

**D-r Hermann Fehling,**

ординарный профессор и директор акушерско-гинекологической клиники Базельскаго университета.

---

# ФИЗИОЛОГІЯ И ПАТОЛОГІЯ

**РОДИЛЬНАГО ПЕРІОДА.**

**РУКОВОДСТВО ДЛЯ СТУДЕНТОВЪ И ВРАЧЕЙ.**

Съ 50 рисунками въ текстѣ.

ПЕРЕВЕДЪ СЪ НѢМЕЦКАГО  
д-ръ С. З. Серебrenниковъ.

(Dr. Hermann Fehling, Die Physiologie und Pathologie des Wochenbetts. Stuttgart 1890).

---

**С.-ПЕТЕРБУРГЪ.**

---

Изданіе журнала «Практическая медицина».

---

1890.

## Предисловіе автора.

---

Прошло болѣе 40 лѣтъ съ тѣхъ поръ, какъ *Ignaz Semmelweis* объяснилъ намъ этиологію родильной горячки, и однако въ теченіе указанного времени тысячи женщинъ пали жертвою этой ужасной болѣзни, а еще большее число женщинъ страдаетъ хроническими заболѣваніями, явившимися результатомъ перенесенной болѣзни.

Конечно, роли въ настоящее время перемѣнились: клиники и родильные дома, справедливо считавшіяся въ прежнее время рассадниками этой болѣзни, сдѣлались теперь такими мѣстами, въ которыхъ роженица имѣетъ наибольшіе шансы на благополучное и скорое выздоровленіе. Результатомъ этого явилось то, что современное поколѣніе студентовъ и молодыхъ врачей во время учебнаго курса довольно рѣдко имѣетъ случай ближе ознакомиться съ отдѣльными формами заболѣваній въ послѣродовомъ періодѣ.

Но въ частной практикѣ родильная горячка не исчезла, хотя и встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ прежде. Слишкомъ въ 90<sup>0</sup>/о всѣхъ случаевъ роды ведутся повивальными бабками самостоятельно, и, несмотря на всѣ наставленія, въ частной практикѣ встрѣчается гораздо больше заболѣваній, чѣмъ въ родильныхъ домахъ. Такимъ образомъ для практическаго врача открывается широкое поприще къ примѣненію своихъ свѣдѣній въ этой области: онъ не разъ будетъ имѣть случай спасти жизнь цвѣтущей женщины, хотя, съ другой стороны, ему придется видѣть гибель нѣкоторыхъ больныхъ, не смотря на всѣ его усилія.

Начинающему свою дѣятельность въ нашей специальности необходимо не только знать разнообразныя формы родильной горячки: ему столь же необходимо точное знакомство съ многочисленными другими заболѣваніями, которымъ подвержена женщина послѣ родовъ и которыя врачу, понимающему свое дѣло, часто доставляютъ случай вмѣшаться активно, ко благу человѣчества.

Уже въ теченіе многихъ лѣтъ я охотно занимался патологіей родильнаго періода. Богатый матеріалъ въ изоляціонномъ отдѣленіи Базельской клиники, куда принимаются, въ интересахъ преподаванія, больныя родильницы, разрѣшившіяся отъ бремени внѣ клиники, побудилъ меня сдѣлать попытку написать руководство къ физиологіи и патологіи родильнаго періода.

Попытка эта должна быть названа смѣлою, такъ какъ именно въ

вопросъ объ этиологіи отдѣльныхъ процессовъ мы еще только начинаемъ приобрѣтать бактериолого-химическія свѣдѣнія. Надежды на то, что окажется возможнымъ расчленивъ съ бактериологической точки зрѣнія различныя формы болѣзни, до сихъ поръ еще не осуществились; для этого необходимы дальнѣйшія изслѣдованія, которыя, при томъ рвеніи, съ какимъ ведется работа въ указанной области, обѣщаютъ дать въ скоромъ времени обильную жатву.—Тѣмъ не менѣе позволяю себѣ надѣяться, что эта попытка встрѣтитъ сочувственный приемъ въ средѣ моихъ товарищей.

Базель, 30 сентября 1889 г.

H. Fehling.

## Предварительныя замѣчанія.

§ 1. Родильнымъ или послѣродовымъ періодомъ (*puerperium*) называютъ то время, въ теченіе котораго совершаются процессы обратнаго развитія, начинающіеся вслѣдъ за изгнаніемъ плода и его придатковъ изъ родового канала. Хотя названіе это слишкомъ узко, т. е. обозначаетъ лишь малую часть цѣлаго, однако оно до такой степени вошло во всеобщее употребленіе, не только въ нѣмецкомъ, но и въ другихъ языкахъ (*suites de couches, childbed*), что мы несомнѣнно поступимъ всего лучше, если сохранимъ его для обозначенія того времени, въ теченіе котораго совершаются эти столь важныя процессы въ женскомъ организмѣ.

Насколько точно въ большинствѣ случаевъ удастся опредѣлить начало беременности и особенно окончаніе ея, настолько же трудно установить начало и конецъ родильнаго періода. Начало этого періода бываетъ трудно установить, конечно, не въ такихъ случаяхъ, когда изгнаніе плаценты наступаетъ быстро и нормальнымъ образомъ вслѣдъ за изгнаніемъ плода, но именно въ такихъ, когда изгнаніе плаценты заставляетъ себя ждать по цѣлымъ днямъ послѣ изгнанія плода, т. е. когда врачъ бываетъ вынужденъ искусственно удалить плаценту. Мы считаемъ цѣлесообразнымъ въ этихъ послѣднихъ случаяхъ признавать за начало родильнаго періода тотъ моментъ, когда по изгнаніи большей части содержимаго беременной матки прекращается дѣятельность органа, необходимая для дальнѣйшаго изгнанія остальнаго содержимаго.

Еще труднѣе опредѣлить моментъ окончанія родильнаго періода. Ясно, что опредѣляющаго значенія здѣсь не можетъ имѣть время, проведенное родильницей въ постели: у нѣкоторыхъ дикихъ народовъ родильница вовсе и не лежитъ въ постели, да и въ нашихъ цивилизованныхъ странахъ бываютъ такія женщины, которыя, съ цѣлью скрыть то состояніе, въ какомъ онѣ находятся, не ложатся въ постель вовсе, или такія, которыя, неразумно вставъ съ постели уже черезъ 2 — 3 дня послѣ родовъ, тотчасъ приступаютъ вновь къ своимъ обычнымъ занятіямъ.

Поэтому опредѣляющее значеніе имѣетъ здѣсь не время, проведенное въ постели, а завершившееся обратное развитіе половыхъ органовъ, которое, согласно нашимъ современнымъ воззрѣніямъ, приводитъ къ прежнему состоянію среднимъ числомъ въ 4 — 8 недѣль (отсюда и происходитъ употребительное въ нѣкоторыхъ нашихъ мѣстностяхъ названіе «*Sechswöchnerin*»). Окончаніе родильнаго періода въ большинствѣ слу-

чаевъ указывается по истеченіи этого срока впервые наступившими регулами, тогда какъ у другихъ родильницъ, особенно — кормящихъ грудью, послѣродовсе состояніе продолжается еще дольше.

Съ подобными же трудностями сопряжено разграниченіе фізіологическаго и патологическаго родильнаго періода. Какъ введеніе термометріи оказалось недостаточнымъ для строгаго разграниченія этихъ двухъ состояній, точно такъ же это не можетъ быть достигнуто и новѣйшимъ пріобрѣтеніемъ діагностики, именно бактериологіей, ибо мы знаемъ, что и въ безлихорадочныхъ, гладко протекающихъ случаяхъ влагалище и маточная шейка все-таки могутъ содержать множество микроорганизмовъ, даже болѣзнетворныхъ. Поэтому въ послѣдующемъ изложеніи намъ нельзя будетъ обойтись безъ нѣкоторой произвольности въ разграниченіи фізіологическаго и патологическаго родильнаго періода.

Разсматривая фізіологическія, а во многихъ случаяхъ также и патологическія условія родильнаго состоянія, невольно приходится говорить и о самомъ продуктѣ беременности, давшемъ толчокъ къ громаднымъ прогрессивнымъ и регрессивнымъ измѣненіямъ половыхъ органовъ. Поэтому мнѣ кажется безусловно необходимымъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ говорить и о грудномъ младенцѣ, по его отношенію къ матери.

---

# Отдѣлъ первый.

## Физиологія родильнаго періода.

### Глава I.

Процессы обратнаго развитія половыхъ органовъ въ родильномъ періодѣ и образованіе молока.

§ 2. Основнымъ импульсомъ для мѣстныхъ и общихъ измѣненій женскаго организма, наступающихъ въ родильномъ періодѣ, служитъ начинающееся вслѣдъ за изгнаніемъ яйца обратное развитіе матки; слѣдовательно, мы и должны прежде всего заняться разсмотрѣніемъ этого процесса.

Къ обратному развитію матки присоединяются дальнѣйшія измѣненія внутреннихъ и наружныхъ половыхъ частей. Вслѣдствіе выключенія обширнаго кровянаго русла въ области малаго таза, создаются измѣненные условія кровообращенія во всемъ остальномъ тѣлѣ, которыя могутъ обнаруживаться весьма различнымъ образомъ: дѣятельность сердца и легкихъ видоизмѣняется, затѣмъ, опять-таки вслѣдствіе измѣнившихся условій кровообращенія въ органахъ таза, наступаетъ усиленное кровонаполненіе грудей, постепенно подготовленныхъ къ этому уже во время беременности, и по мѣрѣ обратнаго развитія половыхъ органовъ усиливается дѣятельность молочныхъ железъ, которая въ теченіе послѣдующихъ 9-ти мѣсяцевъ играетъ господствующую роль.

Разсмотримъ прежде всего тѣ процессы, которые для врача наиболѣе существенны:

Процессы обратнаго развитія матки въ родильномъ періодѣ.

§ 3. Съ послѣдней потугой, заканчивающей собою періодъ изгнанія, обнаруживается одно изъ самыхъ удивительныхъ физиологическихъ измѣненій, доступное для нашего зрѣнія и осязанія. Дно матки, непосредственно передъ тѣмъ находившееся еще на разстояніи 1—3 поперечныхъ пальцевъ подъ краемъ грудной кльтки, опускается по изгнаніи плода и послѣднихъ остатковъ околоплодной жидкости до уровня пупка. Если, въ случаяхъ благоприятныхъ, предоставить дальнѣйшій ходъ вещей естественному теченію, то плацента, которая уже при послѣдней потугѣ въ періодѣ изгнанія или при первой потугѣ въ послѣдовомъ періодѣ была совершенно отдѣлена отъ мѣста своего прикрѣпленія, постепенно опускается изъ тѣла матки въ ея нижній сегментъ, проталкивается возобновившимися сокращеніями въ маточную шейку, выступая въ большинствѣ случаевъ краемъ впередъ, и, наконецъ, чрезъ влагалищный сводъ и

самое влагалище, она выходит наружу, вытягивая за собою яйцевыя оболочки.

Дно матки, во время этого опусканія плаценты, поднимается вверхъ, иногда до края грудной клѣтки, и при этомъ смѣщается въ сторону, большею частью вправо, рѣже влево; если мы позаботились о томъ, чтобы передъ выходомъ плаценты былъ опорожненъ мочевой пузырь, — что весьма цѣлесообразно, — то по выходѣ ея дно матки въ большинствѣ случаевъ опускается примѣрно до уровня пупка.

