необходимо для происхожденія разрыва матки³⁾. „Ost. ext., не очень то ущемленное мягкимъ плечомъ и вмѣ-

1) Bandl, l. c. стр. 71.

2) Bandl, ibidem. стр. 72.

3) Bandl, l. c. стр. 71.

стѣ съ нимъ влагалище поднимаются надъ уровнемъ входа таза. Весь плодъ, нерѣдко до нижней $\frac{1}{2}$, рождается въ истонченную шейку и во влагалище. Такимъ же образомъ описалъ это уже Michaelis, но онъ принималъ истонченную шейку за влагалище.“ (?!).

Изъ этого мы видимъ, что Bandl, какъ добросовѣстный наблюдатель, замѣтилъ зависимость между плечевымъ положеніемъ и разрывами влагалища, но ослѣпленный своей теоріей, пропустилъ причинную связь этихъ двухъ явленій.

Правильныя заключенія изъ ученія Bandl'я относительно поперечнаго положенія сдѣлалъ только H. W. Freund.

Вѣрность своихъ соображеній Freund уже въ первомъ своемъ трудѣ доказалъ помощью цѣлаго ряда соотвѣтственныхъ наблюденій; въ позднѣйшихъ своихъ трудахъ¹⁾ онъ прибавилъ еще нѣсколько подходящихъ случаевъ.

Вообще же число наблюденій разрывовъ свода при поперечномъ положеніи постоянно возрастаетъ.

Щеткинъ, работа котораго появилась еще до публикации Freund'a, нашелъ 10 поперечныхъ положеній при 66 случаяхъ Colporrhexis'a т. е. 15%.

Еще болѣе поразительны результаты собранныхъ мною наблюденій. Оказалось, что изъ 75 случаевъ разрывовъ влагалищнаго свода 30, т. е. 40%, произошли при поперечныхъ положеніяхъ. Въ числѣ этихъ 30 случаевъ было 7 насильственныхъ разрывовъ. Данныя эти приобрѣтаютъ еще большее значеніе, если сопоставить съ ними другія, а именно число разрывовъ матки при поперечныхъ положеніяхъ. По Koblanck'y²⁾ изъ 60 случаевъ разрывовъ матки только 7=8,75% произошли самопроизвольно при поперечныхъ положеніяхъ. Къ тому же положенія эти не были поперечныя въ строгомъ смыслѣ, а косыя, такъ какъ „дѣти ни разу не лежали точно поперекъ“.

1) Freund. Neue Befunde bei Zerreiſſung der Gebärmutter und des Scheidengewölbes. Отд. Отт. изъ Festschrift der Ges. für Gyn.

2) Koblanck, Beitrag zur Lehre von der Uterusruptur стр. 20.

Какъ поучительную иллюстрацію къ ученію Freund'a, я хотѣлъ бы упомянуть еще слѣдующую исторію болѣзни: „Maugrier и Schwab¹⁾ Дистокія вслѣдствіе оттянутаго наружнаго маточнаго зѣва и плечеваго положенія.“ 31 лѣтняя крестьянка. Первые роды нормальны. Пузырь лопнулъ спустя 40 часовъ послѣ начала потугъ. Правостороннее плечевое положеніе. Еще до поступленія въ клинику трикратная попытка сдѣлать поворотъ не увѣнчалась успѣхомъ. Матка судорожно сокращена. Ни сильнаго растяженія нижняго сегмента, ни контракціоннаго кольца нѣтъ. Спустя 2½ дня послѣ начала родовъ подъ наркозомъ — былъ сдѣланъ внутренній поворотъ и извлеченіе ребенка. Выздоровленіе. Докладчикъ утверждаетъ, что въ противоположность обыкновенно встрѣчающимся при такой дистокіи признакамъ, здѣсь не было контракціоннаго кольца, матка не имѣла формы песочныхъ часовъ, не было растяженія нижняго сегмента, ни угрожающихъ клиническихъ явленій, и поэтому то поворотъ въ данномъ случаѣ не былъ противопоказанъ. Опасность разрыва матки здѣсь совершенно не угрожала, такъ какъ вся матка отодвинулась поверхъ плода.

Этотъ интересный случай можно объяснить исключительно теоріей Freund'a; вѣдь согласно съ обычными воззрѣніями, немислимо, чтобы при поперечномъ положеніи роды продолжались 60 часовъ и не произошло разрыва матки. Совершенно вѣрно замѣчаніе докладчика, что здѣсь не угрожала опасность разрыва матки; въ данномъ случаѣ угрожалъ только разрывъ влагалищнаго свода.

Существуетъ еще одно явленіе, которое тоже считаютъ этиологическимъ моментомъ при происхожденіи разрыва

1) Maugrier и Schwab. Прот. засѣд. Акушерскаго Общ. въ Парижѣ. 11. I. 1898 г. Рефер. въ Monatsschr. für Geb. u. Gyn. Томъ VII, кн. 4, стр. 435.

сводовъ. Это — отвислый животъ. Уже старые авторы, какъ напр. *Ossiander*, придавали ему такое значеніе. Что отвислый животъ дѣйствительно способствуетъ разрывамъ, легко понять, если представить себѣ, какое сильное напряженіе, особенно въ заднемъ сводѣ, можетъ причинить такой перегибъ матки напередъ.

Въ случаяхъ, собранныхъ мною, отвислый животъ отмѣченъ 12 разъ, обыкновенно съ опредѣленіями „значительный“, „сильный“, „въ высшей степени“ и пр. Вѣроятно, авторы обращали вниманіе на отвислый животъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ достигалъ большихъ размѣровъ. Въ случаѣ *Heydrich'a* (№ 48) животъ простирался до верхней трети бедеръ.

Значеніе отвислаго живота при происхожденіи разрывовъ свода не подлежитъ сомнѣнію. Спрашивается только, представляетъ-ли онъ собой дѣйствительно новую, самостоятельную причину. На этотъ вопросъ надо отвѣтить отрицательно.

Какъ извѣстно, при отвислымъ животѣ мы имѣемъ дѣло съ ослабленіемъ брюшныхъ стѣнокъ, доходящемъ иногда до полного расхожденія прямыхъ мышцъ живота, какъ слѣдствіемъ родовъ; съ количествомъ родовъ животъ дѣлается все болѣе и болѣе отвислымъ.

Кромѣ того развитію отвислаго живота много способствуетъ еще и узкій тазъ, и поэтому въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ совпадаютъ оба эти момента, онъ иногда достигаетъ колоссальныхъ размѣровъ. При узкомъ тазѣ отвислый животъ развивается иногда уже во время 1-ой беременности. Тогда замѣчаютъ большую подвижность матки, которая, какъ объяснилъ *Michaelis*, происходитъ оттого¹⁾, „что узкій тазъ не помѣщаетъ въ себѣ нижней части матки и подлежащей части плода и не можетъ удержать ихъ.“ Всѣ эти части отталкиваются въ брюшную полость, и

1) *Michaelis*. Das enge Becken. Изд. 2-ое, стр. 145.