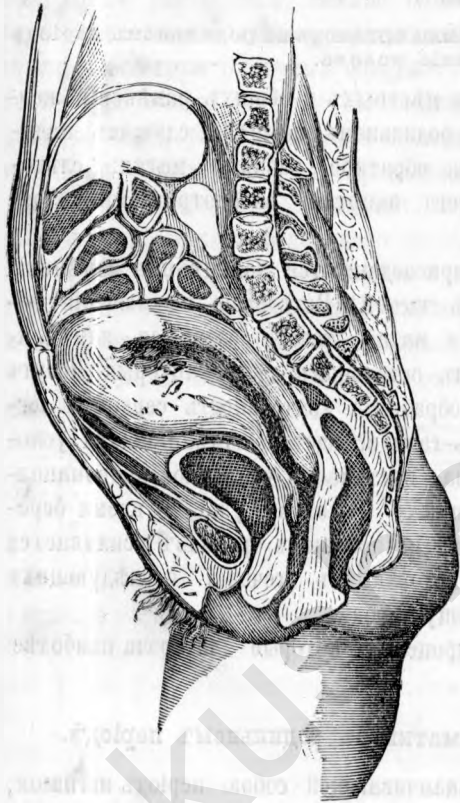


Рис. 1. Послѣродовая матка. Сагиттальный разрѣзъ матки точчасъ послѣ родовъ (замороженный препарат). Мѣсто прикрѣпленія плаценты находится на передней стѣнкѣ.

Стѣнки органа, содержимое котораго еще незадолго передъ тѣмъ занимало объемъ 4—5 литровъ, сближаются между собою такимъ образомъ, что передняя соприкасается съ заднею, или, по крайней мѣрѣ, между ними остается лишь узкая щель, выполненная въ первое время слоемъ жидкой крови, которая затѣмъ вскорѣ свертывается.

Стѣнки матки, толщина которыхъ въ концѣ беременности равняется 5—8 миллиграммъ, рѣдко 1 сантиметру, утолщены спереди и сзади до 4—5 сантиметровъ, а въ области дна матки до  $3\frac{1}{2}$ —4 см.; наибольшую толщину, какъ это видно на приложенномъ рисункѣ, имѣетъ область прикрѣпленія плаценты.

Уменьшеніе матки въ послѣднемъ періодѣ родовъ и въ первое время родильнаго періода производится отчасти дѣйствіемъ потугъ, а отчасти дѣйствіемъ ея упругости, именно благодаря тому, что по пре-

кращеніи чрезмѣрнаго растяженія, дѣйствовавшаго на внутреннюю поверхность органа, возстановляется способность его мышечныхъ элементовъ къ тоническому укороченію; способность эта у различныхъ субъектовъ повидимому существуетъ въ неодинаковой степени. Когда такимъ образомъ взаимное надвиганіе ромбоидальныхъ мышечныхъ пластинокъ, расположенныхъ на подобіе черепицы, вызвало характеристичное для послѣродовой матки измѣненіе ея формы, именно — исчезновеніе маточной полости, то къ этому

еще присоединяется, вслѣдствіе прерваннаго кровообращенія, химическій процессъ въ ея мышечныхъ волокнахъ.

Одновременно съ изгнаніемъ плаценты или вскорѣ послѣ него наступаетъ въ большинствѣ случаевъ тромбозъ плацентарныхъ пазухъ и большихъ плацентарныхъ венъ; артерии закрыты вслѣдствіе сокращенія ихъ собственныхъ стѣнокъ (но отчасти еще вслѣдствіе сжатія сокращающейся стѣнкою матки), такъ что кровотеченіе останавливается и безъ дальнѣйшихъ маточныхъ сокращеній; этой остановкѣ кровотеченія способствуетъ также до известной степени существующее въ нормальныхъ случаяхъ непосредственное соприкосновеніе передней и задней стѣнокъ матки. Сокращеніе органа существуетъ не непрерывно, а напротивъ того, при ощупываніи въ этомъ періодѣ акушеръ убѣждается, что утомленный органъ пребываетъ въ покоѣ, что сокращенія наступаютъ относительно рѣдко и что тѣмъ не менѣ никакой потери крови не происходитъ. Но если, при условіяхъ патологическихъ, не наступило тромбоза, то въ неправильные промежутки времени является кровотеченіе, и тогда необходимо вызвать рукою сокращеніе матки, взаимнѣ отсутствующихъ тромбовъ.

§ 4. Обыкновенно принимаютъ, что матка тотчасъ послѣ родовъ, при опорожненномъ мочевомъ пузырьѣ, стоитъ на уровнѣ пупка. Вообще это, пожалуй, справедливо; однако, слѣдуетъ имѣть въ виду, что отношеніе между разстояніемъ лоннаго сочлененія отъ пупка и разстояніемъ пупка отъ мечевиднаго отростка грудины есть величина далеко не постоянная, а именно, что пупокъ нерѣдко стоитъ поразительно высоко, особливо у женщинъ высокаго роста; далѣе, объемъ матки тотчасъ послѣ родовъ также есть величина непостоянная: хотя вообще и принимается, что матка въ это время приблизительно имѣетъ величину двухъ кулаковъ и вѣситъ отъ  $\frac{3}{4}$  до 1 килограмма, однако здѣсь бываютъ весьма значительныя колебанія, совершенно такъ же, какъ и въ размѣрахъ другихъ органовъ тѣла.

Въ прежнее время различные авторы полагали, что матка въ первые 12 часовъ послѣ родовъ отходитъ кверху вслѣдствіе увеличенія ея объема. Но увеличеніе это только кажущееся, а въ дѣйствительности дно матки поднимается кверху потому, что послѣ родовъ, когда съ опорожненіемъ брюшной полости уменьшилось давленіе на почечныя вены, отдѣленіе мочи быстро увеличивается, и наполненный мочевой пузырь оттѣсняетъ матку кверху, причѣмъ она въ нормальныхъ случаяхъ представляется плотною на ощупь. Вмѣстѣ съ тѣмъ очень быстро восстанавливается тонусъ промежности и влагалища, такъ что матка довольно энергично оттѣсняется вверхъ, тогда какъ во время изгнанія или искусственнаго выжиманія плаценты обѣ губы маточнаго зѣва очень часто становятся видны въ половой расщелинѣ.

Дѣйствительное увеличеніе матки есть явленіе патологическое и происходитъ вслѣдствіе скопленія крови въ ея полости; скопленіе же это



обусловливается атонією матки или задержкою ненормальныхъ составныхъ частей. Слѣдовательно, увеличеніе объема послѣродовой матки должно разсматриваться въ патологій родильнаго періода.

Матка тотчасъ послѣ родовъ лежитъ вообще не совсѣмъ по срединной линіи, а смѣщена болѣе въ правую или въ лѣвую сторону и отгѣсна вверхъ, причеиъ противоположный край ея, соотвѣтственно прикрѣпленію Фаллопиевой трубы, обращенъ впереди. При вполне опорожненномъ мочевомъ пузырьѣ антефлектированная матка, какъ доказано *Börner*'омъ, лежитъ въ большинствѣ случаевъ какъ-разъ соотвѣтственно срединной линіи; но по изслѣдованіямъ *Kehrer*'а и *Pfannkuch*'а, при этомъ условіи чаще всего наблюдается наклоненіе матки въ правую сторону (*dextroversio*) съ перегибомъ ея лѣваго края по направленію впереди. Тѣмъ не менѣе, по словамъ *Kehrer*'а, матка въ большинствѣ

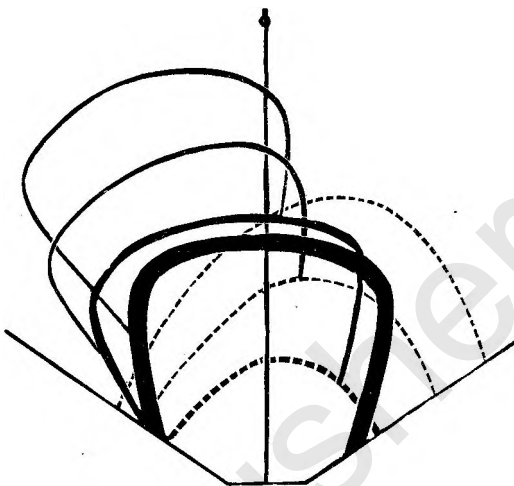


Рис. 2 (по *Pfannkuch*'у). Схема перемѣщенія матки при наполненіи мочеваго пузыря.

————— матка.  
 ..... мочеваго пузыря.

случаевъ бываетъ отгѣсна влево (*sinistropositio*), — наблюдение, котораго я подтвердить не могу. Причинами этого наклоненія матки въ правую сторону могутъ быть признаны нѣкоторыя условія, существующія уже во время утробной жизни, а именно то, что лѣвый Мюллеровъ протокъ уже у утробнаго плода помѣщается впереди праваго, затѣмъ — положеніе прямой кишки въ маломъ тазу на лѣвой сторонѣ и, наконецъ, лѣвосторонній спиральный изгибъ тѣла утробнаго плода (послѣднее обстоятельство особенно выставлено на видъ *E. Fischer*'омъ). У дѣ-

вицъ и женщинъ нерожавшихъ матка лежитъ, правда, до такой степени соотвѣтственно срединной линіи, что эти незначительныя отклоненія мало бросаются въ глаза; но во время беременности и родильнаго періода, когда матка сильно увеличена, она покоится главнымъ образомъ на передней брюшной стѣнкѣ; связки ея слишкомъ слабы для того, чтобы могли еще существенно вліять на ея положеніе, и тогда положеніе матки, помимо вышеозначенныхъ моментовъ, оказывается еще въ зависимости отъ положенія тѣла. Такъ, напр., при кесарскомъ сѣченіи, когда вскрытая брюшная стѣнка перестаетъ уже служить опорой для матки, послѣдняя сильно перегибается впереди въ области внутренняго зѣва. Если же въ родильномъ періодѣ матка отгѣсняется кверху наполненнымъ

мочевымъ пузыремъ, то въ области срединной линіи она не находитъ для себя мѣста, такъ какъ сзади выступаетъ позвоночникъ; между тѣмъ, въ лѣвой половинѣ таза пространство ограничено прямою кишкою; слѣдовательно, въ большинствѣ случаевъ матка должна будетъ отклониться вправо. Что нѣкоторую роль здѣсь играетъ состояніе широкихъ и круглыхъ маточныхъ связокъ, если онѣ предварительно подверглись сморщиванію, — это само собою понятно. Наконецъ, боковое смѣщеніе матки послѣ родовъ навѣрно зависитъ уже и отъ смѣщенія ея во время беременности, гдѣ преобладаніе перваго затылочнаго положенія несомнѣнно подаетъ поводъ къ наклоненію матки вправо, такъ какъ дно ея оттѣсняется въ эту именно сторону; по изслѣдованіямъ *Schäublin'a*, первое затылочное положеніе встрѣчается съ каждою послѣдующею беременностью все чаще и чаще, а вмѣстѣ съ тѣмъ и наклоненіе матки вправо дѣлается болѣе стойкимъ.

Смѣщеніе матки мочевымъ пузыремъ имѣетъ въ практикѣ большое значеніе: мнѣ приходилось иногда видѣть, что начинающіе врачи или акушерки принимали за матку растянутой почти до пупка мочевой пузырь, между тѣмъ какъ въ дѣйствительности дно матки стояло у края грудной клѣтки; рѣшающее значеніе здѣсь должна имѣть упрugo-мягкая консистенція наполненнаго мочеваго пузыря, въ противоположность плотной консистенціи матки. *Pfannkuch* показалъ, что наполненіе мочеваго пузыря въ размѣрѣ 100 куб. сантиметровъ приподнимаетъ матку среднимъ числомъ на 1 сантиметръ (см. рис. 2); то же самое можетъ быть констатировано при постепенномъ опорожненіи мочеваго пузыря.