поэтому брюшные покровы сначала перетерпѣваютъ чисто механическое растяженіе, а потомъ расширяются органически вслѣдствіе возникновенія рубцовъ въ кожѣ и удлиненія сухожилій и мышцъ.“

Michaelis составилъ интересныя таблицы, иллюстрирующія вліяніе многорожаемости и узкаго таза на происхожденіе отвислаго живота.

Такъ напр., по таблицѣ 39-ой¹⁾, на 100 женщинъ различнаго вида тазовъ имѣли ясно выраженный отвислый животъ:

при широкомъ тазѣ.	5,
при узкомъ тазѣ.	20,
при рахитически-сѣуженномъ тазѣ	33.

Выраженными же отвислыми животами Michaelis считаетъ только тѣ, при которыхъ дно матки стоитъ не выше маточнаго зѣва.

Изъ таблицы 40-ой слѣдуетъ, что на 100 многорожавшихъ беременныхъ съ широкимъ тазомъ встрѣчаются 15 съ отвислыми животами; на 100 съ узкимъ тазомъ — 50.

Какъ мы видимъ, вредное вліяніе отвислаго живота на теченіе родовъ можно разложить на дѣйствіе 2 слагаемыхъ: многорожаемости и узкаго таза. Такъ какъ значеніе обоихъ этихъ факторовъ для разрывовъ свода принято уже было нами въ соображеніе, то нѣтъ надобности разсматривать отвислый животъ, какъ особенный причинный моментъ при возникновеніи разрывовъ свода.

Я не могу закончить эту главу, не коснувшись спора о заслугахъ Bantl'я и Michaelis'a.

Я не хочу вдаваться въ пространную полемику, но на основаніи изученія трудовъ обоихъ авторовъ и всего вопроса, я долженъ сказать:

1) Что по отношенію къ Michaelis'у поступаютъ несправедливо, если не хотятъ признать, что у него кратко, но ясно («Das enge Becken» стр. 176—180 II издание) изложено все ученіе о разрывахъ матки и влагалища.

2) Что по отношенію къ Michaelis'у поступили несправедливо и Bendl своимъ утвержденіемъ, будто Michaelis не можетъ отличить влагалища отъ шейки, и другіе авторы, которые этотъ упрекъ повторяли и повторяютъ *in verba magistri*.

Дѣло дошло до того, что, напр., Veit¹⁾, цитируя мнѣніе Michaelis'a, при словѣ „влагалище“, прибавляетъ въ скобкахъ, „т. е. нижній сегментъ матки“!

Противъ такого толкованія, рѣшительно говорятъ прекрасныя и подробныя работы Michaelis'a. Мнѣ кажется, что этотъ вполне незаслуженный упрекъ произошелъ оттого, что число разрывовъ влагалища, на которое указываетъ Michaelis, вслѣдствіе рѣдкости этого явленія, считали слишкомъ высокимъ. Michaelis говоритъ напримѣръ, что онъ наблюдалъ разрывы 8 разъ и почти всегда такіе, при которыхъ было повреждено или въ значительной степени или исключительно только влагалище. Поэтому-то полагали, что рѣчь идетъ не о разрывахъ влагалища, а о чаще встрѣчающихся разрывахъ шейки. Но исходя изъ этого положенія, можно бы приписать ту же ошибку нѣкоторымъ авторамъ новѣйшаго времени, такъ, напримѣръ, Д-ру Everke, который описалъ 6 разрывовъ свода, и еще болѣе Д-ру Andronescu,²⁾ который изъ бухарестской клиники описалъ 21 случай чистыхъ разрывовъ свода, (не считая сложныхъ), и пришелъ къ тому заключенію, что такіе разрывы встрѣчаются значительно чаще, чѣмъ разрывы матки.

3) Что и съ Bendl'емъ поступили несправедливо, связывая съ его именемъ ходячее, ему не принадлежащее

1) Müller'a Handbuch der Geburtshilfe. Томъ II, стр. 177.

2) Andronescu Consideratiuni asupra ruptelor utero-vaginale Bucuresti 1894.

ученіе. Въ противоположность тому, что о немъ утверждаетъ проф. S ä n g e r ¹⁾, будто „B a n d l не въ такой категорической формѣ считаетъ необходимымъ нижнюю фиксацію“, — B a n d l ясно и рѣшительно подчеркиваетъ ущемленіе маточнаго зѣва, какъ главное условіе разрыва шейки. B a n d l не только многократно говоритъ о томъ, что шейка остается ущемленной, не только считаетъ при неущемленномъ маточномъ зѣвѣ разрывъ мало вѣроятнымъ, („когда ost. ext. изглажено, то возникновеніе разрыва матки трудно допустить“), но онъ еще тщательно отмѣчаетъ на рисункахъ своихъ препаратовъ ущемленное мѣсто одними и тѣми же буквами: X. X.

Въ обычномъ изложеніи изъ всего ученія B a n d l'я осталось только растяженіе, предшествующее разрыву.

Поэтому я думаю, вмѣсто того, чтобъ B a n d l'ю приписывать ученіе, котораго онъ самъ, вѣроятно, не призналъ бы, было бы, пожалуй, правильнѣе излагать 2 отдѣльныя теоріи о разрывахъ: одну B a n d l'я, признающую ущемленіе маточнаго зѣва и нижнюю фиксацію, и другую S c h r o e d e r' a - V e i t' a, считающую достаточнымъ естественное укрѣпленіе матки.

4. Что S ä n g e r поступилъ несправедливо по отношенію къ F r e u n d' y ²⁾, утверждая о немъ слѣдующее:

„F r e u n d такъ цитировалъ M i c h a e l i s' a, что читатель, которому источникъ не знакомъ, долженъ получить впечатлѣніе, будто M i c h a e l i s въ этомъ трудѣ много распространялся о разрывѣ матки въ связаномъ изложеніи, въ то время какъ онъ, хотя и упоминаетъ объ этомъ въ различныхъ мѣстахъ своего труда, но разбросанно, и F r e u n d эти разбросанныя сужденія соединилъ въ одно цѣлое“.

1) S ä n g e r. Verhandlung. der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. VI. Kongress. Стр. 74.

2) S ä n g e r Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. VI Kongress. Стр. 22.

Этотъ упрекъ отъ начала до конца совершенно неоснователенъ. Такъ какъ источники эти хорошо мнѣ знакомы, то я могу увѣрить, что стр. 445—447 „Zeitschrift für Gynaekologie,“ гдѣ Freund цитируетъ взгляды Michaelis'a, вполне соотвѣтствуютъ страницамъ 177—178 труда Michaelis'a „Das enge Becken“ II изд. Я сравнивалъ цитату съ оригиналомъ фразу за фразой, почти слово за словомъ, и нашелъ, что, кромѣ совершенно постороннихъ замѣчаній, какъ, напр., „послѣ сдѣланнаго кровопусканія“ или указанія вѣса плода, абсолютно ничего не пропущено! Изложеніе это не составлено изъ различныхъ сужденій Michaelis'a, какъ утверждаетъ Säng er, а представляетъ собой законченную главу у Michaelis'a и, какъ таковая, оно совершенно вѣрно и точно передано Freund'омъ.