Матка тотчасъ послѣ родовъ, при опорожненномъ мочевомъ пузырьѣ, стоитъ такимъ образомъ, что дно ея находится среднимъ числомъ на разстояніи 11,1 см. надъ верхнимъ краемъ лоннаго сочлененія, слѣдовательно, нѣсколько дальше чѣмъ на ширину ладони; у многородящихъ, у которыхъ матка обыкновенно сильнѣе развита, она стоитъ нѣсколько выше, чѣмъ у первородящихъ, но съ колебаніями отъ 7 до 16 см. Ширина матки, между внутренними отверстіями обѣихъ Фаллопиевыхъ трубъ, равняется въ среднемъ выводѣ 10-ти сантиметрамъ; у многородящихъ она опять-таки оказывается большею, съ колебаніями отъ 7,5 до 13,5 см. Определить сагиттальный размѣръ матки тотчасъ послѣ родовъ удается относительно рѣдко, не смотря на дряблость брюшныхъ покрововъ; цифры, приводимыя авторами для этого размѣра (7 — 9,5 см.), — если принять въ соображеніе толщину передней и задней стѣнки, — показываютъ, что матка вскорѣ послѣ родовъ почти не имѣетъ полости.

§ 5. Уменьшеніе матки начинается, несомнѣнно въ значительномъ большинствѣ случаевъ, уже въ первые 12 часовъ послѣ родовъ и продолжается затѣмъ довольно равномерно; рѣзкія колебанія въ быстротѣ ея уменьшенія всегда бывають обусловлены разстройствомъ въ процессѣ обратнаго развитія.

Прежде определяли уменьшение матки съ большою точностью: говорили именно, что на 5-й день родильнаго періода дно матки стоитъ по-срединѣ между пупкомъ и лоннымъ сочлененіемъ, а на 9-й день оно исчезаетъ позади лоннаго сочлененія въ маломъ тазу. Но первое изъ этихъ указаній слишкомъ неточно по причинѣ различнаго уровня самага пупка, а второе рѣшительно невѣрно.

Уменьшеніе матки въ длину и ширину, по тщательнымъ изслѣдованіямъ *Börner*'а, оказывается наиболѣе значительнымъ, при нормаль-

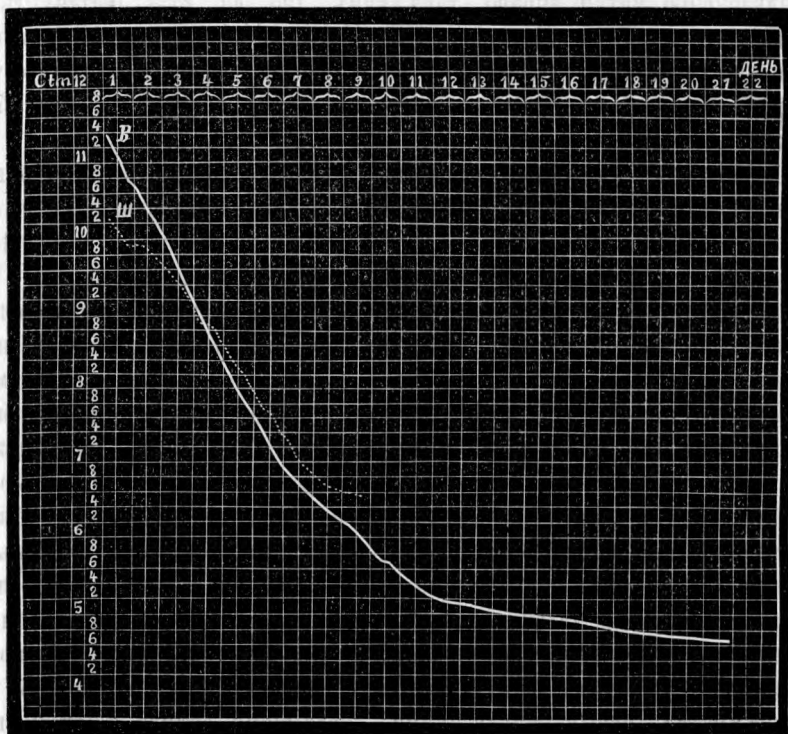


Рис. 3 (по *Börner*'у). Кривая, указывающая среднес уменьшеніе длины матки. *B*—высота дна матки по выпрямленіи послѣдней. *III*—ширина матки.

номъ процессѣ обратнаго развитія, въ теченіе первыхъ 12 дней; разстояніе дна выпрямленной матки отъ лоннаго сочлененія на 12-й день послѣ родовъ равняется въ среднемъ выводѣ 5,2 см. (отъ 3,2 до 7,4), а наибольшая ширина матки въ это время колеблется между 5 и 9 см. Относительно уменьшенія матки въ первые 12 дней родильнаго періода у меня имѣется слѣдующая таблица, которою я обязанъ моему ассистенту, д-ру *Zinsstag*'у (величина матки определялась безъ предварительнаго выпрямленія, но при вполне опорожненномъ мочевомъ пузырьѣ):

Средняя высота дна матки над лоннымъ сочлененіемъ.

вечеромъ	1-го дня . . . . .	14,6 см.
»	2-го » . . . . .	12,4 »
»	3-го » . . . . .	10,8 »
»	4-го » . . . . .	9,8 »
»	5-го » . . . . .	9,1 »
»	6-го » . . . . .	8,3 »
»	7-го » . . . . .	7,7 »
»	8-го » . . . . .	7,0 »
»	9-го » . . . . .	6,5 »
»	10-го » . . . . .	5,9 »
»	11-го » . . . . .	5,5 »
»	12-го » . . . . .	5,1 »

Всѣ измѣренія, приведенныя въ этой таблицѣ для первыхъ 10-ти дней, представляютъ среднія числа изъ 300—400 случаевъ.

Лучше чѣмъ всякими дальнѣйшими словами и цифрами уменьшеніе матки иллюстрируется вышеприведенною кривою *Börner's*. Дно матки среднимъ числомъ черезъ  $9\frac{1}{2}$  дней проходитъ за лонное сочлененіе, т. е. при простомъ наружномъ изслѣдованіи, съ предварительнымъ опорожненіемъ мочевого пузыря, матка въ это время уже не прощупывается. Однако, при двойномъ изслѣдованіи мы почти всегда находимъ, къ своему удивленію, что дно матки, которое намъ казалось уже опустившимся въ малый тазъ, еще стоитъ въ дѣйствительности на нѣсколько поперечныхъ пальцевъ выше лоннаго сочлененія, и даже по истеченіи 3-й недѣли разстояніе это, при искусственномъ выпрямленіи матки, еще равняется въ среднемъ выводѣ 4,6 см.; затѣмъ дальнѣйшее уменьшеніе матки идетъ все медленно, такъ что даже на 4-й недѣлѣ дно ея еще не опущено до уровня тазоваго входа.

Это различіе результатовъ при простомъ наружномъ и при двойномъ изслѣдованіи зависитъ оттого, что послѣ опущенія матки за лонное сочлененіе образуется, вмѣсто искривленія первой степени, искривленіе второй или третьей, и тогда при наружномъ изслѣдованіи мы прощупываемъ вмѣсто дна матки ея заднюю стѣнку, а при двойномъ изслѣдованіи это искривленіе тотчасъ же выпрямляется пальцемъ, введеннымъ въ передній сводъ влагалища, такъ что тѣло матки приподнимается, и дно ея появляется надъ лоннымъ сочлененіемъ.

Безпрерывное уменьшеніе полости матки еще точнѣе можетъ быть констатировано посредствомъ зонда, относительно чего уже имѣются многочисленныя клиническія наблюденія; но этотъ способъ изслѣдованія, съ практической точки зрѣнія бесполезный и по нашимъ современнымъ взглядамъ скорѣе даже опасный, находитъ еще примѣненіе развѣ только въ судебно-медицинскихъ случаяхъ.

И для этихъ изслѣдованій зондомъ тоже всегда необходимо выпря-

вление матки, которому, конечно, должна предшествовать дезинфекція влагалища и шейки. Между тѣмъ какъ тотчасъ послѣ родовъ измѣренная зондомъ длина полости матки, отъ наружнаго зѣва до дна, равняется среднимъ числомъ 15 см. (съ колебаніями отъ 12 до 19), она на 14-й день уже составляетъ всего 10 см. (отъ 9 до 11). Изслѣдованія послѣ 14-го дня родильнаго періода, естественнымъ образомъ, не такъ многочисленны, какъ въ первые 14 дней; они показываютъ, что, самое большое, спустя 4 недѣли полость матки уже уменьшена до первоначальной длины и

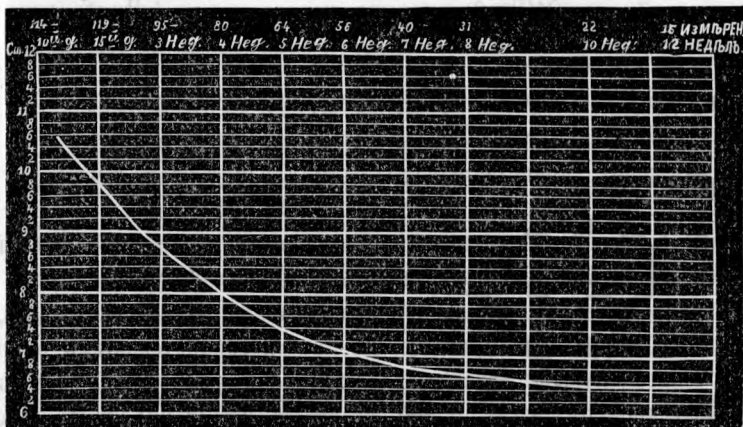


Рис. 4 (по Hansen y).

Кривая, представляющая результаты измѣреній зондомъ.

Длина полости матки указана въ сантиметрахъ. (Кормленіе грудью, срочные нормальные роды, нормальный послѣродовой періодъ).

что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, все еще не выходящихъ изъ предѣловъ нормы, обратное развитіе матки продолжается до 3-го, рѣже до 4-го мѣсяца, тогда какъ въ большинствѣ случаевъ оно заканчивается на 6-й недѣль.

Эти наблюденія, свидѣтельствующія въ пользу равномернаго уменьшенія матки, стоятъ въ противорѣчій съ интересными изслѣдованіями *P. Müller'a* и *Thorn'a*, согласно которымъ даже между 3-й и 6-й недѣлей родильнаго періода обратное развитіе матки идетъ столь же неправильно, какъ и раньше, причемъ матка родильницъ, кормящихъ грудью, совсѣмъ не рѣдко еще до конца 6-й недѣли опять принимаетъ тѣ размѣры, какіе имѣетъ дѣвственная матка (длина 6—5 см.); заявленія эти заслуживаютъ проверки, особенно въ интересахъ судебной медицины. То обстоятельство, что многородящія болѣе способны кормить грудью, могло бы быть поставлено въ связь съ фактомъ, о которомъ заявляетъ одинъ изъ вышеупомянутыхъ авторовъ, а именно съ тѣмъ, что у многородящихъ быстрѣе совершается обратное развитіе матки.

Новѣйшія изслѣдованія посредствомъ зонда подтвердили также старинное мнѣніе о томъ, что у женщинъ, не кормящихъ грудью, обратное развитіе матки, насколько оно выражается въ уменьшенія длины ея полости, идетъ медленнѣе, чѣмъ у женщинъ кормящихъ, хотя у этихъ

последнихъ, какъ я долженъ присовокупить на основаніи многочисленныхъ наблюденій, *lochia sanguinolenta* часто продолжается паразитально долгое время.

Далѣе, по наблюденіямъ *Hansen'a*, для судебного врача достойно вниманія, что и послѣ 3-й недѣли прогрессивное уменьшеніе матки, констатированное повторнымъ изслѣдованіемъ, говоритъ еще съ большою вѣроятностью въ пользу того, что мы имѣемъ дѣло съ пуэрперальной маткою, тогда какъ, съ другой стороны, если тщательнымъ изслѣдованіемъ констатировано, что полость матки имѣетъ въ длину менѣе 8 см., обстоятельство это дѣлаетъ весьма невѣроятнымъ предположеніе, что женщина родила въ теченіе последнихъ 3 недѣль. *Temesvary* и *Bäcker* утверждаютъ, что у лихорадящихъ родильницъ обратное развитіе матки идетъ сравнительно быстрѣе; но заявленіе это, въ такой абсолютной формѣ, не выдерживаетъ критики.

§ 6. Относительно обратнаго развитія нижняго отдѣла матки существующія наблюденія гораздо менѣе многочисленны, и это вполнѣ естественно, особливо въ виду современныхъ возрѣній.

Губы влагалищной части непосредственно послѣ родовъ свѣшиваются въ просвѣтъ влагалища въ видѣ двухъ дряблыхъ толстыхъ валиковъ, которые, смотря по длинѣ боковыхъ надрывовъ, отдѣлены другъ отъ друга на большемъ или меньшемъ протяженіи, иногда даже до мѣста прикрѣпленія влагалища. Наружный маточный зѣвъ лишь рѣдко имѣетъ явственныя очертанія. Цервикальный каналъ переходитъ безъ явственныхъ границъ въ нижній сегментъ матки, рѣже удается съ самаго начала ясно отличить внутренній зѣвъ. Серозное пропитываніе и венозная гиперемія нижняго отдѣла матки исчезаютъ паразитально быстро, и уже спустя 12 часовъ начинается постепенно формироваться маточная шейка: губы укорачиваются, становятся болѣе твердыми, цервикальный каналъ суживается, начиная сверху, а затѣмъ въ нормальныхъ случаяхъ уже на 3-й день внутренній зѣвъ оказывается проходимымъ только для одного пальца; при удовлетворительномъ обратномъ развитіи онъ по истеченіи 10-го дня уже не пропускаетъ указательнаго пальца, тогда какъ при нарушеніи процесса обратнаго развитія внутренній зѣвъ остается проходимымъ еще болѣе долгое время. Къ концу 2-й недѣли цервикальный каналъ оказывается еще проходимымъ до половины своей длины, а на 4-й недѣль постепенно закрывается и нижній отдѣлъ шейки, такъ что вмѣсто прежняго кругловаго отверстія остается лишь болѣе или менѣе длинная поперечная щель.

Между тѣмъ какъ въ первые дни родильнаго періода влагалищная часть, при изслѣдованіи зеркаломъ, представляетъ сильно опухшіе доскуты слизистой оболочки съ значительными кровоподтеками, на 2-й недѣль вся влагалищная часть оказывается уже удовлетворительно сформировавшеюся, слизистая оболочка уже не представляется опухшею, и только соответ-

ственно входу цервикального канала существуютъ на обѣихъ губахъ бороздчатая ссадины, иногда слегка кровоточащія, а между ними выступаетъ изъ маточной шейки тягучій стержень стекловидной слизи цервикального канала, смѣшанной съ гноемъ. Часто проходитъ 3 и даже 4 недѣли прежде, чѣмъ вполнѣ будетъ восстановлена слизистая оболочка цервикального канала.

Вѣсъ матки при обратномъ ея развитіи имѣетъ для практическаго врача не столь важное значеніе; онъ становится важнымъ развѣ только тогда, когда въ интересахъ судебно-медицинскаго вскрытія необходимо воспользоваться и этимъ вспомогательнымъ діагностическимъ средствомъ. Вскорѣ послѣ родовъ матка вѣситъ отъ  $\frac{3}{4}$  до 1 килограмма, на 7-й день 600—700 грм., на 14-й всего только 350—400 грм., тогда какъ во 2-мъ мѣсяцѣ родильнаго періода вѣсъ ея уменьшается среднимъ числомъ до 50 граммовъ.

§ 7. Мы уже сказали, что нормальное положеніе послѣродовой матки есть искривленіе ея впередъ; теперь же намъ остается вкратцѣ обратить вниманіе на нѣкоторыя довольно часто встрѣчающіяся измѣненія въ этомъ положеніи матки.

При опорожненномъ мочевомъ пузырьѣ матка тотчасъ послѣ родовъ представляетъ искривленіе 1-й степени; передняя поверхность ея покоится на брюшныхъ покровахъ, а впоследствии, когда матка опустилась болѣе нивко, — на задней стѣнкѣ мочеваго пузыря. Наполненіе мочеваго пузыря тотчасъ же измѣняетъ это положеніе матки такимъ образомъ, что искривленіе ея выпрямляется; поэтому передъ тщательнымъ изслѣдованіемъ родильницы всегда слѣдуетъ позаботиться объ опорожненіи мочеваго пузыря. Когда матка на 2-й недѣль родильнаго періода опускается въ малый тазъ, то искривленіе ея впередъ становится болѣе значительнымъ; однако наполненіе мочеваго пузыря, при нормальныхъ остальныхъ условіяхъ, всегда выравниваетъ и это сильное искривленіе матки.

Это искривленіе до такой степени преобладаетъ въ сравненіи съ тѣми случаями, гдѣ матка имѣетъ прямое положеніе, что пора уже разъ навсегда признать искривленіе послѣродовой матки впередъ за ея нормальное положеніе; специалисту не приходилось бы уже тогда успокаивать женщинъ, которымъ пользующій врачъ сообщилъ, что онѣ страдаютъ «искривленіемъ матки». Въ рѣдкихъ случаяхъ, обыкновенно при малой маткѣ съ короткою и тонкою влагалищною частью, въ особенности при расслабленіи влагалищнаго свода, образуется въ родильномъ періодѣ простое наклоненіе матки впередъ; однако, считать это положеніе ненормальнымъ мы не имѣемъ права.

§ 8. Болѣе тонкіе *регрессивные процессы въ ткани матки*, на которыхъ основаны вышеописанныя измѣненія формы органа, состоятъ въ слѣдующемъ:

У родильницъ, умершихъ отъ эклампсiи и кровотеченій непосред-

ственно послѣ родовъ, замѣчаются на поверхности матки своеобразныя морщины и складки. Брюшинный покровъ не можетъ слѣдовать за быстрымъ измѣненіемъ формы органа, наступающимъ вслѣдствіе взаимнаго надвиганія мышечныхъ элементовъ, и поэтому на поверхности матки образуются морщины, перпендикулярныя къ направленію наибольшей ретракціи подлежащихъ мышечныхъ группъ. Морщины эти, какъ видно на рисункѣ 5-мъ, имѣютъ въ большинствѣ случаевъ 3 главныхъ направленія; морщины, находящіяся посерединѣ поверхности органа, указываютъ на то, что при кесарскомъ сѣченіи здѣсь возможно зашить брюшину вполне удовлетворительно и безъ напряженія краевъ, не прибѣгая къ резекціи подлежащей мускулатуры и не заворачивая самой брюшины внутрь.

Главный интересъ, безспорно, представляетъ обратное развитіе мышечныхъ слоевъ. Гладкія мышечныя волокна небеременной матки (имѣющія, по *Sänger*'у, 34,1  $\mu$  въ длину и 5,1  $\mu$  въ ширину) удлинены во время беременности въ 7—11 разъ, и ширина ихъ увеличена въ 2—5 разъ; происходитъ ли при этомъ еще и новообразование молодыхъ мышечныхъ волоконъ, съ достовѣрностью неизвѣстно.

Это громадное новообразование мышечнаго вещества снова исчезаетъ въ родильномъ періодѣ, что и составляетъ наиболѣе замѣтное для глаза, грубо-анатомическое явленіе въ процессѣ обратнаго развитія. Если прежде господствовало мнѣніе, что обратное развитіе матки происходитъ путемъ полного новообразованія мышечныхъ волоконъ, тогда какъ волокна прежней матки исчезаютъ совершенно, то въ настоящее время, благодаря изслѣдованіямъ *Kölliker*'а, *Luschka*, *Sänger*'а и *Dittrich*'а, мы знаемъ, что наиболѣе существенную роль въ этомъ процессѣ играетъ уменьшеніе отдѣльныхъ мышечныхъ волоконъ до ихъ прежней длины и ширины, при жировомъ перерожденіи паренхимы. Количество жира, содержащагося въ мышечныхъ волокнахъ, не находится въ зависимости отъ теченія родильнаго періода. При этомъ не происходитъ ни новообразованія гладкихъ мышечныхъ волоконъ со стороны наружныхъ слоевъ матки, ни зернистой атрофіи ихъ вслѣдствіе разрощенія межмышечной соединительной ткани. Подобное свойство процесса обратнаго развитія дѣластъ также вполне объяснимымъ тотъ фактъ, что существовавшее раньше хроническое воспаленіе матки или искривленіе ея взадъ возобновляется попрежнему: при полномъ новообразованіи матки этотъ фактъ былъ бы непонятенъ.

Первымъ толчкомъ къ обратному развитію мускулатуры служитъ, по всей вѣроятности, громадная работа, исполняемая ею во время родовъ: вслѣдствіе усиленнаго окисленія распадаются бѣлковыя молекулы гладкихъ мышечныхъ волоконъ; къ этому, въ качествѣ дальнѣйшей причины, еще присоединяется обусловленная маточными сокращеніями во время родовъ и въ родильномъ періодѣ общая анемія всего органа, которая ускоряетъ



распаденіе бѣлковыхъ молекулъ на мельчайшіе жировые шарики, накаплиющіеся вокругъ ядра гладкихъ мышечныхъ волоконъ.

Обратное развитіе совершается весьма энергично уже въ первые часы послѣ родовъ, причемъ мышечныя волокна укорачиваются до  $\frac{1}{4}$  своей прежней длины, тогда какъ ширина ихъ въ первое время, быть можетъ, еще незначительно увеличивается.

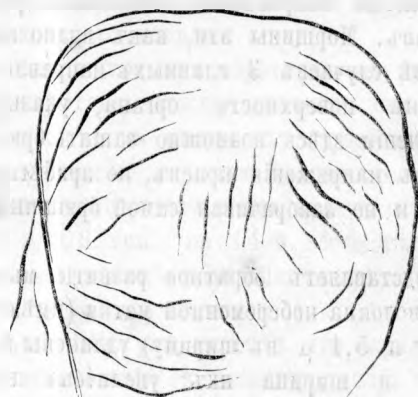


Рис. 5. (по М. Duncan'у). Складки брюшиннаго покрова матки.

незначительная гипертрофія межмышечной соединительной ткани.

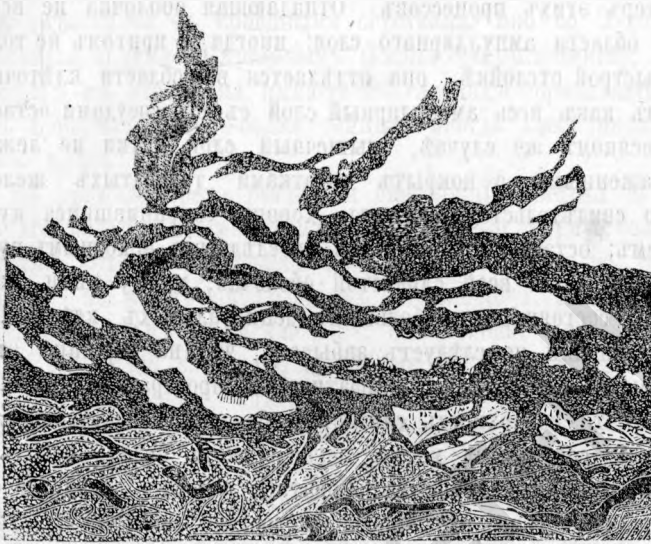
Сосуды матки тоже принимаютъ участіе въ этомъ процессѣ обратнаго развитія: если, напр., сравнить просвѣтъ маточной артеріи въ маткѣ небеременной съ просвѣтомъ ея подъ конецъ беременности, то рѣзко бросается въ глаза громадная между ними разница. Сосуды въ родильномъ періодѣ представляютъ отчасти полную облитерацию путемъ соединительно-тканныхъ разрошеній ихъ внутренней оболочки, отчасти же только суженіе просвѣта. Средняя оболочка въ первомъ случаѣ исчезаетъ совершенно вслѣдствіе жироваго распаденія ея мышечныхъ элементовъ, тогда какъ во второмъ случаѣ она разрушается только отчасти. Капилляры и мелкіе сосуды сдавливаются и совершенно исчезаютъ путемъ всасыванія.