Я совершенно не понимаю, какъ могъ Säng er, не взирая на сдѣланное Freund'омъ вторичное возраженіе, еще разъ утверждать, что это изложеніе взглядовъ Michaelis'a, которое мы находимъ у Freund'a, собрано изъ различныхъ исторій болѣзней.

СИМПТОМЫ.

При сложных разрывах сводовъ, клиническая картина отличается признаками, которые болѣе или менѣе связаны съ участіемъ матки въ разрывѣ; чѣмъ участіе матки въ разрывѣ больше, тѣмъ сильнѣе выступаютъ на первый планъ тѣ грозные признаки, которые сопровождаютъ пораненіе этого послѣдняго органа.

Простая же, неосложненная *Kolporrhhexis* не даетъ никогда очень тяжелыхъ признаковъ и легко можетъ остаться незамѣченною.

Разсмотримъ теперь отдѣльно симптомы угрожающаго и совершившагося разрыва сводовъ.

Угрожающій разрывъ свода труднѣе опредѣлить, чѣмъ угрожающій разрывъ матки.

Субъективные симптомы: проявленіе боли, чувство тоски и пр., не представляютъ ничего характеристическаго.

Натуживаніе, которое, по *Michaelis*'у, устанавливается рефлекторно только тогда, когда влагалищный сводъ уже растянуть, можно-бы, пожалуй, при раннемъ наступленіи, счесть за признакъ растяженія свода, если-бы не то обстоятельство, что женщины иногда произвольно очень рано начинаютъ натуживаться въ надеждѣ освободиться этимъ скорѣе отъ мучительныхъ болей.

Изъ объективныхъ симптомовъ отсутствуетъ столь цѣнный признакъ угрожающаго разрыва матки, состоящій въ томъ, что контракціонное кольцо поднимается вверхъ и становится болѣе очевиднымъ. При угрожающихъ разрывахъ свода не бываетъ замѣтнаго раздѣленія всей мышечной массы на толстую, активную, и тонкую, пассивную, часть.

Напряженіе круглыхъ связокъ встрѣчается при угрожающемъ разрывѣ свода такое же самое или, пожалуй, въ еще высшей степени, какъ при чрезмѣрномъ растяженіи шейки. Freund полагаетъ, что нефиксированная въ своей нижней части матка тѣмъ легче можетъ подняться вверхъ до крайнихъ предѣловъ.

Существуетъ одинъ только вѣрный симптомъ, указывающій на угрожающую опасность разрыва влагалищнаго свода, это — описанное уже Michaelis'омъ, сильное напряженіе влагалищныхъ стѣнокъ.

Къ сожалѣнію, признакъ этотъ узнать можно только при внутреннемъ изслѣдованіи. При угрожающемъ разрывѣ находятъ, по Freund'y, влагалищный сводъ необыкновенно поднятымъ, вверхъ напряженнымъ и истонченнымъ, однимъ словомъ, находятъ его въ такомъ своеобразномъ видѣ, въ какомъ онъ при другихъ состояніяхъ никогда не бываетъ.⁽¹⁾

Симптомы наступившаго разрыва влагалищнаго свода выражены въ большинствѣ случаевъ очень слабо.

Часто разрывы влагалищнаго свода не вызываютъ сначала никакихъ симптомовъ, а узнаютъ ихъ совершенно случайно.

Обыкновенно бываетъ такъ, что безъ особенно бурныхъ явленій потуги прекращаются и роды не подвигаются. Приглащенный, вслѣдствіе этого, врачъ находитъ матку опорожненною и плодъ въ брюшной полости.

Въ иныхъ случаяхъ при низко стоящей головкѣ накладываютъ щипцы и легко извлекаютъ ребенка. Неза-

1) Н. W. Freund. Zeitsch. für Geb. und Gyn. томъ XXIII, кн. 2, стр. 479.

мѣтны ни коллапсъ ни кровотеченіе; состояніе роженицы вообще не представляетъ ничего особеннаго. Такъ какъ послѣдъ не рождается и послѣ примѣненія способа *Credé*, то вводятъ руку въ половые органы и тогда только оказывается, что сводъ разорванъ, а плацента находится въ брюшной полости.

Для каждой изъ этихъ типическихъ картинъ можно найти среди собранныхъ мною наблюденій большое количество примѣровъ.

Упомяну только случаи Меркулова, *Doogman's* Юцевича, *Bidder's*, автора и другихъ, въ которыхъ выходъ плода въ брюшную полость послѣдовало совершенно незамѣтно.

Прекращеніе потугъ при разрывахъ свода доставляетъ иногда роженицамъ очень пріятное ощущеніе. Пациентка напр. *Sawicki's*аго заявила, что теперь (послѣ наступленія разрыва) она чувствуетъ себя совершенно хорошо.

Больной *Bidder's*а стало такъ хорошо, „какъ послѣ родовъ.“

Что о существованіи разрыва узнають только при исканіи послѣда, читаемъ очень часто въ исторіяхъ болѣзней. Такимъ образомъ опредѣлили разрывъ въ случаяхъ Львова (1 случай), *Schick's*а, *Munde's*а, *van-der-Hoeven's*а, *Heydrich's*а и другихъ, всего въ 15-и изъ собранныхъ мною случаевъ.

Ощущеніе сильной боли, такъ характерное для разрывовъ матки, почти отсутствуетъ при разрывахъ свода. Только нѣкоторые авторы: *Рахмановъ*, *Müller* и др. (всего въ 7 случаяхъ) сообщаютъ о сильной боли въ моментъ наступленія разрыва. Разрывъ свода и выходъ плода въ брюшную полость проходятъ обыкновенно, какъ уже упомянуто, совершенно незамѣтно. Причину этого явленія *Doogman* видитъ въ медленномъ выходѣ плода изъ матки. При разрывахъ свода, въ противоположность разрывамъ шейки, выходъ плода въ брюшную полость почти никогда не происходитъ внезапно, а

матка оттягивается постепенно поверхъ плода до тѣхъ поръ, пока плодъ цѣликомъ не войдетъ въ брюшную полость.

Потуги въ 7 случаяхъ отмѣчены, какъ сильныя; большей частью онѣ были умѣренныя. Послѣ наступленія разрыва онѣ прекращались постепенно. Въ случаѣ Jurinka потуги продолжались еще въ теченіе $\frac{1}{2}$ часа послѣ Kolporrhaxis'a. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ онѣ продолжались тоже еще нѣкоторое время послѣ наступленія разрыва.

Кровотеченіе при Kolporrhaxis'ѣ бываетъ, по Hugenberger'у, незначительное.

Щеткинъ при 80 наблюденіяхъ нашелъ 16 сильныхъ, большею частью, смертельныхъ кровотеченій. Изъ собранныхъ мною случаевъ въ 22-хъ было отмѣчено умѣренное кровотеченіе, въ 6 случаяхъ было замѣчено: „кровотеченіе отсутствуетъ“ и только въ 13 наблюденіяхъ оно было сильное. Смертельныхъ кровотеченій было 10, что составляетъ 12,5%. Процентъ этотъ можно считать малымъ въ сравненіи съ соотвѣстственными рубриками при разрывахъ матки: изъ 80 случаевъ Koblanck'a 24 женщины = 30% умерли отъ кровотеченія.

При простыхъ разрывахъ свода опасность кровотеченія очень незначительная; сильное кровотеченіе происходитъ только вслѣдствіе распространенія разрыва на шейку или на параметріумъ. Особенно опасно послѣднее осложненіе, потому что тогда разрываются большіе сосуды (Art. uterina и вѣтви Art. spermaticae), проходящіе къ тому еще по вялой ткани. Въ такихъ случаяхъ кровотеченіе въ короткій промежутокъ времени можетъ повлечь за собою смерть. Такъ случилось напр. въ наблюденіи Siebourg'a, въ которомъ больная умерла въ продолженіе 20 минутъ. Вслѣдствіе того, что потеря крови сравнительно незначительна, колапсъ при разрывахъ свода встрѣчается рѣже, чѣмъ при разрывахъ матки. Въ моемъ матеріалѣ упоминается о немъ 16 разъ.

Выпаденіе внутренностей при Kolporrhaxis'ѣ соответственно положенію разрыва и вялости его краевъ, явленіе сравнительно частое. Выпаденіе кишечныхъ петель и сальника отмѣчены у меня 14 разъ. Въ одномъ случаѣ (Grünwald'a) найдено передъ срамною щелью яичникъ и тубу.

Діагнозъ.

При наличности симптомовъ, указывающихъ въ общемъ на существованіе разрыва родовыхъ путей, для дифференціального діагноза между разрывами матки и разрывами свода могутъ быть примѣнены упомянутые выше признаки: медленное прекращеніе потугъ, незначительное кровотеченіе, выпаденіе кишечныхъ петель, отсутствіе сильныхъ болей и коллапса и пр. Діагнозъ дѣлается еще вѣрнѣе, если признаки эти являются совмѣстно. Полную же увѣренность въ діагнозъ даетъ только внутреннее изслѣдованіе, произведенное, по возможности, всей рукою. Такимъ только образомъ можно установить точно мѣсто разрыва, опредѣлить состояніе стѣнокъ матки и рѣшить, имѣемъ-ли дѣло съ проникающимъ или съ непроникающимъ разрывомъ.

Прогнозъ.

Въ то время, какъ прогнозъ разрывовъ матки съ теченіемъ времени почти не измѣнился: смертность теперь, какъ и прежде = приблизительно 60% (по Braun von Fernwald'у 63%¹⁾, а по Koblanck'у даже 73%²⁾), можно отмѣтить относительно разрывовъ свода значительное улучшеніе прогноза. Изъ 40 случаевъ Kolporrhaxis'a собранныхъ Hugenberger'омъ умерло 29 = 72,5%,

1) Braun v. Fernwald. Ueber Uterusruptur. Вѣна 1894, стр. 80.

2) Koblanck. Beitrag zur Lehre von der Uterusruptur. 1895. Стр. 88.

изъ 16 случаевъ Гарина³⁾ окончилось смертию $10 = 62,5\%$, изъ 80 случаевъ, собранныхъ Щеткинымъ, смерть наступила въ 54 $= 67,5\%$ и наконецъ изъ 80 случаевъ, собранныхъ мною, окончилось смертию $28 = 35\%$. Въ сравненіи съ статистикою Щеткина отношеніе между цифрами выздоровленія и смертности у меня стало обратнымъ: число смертныхъ случаевъ теперь такъ мало, какъ прежде было число выздоровленій. Процентъ смертности окажется еще меньшимъ, если мы исключимъ тѣ случаи, въ которыхъ разрывы распространились и на матку. Тогда мы получимъ для чистыхъ разрывовъ свода $10:40 = 25\%$ смертности. Если сопоставить этотъ результатъ съ данными старыхъ авторовъ, напр., Franquè, считавшихъ разрывъ свода опаснѣе разрыва матки, то не можетъ быть сомнѣнія, что прогнозъ теперь значительно улучшился.

Впрочемъ надо полагать, что въ ближайшемъ будущемъ смертность при разрывахъ свода понизится еще больше.

Какъ извѣстно, смерть при этомъ заболѣваніи происходитъ или вслѣдствіе кровотеченія, или же вслѣдствіе септического зараженія. Сильное кровотеченіе, какъ уже упомянуто, при разрывахъ свода явленіе не столь частое. Кромѣ того замѣтны уже успѣхи въ teknikѣ остановки сильныхъ кровотеченій: шовъ со стороны влагалища, Dührssen'овская тампонада, методъ Bardenheuer'a и проч.

Главная же заслуга улучшенія результатовъ при Kolporrhexis'ѣ принадлежитъ антисептикѣ.

Веденіе родовъ акушерками, конечно, и теперь еще далеко не идеально. Число женщинъ, умирающихъ ежегодно, какъ жертвы недостаточнаго акушерскаго знанія, насчитываютъ еще тысячами; но въ сравненіи съ прошлымъ, безъ сомнѣнія, вводятъ теперь изслѣдующею рукою въ половые органы роженицы несравненно меньше заразныхъ

1) Гаринъ. Врѣчъ, 1890. № 42.

элементовъ. Этимъ то обстоятельствомъ прогнозъ при разрывахъ свода обязанъ своимъ улучшеніемъ и на нихъ основывается надежда на еще меньшую смертность въ будущемъ. Въ этомъ насъ убѣждаютъ также и нѣкоторыя гинекологическія операціи, нпр. кольпотоміи, передняя и задняя, сходныя до извѣстной степени съ Kolporrhaxis, но отличающіяся тѣмъ, что могутъ быть сдѣланы при строжайшемъ соблюденіи требованій антисептики.

Прогнозъ непроникающихъ разрывовъ свода — хорошій. Изъ собранныхъ мною случаевъ въ 7-и брюшина осталась неповрежденною и всѣ выздоровѣли. Изъ 24 женщинъ съ непроникающимъ разрывомъ матки умерло, по даннымъ Kobianck'a, 12 (по таблицѣ 35-ой у него же выходитъ даже 13), т. е. смертность = 50%.

Прогнозъ для ребенка при разрывахъ свода рѣшительно неблагоприятный. Отдѣленіе плаценты вызываетъ раннюю смерть плода. Въ собранномъ мною матеріалѣ послѣдъ 30 разъ былъ найденъ внѣ матки. Только въ 3 случаяхъ плацента, не взирая на выходженіе ребенка въ брюшную полость, осталась въ маткѣ. Въ большинствѣ случаевъ ребенокъ погибаетъ; спасти его удастся только тогда, когда родоразрѣшеніе происходитъ одновременно съ разрывомъ или, по крайней мѣрѣ, слѣдуетъ непосредственно за нимъ. Въ моихъ случаяхъ 5 разъ (№№ 14, 27, 47, 56 и 64) отмѣчены живыя дѣти.

Слѣдуетъ еще упомянуть прогнозъ для матери при послѣдующихъ родахъ.