Этотъ процессъ обратнаго развитія сосудовъ несомнѣнно начинается въ одно время съ обратнымъ развитіемъ мускулатуры и повидимому идетъ впередъ даже нѣсколько быстрее; дѣйствіе его обнаруживается въ томъ, что послѣдовательныя кровотеченія уже съ 5-го дня рѣдко достигаютъ такихъ угрожающихъ размѣровъ, какъ непосредственно послѣ родовъ; но для полнаго завершенія этихъ процессовъ требуется въ большинствѣ случаевъ нѣсколько мѣсяцевъ.

§ 9. Особеннаго вниманія заслуживаетъ медленность процессовъ обратнаго развитія въ области прикрѣпленія плаценты. Уже во время беременности, по крайней мѣрѣ — въ послѣднія ея недѣли, названная область, по изслѣдованіямъ *Friedländer'a*, готовится къ этому путемъ тромбоза нѣкотораго числа плацентарныхъ пазухъ; непосредственно послѣ родовъ происходитъ закрытіе большихъ венозныхъ сосудовъ, преимущественно путемъ образованія тромбовъ; тромбы эти главнымъ обра-

И такъ, въ родильномъ періодѣ матка не образуется вновь, а дѣйствительно развивается обратно; иногда, конечно, она становится по своей величинѣ и формѣ нѣсколько болѣе неуклюжею, въ сравненіи съ дѣвственной маткою; это происходитъ частію оттого, что не всѣ волокна сморщиваются до своей прежней величины, частію же оттого, что остается

зомъ и составляютъ причину шероховатостей, свойственныхъ области прикрѣпленія плаценты, въ противоположность остальнымъ частямъ слизистой оболочки матки, которая на ощупь представляется совершенно гладкими. Благодаря этому, область прикрѣпленія плаценты еще и по прострвиіи нѣсколькихъ недѣль можетъ быть явственно отличена въ

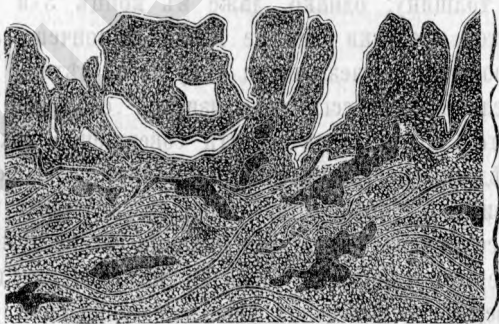


Остатки слизистой оболочки, съ железистыми промежутками.

Мышечный слой.

Рис. 6 (по Leopold'у). Отпадающая оболочка. Средняя часть тѣла матки вскорѣ послѣ родовъ.

видѣ выпяченнаго участка, величиною отъ полтинника до серебрянаго рубля, причемъ на разрѣзѣ видны тромбозированныя пазухи; лишь на 3-мъ мѣсяцѣ эти отличительныя особенности безслѣдно исчезаютъ.



Слизистая оболочка.

Мышечный слой.

Рис. 7. Отпадающая оболочка (по Leopold'у).

Молодая слизистая оболочка тѣла матки. 9-й день роди льнаго періода.

Къ обратному развитію сосудовъ примыкаетъ обратное развитіе нервныхъ вѣтвей и гангліозныхъ клѣтокъ матки; процессы, наибодѣ заслуживающіе вниманія, и здѣсь также имѣютъ регрессивный характеръ, представляясь въ видѣ жироваго перерожденія.

Наши взгляды на послѣродовыя измѣненія слизистой оболочки преоб-

разовались весьма существенно, благодаря изслѣдованіямъ послѣдняго десятилѣтія. Между тѣмъ какъ въ прежнее время измѣненія слизистой оболочки матки тотчасъ послѣ родовъ сравнивались съ измѣненіями ампутаціонной раны или обширной ожоги, результаты изслѣдованій *Langhans'a*, *Friedländer'a*, *Leopold'a* и др. нѣсколько болѣе выяснили истинный характеръ этихъ процессовъ. Отпадающая оболочка не всегда отслаивается въ области ампулярнаго слоя: иногда, и притомъ не только при чрезмѣрно быстрой отслойкѣ, она отдѣляется въ области клѣточного слоя, между тѣмъ какъ весь ампулярный слой съ его сосудами остается на мѣстѣ. Во всякомъ же случаѣ, мышечный слой матки не лежитъ совершенно обнаженнымъ, а покрытъ остатками трубчатыхъ железъ, выстланными, по свидѣтельству авторовъ, хорошо сохранившимся кубическимъ эпителиемъ; остатки эти служатъ въ послѣдствіи исходнымъ пунктомъ для новообразованія всей слизистой оболочки; между ними находятся перегородки, состоящія изъ большихъ децидуальныхъ клѣтокъ. Въ практическомъ отношеніи не слѣдуетъ забывать, что на вершинѣ этихъ перегородокъ зияютъ разорванные лимфатическія пространства и кровеносные сосуды, и что поверхность слизистой оболочки, представляющаяся неровною вслѣдствіе сокращенія матки, легко можетъ подать поводъ къ заставанію инфицирующихъ веществъ. Обратное развитіе слизистой оболочки совершается съ весьма различною быстротою, смотря по тому, идетъ ли дѣло о здоровой, крѣпкой или же слабой родильницѣ. Децидуальные клѣтки подвергаются жировому перерожденію и исчезаютъ; находящіяся между железами перегородки постепенно покрываются слизистой оболочкою, путемъ разрощенія сохранившагося эпителия. На 7-й день, въ случаяхъ благоприятныхъ, слой слизистой оболочки можетъ уже имѣть 2 миллиметра въ толщину; однако, даже въ концѣ 3-й недѣли новообразованіе слизистой оболочки еще не вполне закончено, а именно, еще не наступило возрожденіе исчезнувшей сосудистой сѣти.

Менѣе значительны процессы въ слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала: она остается послѣ родовъ почти совершенно сохранившеюся и представляетъ вслѣдствіе ретракціи многочисленныя возвышенія и мѣстами подслизистыя кровоизліянія; однако, чрезвычайно скученный цилиндрической эпителий повсюду сохраненъ, такъ что никакой регенераціи его не происходитъ, въ отличіе отъ слизистой оболочки тѣла матки, и это очень понятно въ виду совершенно различной фیزیологической роли обѣихъ слизистыхъ оболочекъ.

§ 10. Въ тѣсной связи съ возрожденіемъ слизистой оболочки тѣла матки находятся послѣродовыя выдѣленія этой слизистой оболочки (*lochia*), которыя, по мнѣнію старинныхъ авторовъ, будто бы обязаны своимъ происхожденіемъ очистительному процессу въ организмѣ, аналогично менструальному кровотеченію.

Маточное послѣродовое очищеніе представляетъ выдѣленіе изъ сли-

зистой оболочки тѣла матки въ родильномъ періодѣ; затѣмъ къ нему примѣшивается секретъ маточной шейки, влагалища и наружныхъ половыхъ частей, такъ что маточнаго послѣродоваго очищенія безъ этихъ примѣсей намъ почти никогда не приходится видѣть. Между тѣмъ какъ въ первые 2 дня послѣродовое очищеніе въ большинствѣ случаевъ еще бываетъ чисто кровавое (*lochia cruenta*) и иногда ненормальнымъ образомъ смѣшанное съ кровяными сгустками, оно со 2-го или 3-го дня становится водянисто-краснымъ (*lochia sanguinolenta*), причемъ пятна на бѣлѣ въ это время имѣютъ въ случаяхъ нормальныхъ свѣтлые края, а въ ненормальныхъ—болѣе темные, иногда даже маркаго шоколадно-бураго цвѣта.

Въ прежнее время различали еще *lochia serosa* и *l. alba*; я считаю это излишнимъ и признаю, какъ третью форму, только *lochia alba*, появленіе которой относилось прежними авторами къ 8-му или 10-му дню. Но, по моимъ наблюденіямъ, появленіе *l. alba* въ это время рѣшительно составляетъ исключеніе: безкровныя, серозныя или уже гнойныя лохія рѣдко встрѣчаются раньше 11-го или 12-го дня; лохія, уже не содержащая крови, опять становятся кровавыми, если родильница приметъ сидячее положеніе или встанетъ съ постели; при болѣе точномъ разпросѣ оказывается, къ удивленію, что *lochia sanguinolenta* въ очень многихъ случаяхъ продолжается собственно 3 недѣли, а въ нѣкоторыхъ, не очень рѣдкихъ случаяхъ—даже 4 недѣли и болѣе, причемъ обстоятельство это, само по себѣ, еще не даетъ намъ права говорить о существенномъ нарушеніи въ процессѣ обратнаго развитія матки.

Въ благоприятныхъ случаяхъ *lochia alba* постепенно прекращается на 4-й недѣлѣ, а въ другихъ она продолжается 6—8 недѣль, но съ весьма различною силою.

Жидкость, образующая главную по количеству составную часть послѣродоваго очищенія, происходитъ отчасти изъ кровеносныхъ сосудовъ, отчасти изъ лимфатическихъ пространствъ слизистой оболочки матки, вслѣдствіе чего она и имѣетъ щелочную реакцію; выдѣленіе, примѣшивающееся къ этой жидкости во влагалищѣ, по своему количеству чрезвычайно ничтожно въ сравненіи съ нею. Макроскопически мы находимъ значительное количество обрывковъ отпадающей оболочки, особенно въ жидкости, полученной во время спринцованій, а при микроскопическомъ изслѣдованіи—красныя и безцвѣтныя кровяныя тѣльца, многочисленныя клѣтки, частію хорошо сохранившіяся, частію въ видѣ обрывковъ, затѣмъ децидуальныя клѣтки, клѣтки цилиндрическаго эпителия, отчасти мерцательныя, отчасти не-мерцательныя, и слизистыя тѣльца. Простаго микроскопическаго изслѣдованія послѣродоваго очищенія, впрочемъ, недостаточно для того, чтобы въ сомнительномъ случаѣ доказать бывшіе роды со всею юридическою точностью, хотя бы и было напр. обнаружено присутствіе децидуальныхъ клѣтокъ.

Уже въ 1865 году *Maurohofer* констатировала у больныхъ родильною горячкою присутствіе вибрионовъ въ маточныхъ лохіяхъ; затѣмъ

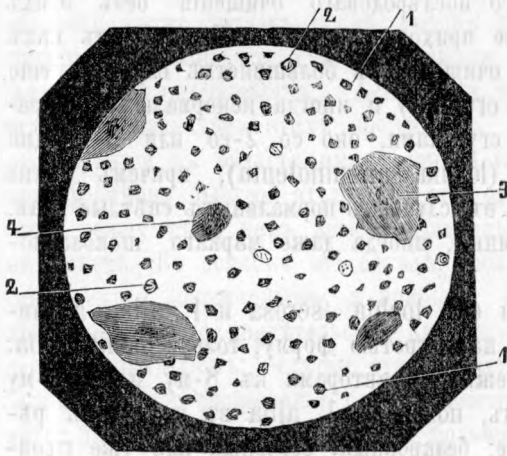


Рис. 8. Послѣродовое очищеніе въ 1-й день (микроскопъ *Цейса*, масляно-иммерзійная система, увеличеніе 700). 1—красныя кровяныя тѣльца. 2—бѣзцвѣтныя кровяныя тѣльца. 3—эпителий влагалища. 4—децидуальныя кѣтки.