На основаніи теоретическихъ соображеній можно предполагать, что слѣдующіе роды будутъ для матери очень опасны, ибо къ существовавшимъ уже прежде этиологическимъ факторамъ прибавляется еще новый: рубцы отъ излечившагося разрыва свода.

Однако, въ дѣйствительности, мы пока ничего не можемъ сообщить о плохихъ исходахъ послѣдующихъ родовъ.

Щеткинъ¹⁾ сообщаетъ въ своемъ трудѣ о 4 беременностяхъ послѣ разрывовъ свода. Всѣ протекли хорошо. Въ моихъ случаяхъ трижды (2 разу у Everke, 1 разъ у Frank'a) упоминаются послѣдующіе роды. Въ всѣхъ этихъ случаяхъ исходъ былъ хорошій (2 раза самопроизвольные роды, 1 разъ щипцы).

Конечно, число извѣстныхъ до сихъ поръ наблюдений слишкомъ мало для того, чтобы на основаніи ихъ можно было уже вывести вѣрное заключеніе по этому вопросу.

Леченіе.

При леченіи разрывовъ свода приходится обыкновенно имѣть въ виду 2 отдѣльные момента: родоразрѣшеніе женщины и самъ разрывъ. Только въ сравнительно рѣдкихъ случаяхъ совпадаютъ оба эти момента, а именно при лапаротоміи, когда одновременно удаляется, выступившій изъ матки въ брюшную полость, плодъ и въ то же время производится леченіе самого разрыва.

Въ собранныхъ мною случаяхъ 8 разъ ребенокъ былъ удаленъ посредствомъ чревосѣченія (№№ 25, 30, 52, 53, 63, 67, 68 и 70); одинъ разъ (№ 77) удалена была матка, еще содержавшая въ себѣ плодъ, и въ одномъ случаѣ (№ 43) при лапаротоміи удаленъ былъ изъ брюшной полости только послѣдъ.

Но такъ какъ разрывы свода замѣчаются, какъ мы видѣли, нерѣдко только послѣ рожденія ребенка (среди собранныхъ мною наблюдений опредѣлили разрывъ только послѣ родовъ въ 23 случаяхъ), то приходится чаще всего обратить вниманіе только на 2-ой моментъ,

Если же разрывъ замѣчаютъ до окончанія родовъ, то необходимо немедленно закончить роды. Жизнь ребенка, не принимается, обыкновенно, при этомъ во вниманіе: жи-

1) Щеткинъ. I. с. стр. 40.

выя дѣти, какъ мы видѣли, считаются при разрывахъ свода большою рѣдкостью. Всѣ же старанія должны быть обращены на то, чтобы, по возможности, щадить поврежденные органы матери. Поэтому-то заслуживаютъ предпочтенія тѣ акушерскія операціи, которыя всего менѣе способствуютъ увеличенію разрыва: краніотомія, декапитация и пр. Послѣ поворота слѣдуетъ, при малѣйшемъ затрудненіи во время извлеченія головки, сдѣлать перфوراцію послѣдующей головки. При черепномъ положеніи и живомъ ребенкѣ, если предполагается легкое выведеніе головки, можно, въ видѣ исключенія, наложить щипцы, тѣмъ болѣе, что при разрывахъ свода головка обыкновенно находится уже на днѣ таза и маточный зѣвъ совершенно раскрытъ.

Въ случаяхъ собранныхъ мною роды закончены: 30 разъ по воротомъ и извлеченіемъ, 17 разъ щипцами и 8 разъ извлеченіемъ за тазовый конецъ; краніотомія же была сдѣлана 10 разъ, эвентерация 2 раза и декапитация только 1 разъ. Такъ малое число раздробляющихъ операцій и частоту поворотовъ и щипцовъ можно объяснить только тѣмъ, что въ моментъ родоразрѣшенія разрывъ или еще не наступилъ или, по крайней мѣрѣ, не былъ еще опредѣленъ.

Спрашивается теперь, какъ поступить при полномъ выступленіи плода въ брюшную полость? Я позволяю себѣ утверждать, что при разрывахъ свода и въ этомъ случаѣ надо извлечь плодъ черезъ влагалище. Какъ извѣстно, вопросъ этотъ при разрывахъ матки рѣшаютъ различнымъ образомъ. Въ то время, какъ одни дѣлаютъ охотнѣе чрезовѣщеніе и избѣгаютъ обратнаго проведенія плода черезъ разрывъ, дабы не увеличить его еще больше, другіе, (напр. Veit), и въ этихъ случаяхъ настойчиво совѣтуютъ извлеченіе плода черезъ влагалище.

Однако боязнѣ увеличить разрывъ, извлекая ребенка влагалищнымъ путемъ, при разрывахъ свода обоснована недостаточно. Вѣдь анатомическія условія разрывовъ матки и влагалища ничуть не одинаковы. Въ первомъ слу-

чаѣ находимъ ткань упругую, разрывъ уменьшенный вслѣдствіе сокращенія матки, и поэтому при выведеніи плода влагалищнымъ путемъ можно натолкнуться на затрудненія. Иначе обстоитъ дѣло при разрывахъ свода: ткань его вялая, рана зияетъ, такъ что можно вывести плодъ, не боясь увеличить разрывъ.

Сторонники родоразрѣшенія *per laparotomiam* утверждаютъ, что разыскивая плодъ *per vaginam*, мы вводимъ въ брюшную полость заразные элементы изъ полового тракта. Но вѣрность этого положенія очень сомнительна. Опытъ послѣднихъ лѣтъ показалъ, что по отношенію къ беззаразному теченію влагалищныя келіотоміи даютъ такой же хорошій прогнозъ, какъ и брюшныя. Кромѣ того мы на основаніи бактериологическихъ изслѣдованій Döderlein'a, Krönig'a, Menge'a и др. вправѣ полагать, что влагалище роженицы свободно отъ инфекціонныхъ элементовъ, допуская, что они не внесены туда при родахъ во время изслѣдованія.

Слѣдовательно положеніе дѣла таково, что спокойно можно избрать влагалищный путь для выведенія плода, потому что: или женщина до начала операціи не заражена, тогда можно надѣяться, введеніе хорошо продезинфицированной руки повредить ей не можетъ, или же заразные элементы ей уже привиты, то и чревосѣченіе едва ли принесетъ пользу пациенткѣ.

Изъ общаго правила: „разрѣшать *per vaginam*“ можно, по моему, сдѣлать исключеніе въ пользу лапаротоміи лишь въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ найдены: абсолютное суженіе таза, опухоли или стенозъ влагалища.

Для леченія самого разрыва предложены были и испробованы разнообразнѣйшіе методы, начиная съ леченія чисто выжидательнаго вплоть до тотальной экстирпаціи матки.

И такъ Щеткинъ¹⁾ совѣтовалъ произвести чревосѣченіе въ каждомъ случаѣ проникающаго разрыва свода,

1) Щеткинъ. О проникающихъ разрывахъ проч. стр. 37.