провѣрены во многихъ клиникахъ, напр. въ моей—докторомъ *Hägle-*

*r'омъ*. *Thomen*, впрочемъ, обнаружилъ въ нѣсколькихъ случаяхъ при-

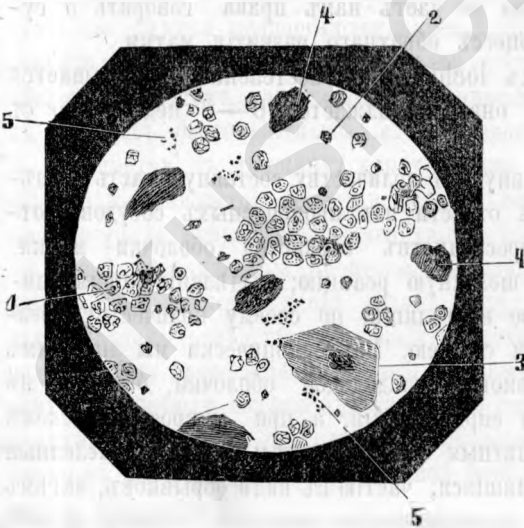


Рис. 9. Послѣродовое очищеніе на 12-й день. 1—бѣзцвѣтн. кровян. тѣльца. 2—красныя кровяныя тѣльца. 3—эпителий влагалища. 4—децидуальныя кѣтки. 5—кучки микрোকковъ.

этому нормальныя маточныя лохіи, будучи введены въ тѣло животнымъ, не вызываютъ никакой реакціи, но послѣдняя вызывается маточными

болѣе точное изслѣдованіе лохіи въ этомъ направленіи было произведено *Kehrer'омъ*, *Karewsk'имъ* и впервые со всѣми вспомогательными средствами новѣйшей бактериологіи—*Döderlein'омъ*.

Изслѣдованія *Döderlein'a* показали, что нормальныя маточныя лохіи обыкновенно не содержатъ бактерий, но что въ нормальныхъ влагалищныхъ ложіяхъ имѣются безчисленныя микроорганизмы самыхъ разнообразныхъ видовъ; изслѣдованія эти были съ тѣхъ поръ

присутствіе стрептококковъ въ маткѣ даже и при нормальномъ теченіи родильнаго періода; тѣ же микроорганизмы, и притомъ еще чаще, онъ находилъ во влагалищѣ, гдѣ они въ первые дни родильнаго періода встрѣчаются въ большемъ количествѣ, чѣмъ тотчасъ послѣ родовъ. *Кулишовъ* находилъ въ нормальныхъ ложіяхъ различныя виды кокковъ и палочекъ; послѣднія, по его словамъ, тождественны съ видами *proteus*, описанными *Häuser'омъ*. По-

лохиями, если въ нихъ имѣются микроорганизмы, тогда какъ влагалищныя лохii, даже при нормальномъ теченiи родильнаго періода, вызываютъ у животныхъ образованіе абсцессовъ. Если въ маткѣ находятся микроорганизмы, какого бы рода они ни были, то обыкновенно, но не всегда, они вызываютъ повышеніе температуры, которое продолжается до тѣхъ поръ, пока они не будутъ удалены путемъ усиленнаго образованія гнойныхъ тѣлецъ и выдѣленія ихъ наружу.

Болезнетворные микроорганизмы, встрѣчающіеся въ инфекціонныхъ маточныхъ лохiяхъ, суть слѣдующіе: *staphylococcus aureus et albus* и *streptococcus pyogenes resp. streptococcus erysipelatis*.

Содержащіяся въ нормальныхъ влагалищныхъ лохiяхъ монококки и диплококки, бациллы и проч. отчасти находились во влагалищѣ уже во время беременности, насколько они не были во время родовъ удалены вмѣстѣ съ околоплодною жидкостью, кровью и т. д., отчасти же они въ родильномъ періодѣ попали во влагалище изъ наружныхъ половыхъ частей.

Выводы, сдѣланные на основанiи бактериологическаго изслѣдованія, вполне согласуются съ экспериментальными изслѣдованіями *Kehrer*'а и *Kurewsk*'аго относительно инфекціонныхъ свойствъ послѣродоваго очищенія. По этимъ изслѣдованіямъ, кровавыя лохii 1-го и 2-го дня, будучи привиты животнымъ, не вызываютъ никакой реакціи или, самое большее, производятъ только легкое мѣстное воспаленіе, а начиная съ 3-го дня, онѣ вызываютъ во всѣхъ случаяхъ воспаленіе на мѣстѣ прививки. *Kehrer*, производившій свои опыты только съ влагалищными лохiями, находилъ послѣ прививки ихъ животному, даже при нормальномъ теченiи родильнаго періода, воспаленіе и нагноеніе ткани; кромѣ того, онъ констатировалъ, что ядовитыя свойства послѣродоваго очищенія усиливаются до начала 2-й недѣли.

О томъ, какое значеніе имѣютъ эти экспериментальные факты для теорiи возникновенія заразныхъ пуэрперальныхъ болѣзней и послѣдствительныхъ воспаленій въ родильномъ періодѣ, я буду подробно говорить впоследствии. Здѣсь же достаточно будетъ напомнить о заразительности лохий для изслѣдующаго пальца, если онъ лишенъ своего эпителия, хотя бы на небольшомъ пространствѣ; тяжелыя ноготѣды, флегмоны плеча или подмышечной впадины и даже смертельные случаи уже неоднократно являлись для акушерскаго персонала послѣдствіемъ такихъ нечаянныхъ прививокъ.

Опредѣлить въ числахъ количество послѣродоваго очищенія весьма трудно: хотя *Gassner* и произвелъ въ этомъ отношенiи нѣкоторые опыты при своихъ извѣстныхъ изслѣдованіяхъ, гдѣ онъ опредѣлялъ измѣненія вѣса тѣла во время беременности, родовъ и родильнаго періода, однако цифры, которыя онъ приводитъ, должны быть принимаемы съ

осторожностью, и новыя изслѣдованія по этому вопросу были бы очень желательны.

<i>Gassner</i> нашель:	у кормящихъ родильницъ	у не-кормящихъ родильницъ
въ первые 3 дня.	0,75 килограмм.	1,31 килограмм.
на 4-й и 5-й день	0,80 »	0,36 »
отъ 6-го до 8-го дня.	0,14 »	0,27 »

Если можно довѣрять этой таблицѣ, то она доказываетъ, что у кормящихъ родильницъ послѣродовое очищеніе выдѣляется въ меньшемъ количествѣ; но, по моимъ наблюденіямъ, это не всегда справедливо.

Прямыя взвѣшиванія, которыя, впрочемъ, вслѣдствіе испаренія могутъ быть сопряжены съ извѣстною потерей въ вѣсѣ, показали намъ, что у первородящихъ среднее количество послѣродоваго очищенія въ первые 9 дней равняется 350, а у многорожавшихъ 485 грм.

*Baum*, который въ своей тщательной работѣ подвергъ результаты *Gassner*'а обстоятельной провѣркѣ, къ сожалѣнію, принявъ на вѣру то заявленіе *Gassner*'а, что количество послѣродоваго очищенія, выдѣляемого въ первые 8 дней, составляетъ среднимъ числомъ 1,485 килограмм.

Достойно вниманія, что, по опытамъ, произведеннымъ въ Дрезденскомъ родовспомогательномъ институтѣ, количество послѣродоваго очищенія при исключительно мясной діетѣ увеличивается, тогда какъ при питаніи яйцами и при смѣшанной діетѣ оно уменьшается. Относительно другихъ вліяній пищи мы знаемъ немного; спиртные напитки, употребляемые слишкомъ рано въ родильномъ періодѣ, повидимому, могутъ увеличивать примѣсъ крови къ послѣродовому очищенію. Вліяніе душевныхъ волненій тоже не подлежитъ сомнѣнію.

§ 11. Одновременно съ обратнымъ развитіемъ матки начинается обратное развитіе влагалища и наружныхъ половыхъ частей. Чрезмѣрно растянутыя стѣнки влагалища относительно быстро пріобрѣтаютъ вновь свой прежній тонусъ; однако, складки никогда не возстановляются въ такой полной степени, въ какой онѣ существовали до родовъ, и поэтому влагалище послѣ родовъ всегда остается болѣе гладкимъ, чѣмъ оно было раньше. Небольшіе разрывы, образующіеся у первородящихъ въ различныхъ мѣстахъ, особенно въ нижней трети влагалища, заживаютъ *per primam*; точно такимъ же образомъ, къ удивленію, заживаютъ и болѣе значительные разрывы, даже безъ наложенія швовъ. Но въ другихъ случаяхъ, если раны были инфицированы, дѣло доходитъ до нагноенія, которое часто оставляетъ за собою твердые лучистые рубцы; особенно часто нагноенію подвергаются разрывы, продолжающіеся отъ маточной шейки въ сводъ влагалища. Цвѣтъ слизистой оболочки, вначалѣ

темно-багровый, быстро замѣняется ярко-краснымъ, а въ послѣдствіи становится болѣе блѣднымъ; подслизистыя кровоизліянія всасываются. Въ концѣ 2-й недѣли, почти во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ, еще бываетъ сохранена характеристическая багровая окраска наружныхъ половыхъ частей и передняго влагалищнаго валика (*tuberculum vaginae*).

Вслѣдствіе растяженія промежности и задней стѣнки влагалища, гипертрофированный во время беременности передній влагалищный валикъ вмѣстѣ съ переднею стѣнкою влагалища свѣшивается внизъ; если задняя стѣнка была разорвана и не зашита, то это опущеніе передней стѣнки еще болѣе увеличивается, особенно когда ему способствуютъ чрезмерное наполненіе мочевого пузыря и производимыя родильницею нецѣлесообразно сильныя напряженія брюшнаго пресса. Поразительно, съ какою быстротою послѣ прохожденія головки восстанавливается эластичность промежности и суживается половая расщелина.

У первородящихъ мы находимъ послѣ родовъ разрывы и ушибы въ области наружныхъ половыхъ органовъ, главнымъ образомъ въ дѣвственной плевѣ, которая въ слѣдствіе сильныхъ ушибовъ отпадаетъ на большемъ или меньшемъ пространствѣ; однако, бываютъ случаи, гдѣ дѣвственная плева настолько растяжима, что разстояніе между отдѣльными ея доскутами едва увеличивается сравнительно съ тѣмъ, какимъ оно становится въ слѣдствіе совокупленій.

Характеристичны, въ особенности у первородящихъ, ушибленные раны малыхъ губъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ онѣ прижимаются головкою къ наиболѣе выдающейся части лонной дуги.

Болѣе сильный ушибъ часто находится соответственно мѣстоположенію затылка, слѣдовательно при первомъ затылочномъ положеніи — на лѣвой сторонѣ; кромѣ того, большія ушибленные раны нерѣдко еще оказываются на задней боковой периферіи спайки.

Въ свѣжемъ состояніи всѣ эти раны имѣютъ такой же видъ, какъ и всякая другая ушибленная рана, т. е. представляются буровато-красными, съ кровоподтеками на днѣ и по сосѣдству; этотъ внѣшній видъ измѣняется очень быстро, такъ что даже въ нормально протекающихъ случаяхъ, подъ вліяніемъ поступающихъ изъ воздуха микроорганизмовъ или же подъ вліяніемъ послѣродоваго очищенія, рана покрывается поверхностнымъ налетомъ; цвѣтъ ея при этомъ уже спустя 24 часа становится сѣроватымъ, желтоватымъ, а иногда налетъ имѣетъ салыный видъ; этотъ налетъ описывался нѣкоторыми авторами подъ именемъ дифтеритическаго, но въ дѣйствительности дѣло не идетъ здѣсь о дифтеритѣ, и все, что оба процесса имѣютъ между собою общаго, ограничивается лишь нѣсколько болѣе глубокимъ некрозомъ. Въ налетѣ, соскобленномъ съ поверхности ранъ, могутъ быть констатированы стафилококки, но также и многочисленныя другіе микроорганизмы. Дно раны, начиная съ 5-го дня, постепенно очищается, такъ что на 8-й день мы обыкновенно



уже находимъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ красныя гранулирующія раны, которыя въ теченіе 2-й педѣли окончательно заживаютъ.

Если маленькій разрывъ промежности не былъ зашитъ, то онъ все-таки можетъ сростись *per primam*, къ чему существуетъ большая наклонность, или онъ подвергается тѣмъ же превращеніямъ, чрезъ которыя проходитъ ушибленная рана.

Однако, даже на 8-й или 9-й день края разрыва соединены еще не такъ крѣпко, чтобы они не могли снова разойтись при сильномъ надавливаніи во время внутренняго изслѣдованія или при введеніи слишкомъ большого зеркала.

Припухлость половыхъ губъ въ большинствѣ случаевъ быстро уменьшается, благодаря обратному развитію питающихъ сосудовъ; варикозные узлы тоже уменьшаются, но не всегда исчезаютъ совершенно. Существующіе отеки тоже исчезаютъ очень быстро; но иногда, вслѣдствіе ушибленныхъ ранъ, появляются небольшіе отеки, которые къ 6—8-му дню опять исчезаютъ.

§ 12. На брюшныхъ покровахъ, на бедрахъ и ягодицахъ, благодаря всасыванію красящаго вещества крови, постепенно исчезаетъ синеватая окраска рубцовъ беременности (*striae*); пигментация ихъ тоже исчезаетъ; однако, проходитъ среднимъ числомъ 2—3 мѣсяца прежде, чѣмъ эти полосы примутъ «рубцовый» видъ, служащій характернымъ признакомъ того, что предшествовала беременность.

Въ дѣйствительности, впрочемъ, эти полосы не представляютъ настоящихъ рубцовъ, а только остающееся смѣщеніе ткани *cutis*, съ ея сосочками и сосудами, вызванное сильнымъ растяженіемъ болѣе глубокихъ ея слоевъ. Тщательное наблюденіе показываетъ, что ретракція кожи въ поперечномъ направленіи болѣе значительна, чѣмъ въ продольномъ, и что она отовсюду происходитъ по направленію къ пупку. Достоинно вниманія, что полосы эти при очень растяжимой *cutis* нерѣдко отсутствуютъ, не смотря на то, что уже одинъ или нѣсколько разъ предшествовала беременность.

Пигментация бѣлой линіи живота тоже мало по малу блѣднѣетъ, но лишь въ рѣдкихъ случаяхъ она исчезаетъ совершенно.

Кромѣ нарушеній цѣлости кожи, т. е. кромѣ вышеупомянутыхъ полосъ, у многихъ родильницъ еще остается расхожденіе прямыхъ брюшныхъ мышцъ, вызванное поперечнымъ натяженіемъ *vaginae recto-abdominalis*, тѣсно соединенной съ бѣлою линіею живота, такъ что, при малѣйшей попыткѣ родильницы принять сидячее или стоячее положеніе, кишки выпячиваютъ растянутую кожу. Насколько дѣло идетъ лишь о чрезмѣрномъ растяженіи прямыхъ брюшныхъ мышцъ, расхожденіе ихъ опять исчезаетъ, между тѣмъ какъ болѣе значительное растяженіе влагалища этихъ мышцъ, за неимѣніемъ въ немъ сократительныхъ элементовъ, производитъ такіа измѣненія, которыя остаются уже навсегда.

§ 13. Тогда как во всей области половых органов преобладают процессы обратного развитія, грудныя железы, увеличившіяся въ объемѣ и усиленно функционирующія уже во время беременности, начинаютъ вскорѣ послѣ родовъ увеличиваться и функционировать еще сильнѣе, такъ что родильница, благодаря этому, оказывается въ состояніи и на будущее время доставлять новорожденному необходимую для него пищу.

Но, къ удивленію, человѣкъ—этотъ «вѣнецъ созданія»—значительно уступаетъ другимъ млекопитающимъ животнымъ въ отношеніи той быстроты, съ какою появляется обильное отдѣленіе молока. Напр., у нашихъ домашнихъ млекопитающихъ животныхъ, крупныхъ и болѣе мелкихъ, наступаетъ съ началомъ родового акта быстрое увеличеніе грудныхъ железъ, съ значительнымъ кровонаполненіемъ ихъ, набуханіемъ сосковъ и отдѣленіемъ молозива, такъ что непосредственно послѣ родовъ животное уже въ состояніи кормить своихъ дѣтенышей. Интересно наблюдать, какъ новорожденные кролики, котята и др. животные, прежде еще чѣмъ прошло 2 минуты послѣ ихъ рожденія, уже схватываютъ соски матери и начинаютъ жадно сосать грудь.

Лишь рѣдко встрѣчаются такія женщины, которыя непосредственно послѣ родовъ могли бы уже кормить ребенка грудью; въ особенности у первородящихъ это очень рѣдко оказывается возможнымъ.

Когда родильница нѣсколько оправилась отъ большого напряженія силъ во время родовъ и если она при этомъ не потеряла чрезмѣрнаго количества крови, то грудныя железы, рѣдко въ первый же день, чаще во 2-й или 3-й, начинаютъ набухать, становятся твердыми, напряженными, такъ что родильница сама ощущаетъ, что у нея начинается образованіе молока. Если груди уже раньше были вялы, но при этомъ велики, то страданія родильницы во время начинающагося отдѣленія молока могутъ достигнуть высокой степени, особенно когда груди сильно отвисаютъ и когда увеличена главнымъ образомъ подкрыльцовая доля.

Кожа, вслѣдствіе набуханія грудей, пронизана расширенными венами, но разлитой красноты всей груди въ зависимости отъ одного только напора молока я никогда не видалъ; соски нерѣдко лишь въ это время отступаютъ въ глубину за околососковый кружокъ, особенно когда они не могутъ хорошо захватываться; по временамъ вытекаетъ немного молока, какъ это при хорошихъ грудяхъ бываетъ уже во время беременности; но до настоящаго отдѣленія молока дѣло не доходитъ, если ребенокъ не прикладывается къ груди.

Жидкость, отдѣляемая во время беременности и въ началѣ родильнаго періода, уже изстари носить названіе молозива (*colostrum*). По своимъ физическимъ и химическимъ свойствамъ она довольно значительно отличается отъ настоящаго молока, и поэтому я считаю болѣе цѣле-

сообразнымъ сохранить старинное названіе, вмѣсто того чтобы различать *lact neonatorum, adultorum, gravidarum, puerperarum et nutriticum*.

Секретъ, выжатый изъ грудной железы или самопроизвольно вытекающій изъ нея въ первые дни родильнаго періода, бываетъ отчасти прозрачный, водянистый, а отчасти представляетъ облачное помутнѣніе, и иногда содержитъ большія желтыя жировыя капли; при микроскопическомъ изслѣдованіи мы находимъ такъ наз. тѣльца молозива (см. рис. 10)— большія неправильныя кучки жировыхъ шариковъ различной величины, еще соединенныхъ между собою посредствомъ бѣлковаго вещества; мѣстами нерѣдко еще встрѣчаются клѣтки железистаго эпителия.

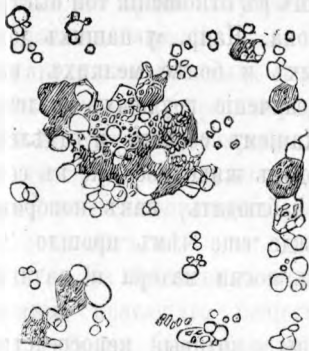


Рис. 10. Col gam беременной.

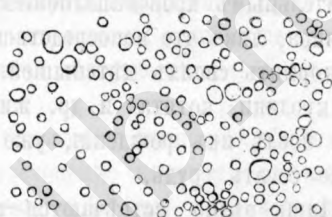


Рис. 11. Молоко.

Молоко, напротивъ того, представляетъ синеватую или бѣловатую водянистую жидкость, сладковатаго вкуса и щелочной реакции; удѣльный вѣсъ равняется въ среднемъ выводѣ 1,031 (отъ 1,026 до 1,035). При микроскопическомъ изслѣдованіи молока, въ противоположность молозиву, мы встрѣчаемъ въ полѣ зрѣнія почти исключительно молочныя шарики; чѣмъ лучше молоко, тѣмъ болѣе равномерна величина этихъ шариковъ (0,003—0,005 миллим. въ поперечникѣ) и тѣмъ тѣснѣе они расположены другъ подле друга; наряду съ ними встрѣчаются остатки железистыхъ клѣтокъ, мѣстами также безцвѣтныя кровяныя тѣльца, лимфоидныя клѣтки и ядра. Въ настоящее время еще не разрѣшенъ спорный вопросъ о томъ, имѣютъ ли эти молочные или жировыя шарики бѣлковую гесп. казеиновую оболочку, или же они представляютъ только жировую эмульсію, взвѣшенную въ студенистомъ веществѣ, въ которое превращены остатки распавшейся протоплазмы.

§ 14. Несравненно болѣе для насъ важенъ химическій составъ женскаго молока, въ особенноти по сравненію съ коровьимъ.

100 чч. женскаго молока содержатъ 4 чч. бѣлка, 4 чч. жира и 6 чч. углеводовъ;

100 чч. коровьяго молока содержатъ 3,4 чч. бѣлка, 4 чч. жира и 5 чч. углеводовъ.

На 100 чч. сухаго остатка приходится:

въ женскомъ молокѣ 18 чч. бѣлка, 30 чч. жира и 48 чч. углеводовъ  
въ коровьемъ молокѣ 27 чч. » 29 чч. » и 38 чч. »

Практическое значеніе этого различія уже съ давнихъ поръ стало извѣстно и служить основой для рациональнаго искусственнаго кормленія грудныхъ дѣтей.

Затѣмъ большой физиологическій интересъ представляетъ сравненіе количества золы, даваемой тѣломъ груднаго ребенка, съ количествомъ золы, доставляемой молокомъ,—обстоятельство, разобранное *Bunge* въ его богатомъ по содержанию руководствѣ физиологической и патологической химіи. Грудной ребенокъ въ возрастѣ 4—5 мѣсяцевъ выпиваетъ, согласно *Bunge*, по 1 литру молока ежедневно, а въ этомъ количествѣ молока содержится:

$K_2O$	. . . .	0,78	грам.
$Na_2O$	. . . .	0,23	»
$CaO$	. . . .	0,33	»
$MgO$	. . . .	0,06	»
$Fe_2O_3$	. . . .	0,004	»
$P_2O_5$	. . . .	0,47	»
$Cl$	. . . .	0,44	»

Анализа всей золы груднаго ребенка, для сравненія съ золою молока, не существуетъ, и поэтому мы вынуждены обратиться къ физиологій животныхъ, которая показываетъ слѣдующее:

100 чч. золы содержатъ	у молодыхъ животныхъ, сосущихъ грудь:			Молоко собаки	Кровь собаки
	у кролика	у собаки	у кошки		
$K_2O$	10,8	8,5	10,1	10,7	3,1
$Na_2O$	6,0	8,2	8,3	6,1	45,6
$CaO$	35,0	35,8	34,1	34,4	0,9
$MgO$	2,2	1,6	1,5	1,5	0,4
$Fe_2O_3$	0,23	0,34	0,24	0,14	9,4
$P_2O_5$	41,9	39,8	40,2	37,5	13,2
$Cl$	4,9	7,3	7,1	12,4	35,6

*Bunge* указываетъ на тотъ поразительный результатъ, что анализъ золы всего тѣла дѣтеныша почти тождественъ съ анализомъ золы слущающаго для его питанія молока, въ особенности относительно содержанія калийныхъ и натронныхъ солей, извести и фосфорной кислоты, тогда какъ кровь его, по составу золы, существенно отличается отъ молока. Исключеніемъ изъ этого правила является только содержаніе желѣза. Количество желѣза въ золѣ молока составляетъ всего  $\frac{1}{6}$  содержанія его въ золѣ груднаго дѣтеныша. Поэтому мы должны допустить, что грудной младенецъ получаетъ необходимое для построенія его органовъ количество желѣза уже во время утробной жизни, слѣдовательно—чрезъ плаценту.