даже и тогда, когда разрывъ замѣченъ только послѣ родо-разрѣшенія. Онъ полагалъ, что такимъ образомъ можно всего вѣрнѣе опредѣлить степень поврежденія и всего лучше остановить кровотечение. Для неполныхъ разрывовъ Щеткинъ въ послѣдствіи предложилъ экстраперитонеальный методъ леченія.

Напротивъ того, Freund въ первомъ своемъ трудѣ утверждалъ, что¹⁾ при разрывахъ влагалищнаго свода лапаротомія и шовъ естественно противопоказаны; въ одной изъ позднѣйшихъ своихъ работъ²⁾ Freund немного измѣнилъ свое мнѣніе, считая зашиваніе разрыва полезнымъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ можно предполагать асептическое операционное поле.

Everke³⁾ особенно горячо рекомендовалъ зашиваніе разрыва со стороны влагалища.

Dührssen⁴⁾ обратилъ вниманіе на значеніе тампонады йодоформенною марлею, оказавшей ему въ одномъ случаѣ разрыва свода хорошія услуги.

Въ собранномъ мною матеріалѣ лапаротомія съ полнымъ удаленіемъ матки сдѣлана была 20 разъ (7 больныхъ умерли), лапаротомія со швомъ на разрывѣ 6 разъ (1 смерть), тампонада и дренажъ 19 разъ (8 умерли), зашито со стороны влагалища 9 разъ (1 смерть); въ 2 случаяхъ матка была удалена per vaginam (1 смерть), 2 раза сдѣланъ былъ экстраперитонеальный разрѣзъ (о смертности) и наконецъ въ 7 случаяхъ леченіе было чисто выжидательное (1 смерть).

Такъ какъ главный вопросъ терапіи разрывовъ свода заключается въ томъ, слѣдуетъ-ли лечить ихъ помощью операціи или консервативно, то мы, желая вывести пра-

1) Freund. Die Mechanik und Therapie etc. Zeitsch. für Geb. T. XXIII, стр. 538.

2) Freund. Neue Befunde bei Zerreissung der Gebärmutter. Отд. отг., стр. 16.

3) Everke. Monatsschrift für Geb. und Gyn. T. VII. стр. 237.

4) Dührssen. Berliner Klin. Wochensch. 1888 № 1, стр. 8.

вильное заключеніе, должны раздѣлить всѣ собранные мною случаи на 2 группы, смотря по тому примѣнялась-ли при нихъ какая нибудь операція, или нѣтъ.

Умерли.	Умерли.
1) 20 случаевъ лапарато- міи съ тотальной эк- стирпаціею матки . . . 7	1) 19 случаевъ тампонады и дренажа 8
2) 6 случаевъ лапаратоміи со швомъ на разрывъ . . . 1	2) 9 случ. шва со сторо- ны влагалища 2
3) 2 случая тотальной эк- стирпаціи per vaginam . . . 1	3) 7 случ. симптоматичес- каго леченія 1
4) 2 случая экстрапери- тонеального разрыва . . . 0	
На 30 случаевъ оператив- наго леченія 9	На 35 случаевъ консерва- тивного леченія 11
Смертность = 30%.	Смертность = 31%.

Если рѣшить эту задачу чисто арифметически, то на основаніи этихъ чиселъ должно быть безразличнымъ, дѣлать-ли операцію или нѣтъ, такъ какъ ни одна изъ этихъ группъ не имѣетъ особенныхъ преимуществъ. Но при критическомъ обсужденіи этого вопроса, мы должны отдать преимущество консервативному леченію: ясно вѣдь, что при одинаковыхъ результатахъ, тотъ методъ считается лучшимъ, который подвергаетъ больную меньшей опасности.

Еще больше преимуществъ будетъ по сторонѣ консервативнаго леченія, если принять во вниманіе не только количество, но и качество случаевъ.

А priori можно-бы полагать, что сохранные методы, напр. тампонада, примѣняются только въ болѣ легкихъ случаяхъ и потому то эти способы даютъ хорошіе результаты. Это, пожалуй, вѣрно для извѣстнаго количества случаевъ. Но часто констатируютъ обратное: потому положена тампонада, что случай былъ совершенно безнадежный, и истощеніе было такъ велико, что другого

лечения невозможно было примѣнить. Такъ было напр. въ случаѣ Siebourg'a и въ одномъ изъ наблюдений Everke'a.

Совершенно иначе обстоитъ дѣло при обзорѣ оперативныхъ случаевъ. Здѣсь часто можно сказать, что больныя выздоровѣли, несмотря на примѣненное лечение.

Особенно относительно лапаротоміи надо, къ сожалѣнію, замѣтить, что въ большинствѣ случаевъ не было достаточныхъ показаній для этой тяжелой операціи.

Вѣдь чего собственно хотятъ достигнуть лапаротоміею при разрывахъ свода?

Если имѣется въ виду шовъ на разрывъ, то, по большей части, можно его наложить со стороны влагалища. Если же этимъ путемъ зашить трудно, то въ такихъ случаяхъ меньшія затрудненія произойдутъ и при швахъ со стороны брюшной полости.

Если же лапаротомія имѣетъ цѣлью очистить брюшную полость, то она излишняя, потому что самъ разрывъ, особенно, если онъ находится въ заднемъ сводѣ, представляетъ собою совершенно достаточный путь для стока секретовъ.

Развивающійся перитонитъ едва ли удастся остановить лапаротоміею.

Напротивъ того, въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ вспомнить слова Fritsch'a¹⁾, что „противникомъ септического зараженія брюшины является сама жизнеспособная брюшина; если же ея жизнеспособность понижена вслѣдствіе дотрогиванія, холода и примѣненія химическихъ средствъ, то она не въ состояніи резорбировать и ограничивать, и опасность септического зараженія тогда еще увеличивается.“

1) Fritsch. Verhandlungen der deutschen Gesell. für Geb. und Gynäk. VI. Kongress. Стр. 16.

При разрывахъ свода я нахожу одно только показаніе для лапаротоміи. Это — кровотеченіе. Если сильно кровоточить, когда изъ сосудовъ параметріума брызжетъ кровь, а со стороны влагалища обколотъ ихъ не удастся, тогда мы въ правѣ сдѣлать чревосѣченіе. Но на практикѣ и изъ-за этого показанія прійдется рѣдко прибѣгать къ чревосѣченію. Обильныя кровотеченія при разрывахъ свода бывають, какъ намъ извѣстно, не часто; а если случаются, то онѣ, обыкновенно, такъ сильны, что едва-ли хватитъ времени сдѣлать необходимыя для лапаротоміи приготовленія.

Несравненно менѣе еще, чѣмъ чревосѣченіе показаны при разрывахъ свода тотальная экстирпація и суправагинальная ампутація матки.

Рѣшительно трудно понять, какой смыслъ имѣеть удалить неповрежденный органъ потому только, что вблизи его произошелъ разрывъ? Между тѣмъ въ литературѣ я нашелъ много такихъ случаевъ, въ которыхъ матка была удалена, несмотря на то, что разрывъ ограничивался только влагалищемъ.

Я думаю, что въ этой печальной ошибкѣ больше всего виновато смѣшеніе разрывовъ матки съ разрывами сводовъ.

Что учили о первомъ, примѣняется безъ всякой критики при второмъ.

Всего удивительнѣе то, что при такихъ операціяхъ само пораненіе часто выпускають совершенно изъ виду. Въ то время, какъ въ нѣкоторыхъ исторіяхъ болѣзни указано по крайней мѣрѣ, что разрывъ въ параметріумѣ зашить, (хотя это можно-бы сдѣлать и безъ удаленія матки), то въ другихъ о леченіи разорваннаго мѣста вовсе не упоминается. Такимъ образомъ можно полагать, что удалили совершенно неповрежденную матку, а на самъ разрывъ, который при ампутаціи остался подъ жгутомъ, не обратили вовсе вниманія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ трудно объяснить, чѣмъ руководствовались авторы, рѣшивъ сдѣлать тотальную экстирпацію матки. Такъ, напр., остается для меня непонятнымъ показаніе въ случаѣ Порошина, гдѣ, вслѣдствіе разрыва передняго свода, на слѣдующій день послѣ родоразрѣшенія при совершенно нормальномъ теченіи послѣродоваго періода удалена была совсѣмъ неповрежденная матка. Точно также кажутся мнѣ мало обоснованными операціи удаленія матки въ случаяхъ Bidder'a, Юцевича, Бржезинскаго и др.

Нѣкоторые авторы (напр. Gromadzki), мотивируютъ тотальную экстирпацію тѣмъ, что вслѣдствіе значительной величины разрыва могло-бы пострадать питаніе матки. Между тѣмъ на практикѣ мы видимъ, что и такіе случаи, какъ напр. Львова, въ которыхъ разрушено было $\frac{3}{4}$ окружности влагалищнаго свода, даютъ хорошіе результаты при консервативномъ леченіи.

Само собою разумѣется, что сказанное относится только къ простымъ разрывамъ свода. Если же разрывъ распространяется и на матку, то должны быть примѣнимы тѣ показанія, которыми пользуются при леченіи разрывовъ матки. Въ такихъ случаяхъ при очень обширныхъ разрывахъ матки съ растерзанными и раздавленными краями можетъ быть показана тотальная экстирпація. Но и тогда еще, если съ одной стороны принять въ соображеніе, какія послѣдствія могутъ имѣть для больной перевозка въ клинику, сама операція, наркозъ, потеря крови и поврежденіе брюшины, а съ другой стороны, если обратить вниманіе на тѣ прекрасные результаты, какихъ можно добиться консервативнымъ леченіемъ даже въ самыхъ отчаянныхъ случаяхъ¹⁾, то не такъ легко найдутся показанія для полного удаленія матки.

1) Fehling. Ueber Uterusruptur Samml. Klin. Vorträge, N F., № 54

На основаніи всего сказаннаго можно свести главныя задачи терапіи при леченіи разрывовъ сводовъ къ двумъ пунктамъ: 1) къ остановкѣ кровотеченія и 2) къ защитѣ брюшной полости отъ внѣшнихъ вліяній.

Значеніе перваго пункта ясно само себѣ и совпадаетъ съ тѣмъ, на что при леченіи разрывовъ матки обратили вниманіе Fritsch и Leopold. „Центръ тяжести всего леченія“ сказалъ Fritsch¹⁾ недавно въ докладѣ своемъ о разрывахъ матки „заключается въ остановкѣ кровотеченія“.

Второй пунктъ имѣетъ особенное значеніе при разрывахъ свода. Какъ мы видѣли, выпаденіе кишечныхъ петель при Kolporrhaxis, вслѣдствіе топографическихъ особенностей разрыва, явленіе очень частое; поэтому на вправленіе кишечника, защиту брюшной полости отъ внѣшнихъ вліяній и на предохраненіе ея отъ зараженія нужно обратить особенное вниманіе.

Исходя изъ этой точки зрѣнія, я расположилъ всѣ, примѣняемые при разрывахъ свода, терапевтическіе способы въ слѣдующемъ порядкѣ:

1. Шовъ со стороны влагалища. Хотя шовъ этотъ предложилъ еще Hohl²⁾, и отъ времени до времени примѣняли его различные авторы, но систематически пользоваться этимъ методомъ при разрывахъ свода сталъ только недавно Dr. Everke. Онъ самъ прибѣгалъ къ нему 5 разъ, позже шовъ этотъ былъ примѣненъ Hogn'омъ и мною по 1 разу. Способъ этотъ, по моему мнѣнію, можетъ служить типичнымъ методомъ леченія разрывовъ свода. Онъ удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ терапіи и, примѣняя его, можно достигнуть: остановки кровотеченія, удерживанія кишечника, защиты брюшной

1) Fritsch. Sitzungsberichte der 72 Naturforscherversammlung in Aachen. Ref. in Monatsschr. für Geb. und Gyn. T. XII, стр. 532.

2) A. F. Hohl. Lehrbuch der Geburtshilfe. 1862, стр. 635.

полости отъ внѣшнихъ вліяній и возстановленія прежнихъ анатомическихъ условій.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда подозрѣваемъ инфекцію, лучше зашить не всю рану, а оставить отверстіе для дренажа. Такимъ образомъ шовъ примѣняется иногда совмѣстно съ ниже слѣдующимъ методомъ.

II. Дренажъ. Онъ примѣняется: 1) при непроникающихъ разрывахъ свода и 2) при проникающихъ въ тѣхъ случаяхъ, когда зашиваніе раны наталкивается на затрудненія или, когда вслѣдствіе подозрѣнія инфекции, оно не цѣлесообразно. Подъ словомъ дренажъ разумѣютъ неплотное выполненіе раны полосками іодоформенной марли. (Дренажъ изъ резиновыхъ или стеклянныхъ трубокъ, какъ въ случаѣ Carl'a, теперь едва ли примѣняется). Такой дренажъ предохраняетъ рану отъ скопленія крови и выделеній и, вмѣстѣ съ тѣмъ, защищаетъ брюшную полость отъ наружныхъ вліяній. При сильномъ кровотеченіи дренажъ недостаточенъ и, если кровоточащихъ сосудовъ нельзя перевязать со стороны влагалища, то необходимо или тампонировать или же сдѣлать лапаротомію.

III. Тампонада состоитъ въ плотномъ выполненіи разрыва, а иногда и всей нижней половины полости таза іодоформенною или стерилизованною гигроскопическою марлею. Dührssen'y, который этотъ методъ предложилъ, удалось такимъ образомъ остановить сильное кровотеченіе изъ разорваннаго свода.

Но этотъ методъ имѣетъ большой недостатокъ, а именно при примѣненіи его угрожаетъ опасность дальнѣйшаго поврежденія ткани и обращенія непроникающаго разрыва въ проникающій.

IV. Лапаротомія. Какъ уже было упомянуто, она показана при кровотеченіи изъ сосудовъ, къ которымъ доступъ со стороны влагалища весьма затруднителенъ.

V. Тотальная экстирпація per laparotomiam можетъ быть примѣнена въ исключительныхъ случаяхъ при обшир-

ныхъ разрывахъ влагалищнаго свода и матки, но и въ такихъ случаяхъ удаленію матки помощью чревосѣченія слѣдуетъ предпочесть

VI. Тотальную экстирпацию per vaginam. Neugebauer, который, впервые этимъ путемъ удалилъ матку послѣ разрыва задняго влагалищнаго свода, утверждаетъ¹⁾, что, благодаря разрыву влагалищнаго свода, тотальная экстирпация per vaginam значительно облегчается. Въ вышеупомянутомъ случаѣ операція была закончена въ нѣсколько минутъ безъ наркоза.

Само собою очевидно, что при влагалищномъ удаленіи матки пациентку меньше тревожатъ, брюшину больше щадятъ, операція скорѣе производится, и потеря крови меньше, чѣмъ при экстирпации per laparotomiam. Кромѣ того, я хочу еще вспомнить о нѣкоторыхъ преимуществахъ влагалищной операціи, которыя вычисляетъ Fritsch²⁾: рана въ параметріумѣ при оттягиваніи внизъ становится болѣе доступною, чѣмъ при подниманіи вверхъ; матку легко можно вытянуть въ длину и наложить перевязки передъ половую щелью; мочеточники при этомъ методѣ легче обезпечить и проч.

VII. Экстраперитонеальное леченіе было предложено при неполныхъ разрывахъ въ двухъ видоизмѣненіяхъ. Первое принадлежит Краjewski'ему, другое Щеткину.

а) Краjewski³⁾ того мнѣнія, что, при сильномъ кровотеченіи изъ параметріумовъ или при трудномъ удаленіи черезъ влагалище мертваго гнилаго плода, можно создать себѣ легкій доступъ къ кровоточащимъ сосудамъ, а въ случаѣ надобности и къ маткѣ, безъ поврежденія брю-

1) Neugebauer. Verhandlungen der deutsch. Ges. für Geb. und Gynäk. VI Kongress. Стр. 356.

2) Fritsch. Centralblatt für Gynäk. 1898. Стр. 4.

3) Краjewski. Odczyty kliniczne Serya 4-я № 12, стр. 12.

шины тѣмъ способомъ, который впервые предложилъ Valdenheuer. Способъ этотъ состоитъ въ томъ, что дѣлаютъ разрѣзъ параллельно Ligamentum Poupartii, на 2 пальца выше связки, отъ spina ilei ant superior къ средней линіи тѣла, потомъ перерѣзываютъ всѣ слои брюшной стѣнки вплоть до брюшины; достигнувъ брюшины, отдѣляютъ тупымъ инструментомъ переходную ея складку и, добравшись такимъ образомъ до параметріума, отыскиваютъ въ немъ кровотокащія сосуды.

б) Щеткинъ¹⁾ проводитъ лумбальный разрѣзъ между crista ilei и XII ребромъ, какъ при операциі на почкахъ. Мягкія части отдѣляются послойно до тѣхъ поръ, пока ретроперитонеальная полость не соединится съ полостью разрыва. Такимъ образомъ обезпеченъ стокъ жидкостей, которыя могли бы собраться въ ретроперитонеальномъ пространствѣ при послѣдующихъ кровотеченияхъ. По мнѣнію Щеткина, дренажъ черезъ Дугласово пространство при положеніи пациентки на спинѣ — недостаточенъ.

VIII. Симптоматическое леченіе, какъ самостоятельный методъ, примѣняется только въ рѣдкихъ случаяхъ; какъ вспомогательный же способъ оно необходимо при всѣхъ другихъ методахъ леченія. Покой, ледъ, опій, возбуждающія средства, подкожныя впрыскиванія эфира и камфоры, инъекціи фізіологическаго раствора поваренной соли слѣдуетъ примѣнять *largâ manu* одновременно съ хирургическимъ леченіемъ.

1) Stschotkin. Centr. für Gynäk. 1898 № 51. Отд. От. стр. 3.

Заключеніе.

Главные пункты моей работы можно выразить въ слѣдующихъ положеніяхъ:

- 1) Высокимъ разрывамъ влагалища до Bandl'я посвящали гораздо больше вниманія, чѣмъ послѣ него. Благодаря развитію теоріи Bandl'я, ученіе о разрывахъ свода отошло на задній планъ.
 - 2) Разрывовъ свода значительно больше, чѣмъ обыкновенно полагають. Многія, относящіяся сюда наблюденія, опубликованы подъ именемъ разрывовъ матки.
 - 3) Травма, какъ причина разрывовъ свода, занимаетъ, безъ сомнѣнія, видное мѣсто.
 - 4) Въ происхожденіи самопроизвольныхъ разрывовъ свода играетъ важную роль предрасположеніе тканей. Однако, до сихъ поръ установлены только тѣ измѣненія тканей, которыя соотвѣтствуютъ многократной беременности.
 - 5) Механическія условія разрывовъ свода удовлетворительно объясняются только теоріею Freund'a.
 - 6) Симптомы разрывовъ свода значительно менѣе рѣзки, нежели признаки разрыва матки.
 - 7) Прогнозъ при разрывахъ свода сравнительно благоприятный и во всякомъ случаѣ гораздо лучше, чѣмъ при разрывѣ матки.
 - 8) При разрывахъ свода ребенокъ долженъ быть выведенъ черезъ влагалище.
 - 9) При леченіи разрыва преимущество передъ всѣми другими методами должно быть отдано шву со стороны влагалища.
 - 10) Въ учебникахъ акушерства разрывамъ свода должна быть посвящена отдѣльная подробная глава. Незнакомство практикующаго врача съ этимъ осложненіемъ родовъ неоднократно уже повлекло за собою печальныя послѣдствія.
-

Положенія.

- 1) При нынѣшнихъ обстоятельствахъ, (слабой подготовкѣ повивальныхъ бабокъ и недостаткѣ въ специалистахъ), такъ называемая акушерская помощь приносить больше вреда, чѣмъ пользы.
 - 2) Способъ анестезіи по Bier'у и Tuffier'у оказываетъ плохое вліяніе на теченіе родовъ.
 - 3) Изъ методовъ хирургическаго леченія перегиба матки назадъ (*retreflexio uteri*) будущность предстоитъ только двумъ: вентрофиксаци и операціи Bode-Wertheim'a.
 - 4) Нити изъ оленьихъ сухожилій, особенно, если удастся готовить ихъ скорѣе и надежнѣе, могутъ имѣть важное значеніе въ хирургіи брюшной полости.
 - 5) Анестезія по Schleich'у имѣетъ серьезные недостатки.
 - 6) Обязательные повторительные курсы для повивальныхъ бабокъ рѣшительно необходимы.
 - 7) Леченіе внематочной беременности въ значительномъ большинствѣ случаевъ должно быть оперативное.
 - 8) Въ Rauber'овскомъ раздѣленіи клітчатокъ на генетическія и соматическія заключается уже суть теории Weissman'a.
 - 9) Современная фізіологія вполнѣ оправдываетъ взглядъ Канта на условія человѣческаго познанія.
-