*Bunge* считает невѣроятнымъ, чтобы это относительно большое количество желѣза ассимилировалось изъ пищи въ короткій періодъ беременности, а выставляетъ остроумную гипотезу, по которой этотъ запасъ желѣза у субъектовъ женскаго пола накапливается, вѣроятно, уже раньше; этимъ, быть можетъ, объясняется чрезвычайно частое появленіе хлороза у субъектовъ женскаго пола. *Bunge* говоритъ слѣдующее: «И такъ, эпителиальная клѣтка молочной железы отбираетъ изъ кровяной плазмы, совершенно отличной отъ нея по своему составу, всѣ неорганическія составныя части въ той вѣсовой пропорціи, въ какой онъ необходимъ грудному ребенку для его роста и для того, чтобы уподобиться родительскому организму».

Если принять во вниманіе, что зола новорожденнаго животнаго, по своему составу, аналогична золѣ материнскаго молока, то изъ этого ясно, въ какой значительной степени построеніе тѣла груднаго ребенка зависитъ отъ состава молока, которымъ онъ питается, и эти замѣчательные физиологическіе факты служатъ еще новымъ основаніемъ къ тому, чтобы давать новорожденному материнское молоко, гдѣ только это возможно.

Далѣе, мы должны, конечно, допустить, что этого *одного* факта уже вполне достаточно для того, чтобы опровергнуть чисто механическое объясненіе дѣятельности молочной железы: онъ свидѣтельствуетъ о томъ, что железистыя клѣтки альвеолъ молочной железы должны обладать совершенно особыми химическими силами.

§ 15. Если прослѣдить процессъ выдѣленія молока, какъ онъ представляется подъ микроскопомъ, то оказывается слѣдующее. Въ прежнее время принимали просто жировое перерожденіе железистаго эпителия съ отпаденіемъ его, послѣ чего обрывки протоплазмы вмѣстѣ съ жировыми каплями будто бы извергаются наружу. Но, по тщательнымъ изслѣдованіямъ *Heidenhain*'а, клѣтки железистаго эпителия, при размноженіи ихъ ядеръ, вырастаютъ по направленію къ просвѣту альвеолы, принимая неправильную булавовидную или цилиндрическую форму; на центральныхъ концахъ этихъ клѣтокъ появляются жировые шарики, выступившіе, быть можетъ, уже въ готовомъ видѣ изъ крови; затѣмъ жировые шарики извергаются въ альвеолы, и послѣ повторнаго изверженія ихъ выходитъ и самая клѣтка, распавшаяся на молекулярные обрывки. Молочные шарики представляютъ не что иное, какъ жировые шарики, приведенные въ состояніе мельчайшей эмульсіи раствореннымъ въ сывороткѣ газеиномъ и не имѣющимъ собственной оболочки. По *Rauber*'у, молочные шарики происходятъ изъ лимфидныхъ тѣлецъ, которыя, проникнувъ чрезъ стѣнку конечныхъ пузырьковъ, попадаютъ въ просвѣтъ этихъ послѣднихъ и здѣсь своимъ распаденіемъ образуютъ составныя части молока. Согласно этому, образованіе молока составляетъ продолженіе питанія

утробнаго плода, которое, по *Rauber*'у, тоже вѣдь происходитъ въ плацентѣ путемъ эмиграціи лимфоидныхъ тѣлецъ.

§ 16. Относительно діеты кормящихъ родильницъ заслуживаетъ вниманія то, что жиръ молока образуется изъ бѣлковыхъ веществъ и что казеинъ происходитъ, конечно, изъ сывороточного бѣлка, образуясь, быть можетъ, дѣйствіемъ фермента въ эпителиальныхъ клѣткахъ альвеоль. Молочный сахаръ образуется въ самой железѣ специфическимъ дѣй-

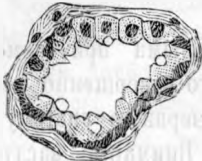


Рис. 12.

Образованіе молока, по *Heidenhain*'у.  
Первая стадія.

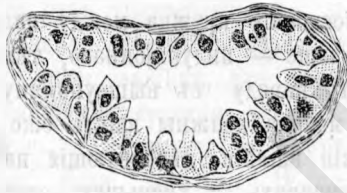


Рис. 13.

Вторая стадія.

ствіемъ эпитеція альвеоль, преимущественно изъ бѣлковыхъ веществъ, въ меньшей степени — изъ жира и випограднаго сахара.

Новыя изслѣдованія въ моей клиникѣ показали, что молочный сахаръ при всякаго рода застаиваніи отдѣленія молочной железы переходитъ въ кровь и въ мочу, но что при отсутствіи такого застоя появленіе сахара въ мочѣ всегда составляетъ признакъ обильнаго образованія молока въ грудной железѣ.

Отдѣленіе молока не происходитъ съ равномернымъ постоянствомъ; оно существенно зависитъ отъ раздраженія, производимаго сосаніемъ; раздраженіе одного соска, возбуждая находящійся въ спинномъ мозгу рефлекторный центръ, вызываетъ отдѣленіе молока изъ обѣихъ грудей — фактъ, достаточно извѣстный кормящимъ родильницамъ подъ именемъ «прилива молока» («Einschiessen»). *Kehrer* избралъ для этого названіе «физиологическая галакторрея»; въ этихъ случаяхъ физиологическимъ образомъ теряется извѣстное количество молока, даже при недостаточномъ его образованіи, а еще болѣе, конечно, при избыточномъ отдѣленіи; теряемое количество составляетъ среднимъ числомъ 8% всего содержимаго соотвѣтствующей груди, но патологическимъ образомъ оно можетъ возрасти до 60% и болѣе.

Это истеченіе молока изъ свободной груди наступаетъ черезъ 5 — 140 секундъ послѣ приложенія ребенка, среднимъ числомъ — черезъ  $\frac{3}{4}$  минуты, и продолжается въ среднемъ выводѣ  $6\frac{3}{4}$  минуты.

Въ нѣсколько большей половинѣ всѣхъ случаевъ истеченіе молока прекращается послѣ окончанія кормленія, нѣсколько менѣе часто — уже раньше; рѣдко оно прекращается непосредственно при окончаніи кормленія.

Люди неопытные часто бываютъ слишкомъ склонны видѣть въ этомъ

истеченіи молока симптомъ чрезмѣрнаго его образованія, что, какъ мы уже сказали, не соотвѣтствуетъ дѣйствительности. Явленіе это, особенно у малокровныхъ женщинъ, часто бываетъ послѣдствіемъ недостаточнаго тонуса гладкихъ мышечныхъ волоконъ околососкового кружка, расположенныхъ приблизительно въ циркулярномъ направленіи; при обыкновенныхъ условіяхъ вполнѣ достаточно жизненнаго тонуса гладкихъ мышечныхъ волоконъ для того, чтобы молочные ходы оставались закрыты; иногда этотъ тонусъ можетъ быть усиленъ посредствомъ сдавливанія околососкового кружка между пальцами или посредствомъ электрическаго тока, чаще — индукціоннаго, чѣмъ постояннаго.

Что наряду съ вышеупомянутыми рефлекторными причинами отдѣленія молока должны вліять еще и другія, — это совершенно ясно; психическія вліянія, дѣйствующія на центральную нервную систему, могутъ и увеличивать, и уменьшать отдѣленіе молока. Вниманія заслуживаетъ тотъ фактъ, что ни возбужденіе, ни перерѣзка видимыхъ нервовъ, направляющихся къ молочной железѣ, не производитъ замѣтныхъ измѣненій въ отдѣленіи молока; что возбужденіемъ сосудорасширяющихъ нервовъ можетъ быть вызвано увеличенное образованіе молока, и что, съ другой стороны, ограниченіе притока крови, вѣроятно, уменьшаетъ отдѣленіе молочной железы. Относительно весьма распространеннаго мнѣнія, будто бы сильныя душевныя возбужденія вредно вліяютъ на качество молока, ничего достовѣрнаго неизвѣстно; я склоненъ отнести всѣ подобнаго рода рассказы въ область фантазій, о чемъ еще будетъ рѣчь при послѣдующемъ изложеніи опытовъ по вопросу о переходѣ растворимыхъ веществъ въ молоко.

§ 17. Что крѣпкія цвѣтуція женщины вообще отдѣляютъ больше молока, чѣмъ женщины слабыя, малокровныя, плохо упитанныя, — это вполнѣ понятно; однако, и индивидуальныя условія тоже играютъ здѣсь большую роль, которую не слѣдуетъ оцѣнивать слишкомъ низко. Извѣстно, что и повидимому очень сильно развитыя груди часто оказываются весьма неудовлетворительными (такъ называемыя жирныя груди); но даже и при тощихъ грудяхъ, состоящихъ исключительно изъ хорошо развитыхъ железистыхъ долей, предсказаніе во время беременности относительно способности къ кормленію должно ставиться съ осторожностью.

Не подлежитъ сомнѣнію, что, совершенно такъ же, какъ и у животныхъ, большое вліяніе здѣсь имѣетъ раса; напр., уроженки Моравіи, Гессена, Нижняго Эльзаса, затѣмъ японки и еврейки пользуются извѣстностью хорошихъ кормилицъ, тогда какъ въ вѣкоторыхъ мѣстахъ, напр. въ окрестностяхъ Базеля, груди развиты довольно скудно. Я убѣжденъ, что когда мы станемъ систематически рекомендовать *всѣмъ* родильницамъ кормленіе грудью, то, помимо пользы для ребенка въ данный моментъ, намъ удастся постепенно, т. е. въ теченіе нѣсколькихъ поколѣ-

ній, путемъ естественнаго подбора, достигнуть того, что женскій полъ сдѣлается опять болѣе пригоднымъ къ кормленію грудью.

Соотвѣтственно различному устройству женскихъ грудей, отдѣляемое количество молока у разныхъ женщинъ тоже весьма различно. Нижеуказанное количество молока, выпиваемое ребенкомъ въ теченіе сутокъ, не имѣетъ здѣсь рѣшающаго значенія, такъ какъ, во первыхъ, мы не знаемъ, выпиваетъ ли ребенокъ все имѣющееся молоко (скорѣе слѣдуетъ предполагать наоборотъ), а во вторыхъ намъ извѣстно, что при «физиологической галакторреѣ» молоко теряется безъ употребленія.

Для врача, во всякомъ случаѣ, выпиваемое ребенкомъ количество молока имѣетъ болѣе важное значеніе. *Gassner* нашелъ, что въ теченіе первыхъ 8-ми дней грудной ребенокъ выпиваетъ среднимъ числомъ 2,15 килогрм.; цифры, полученныя *Krüger*'омъ, тоже даютъ въ суммѣ приблизительно 2 литра въ первую недѣлю. Если, согласно *Winckel*'ю, прибавить сюда еще 25<sup>0</sup>/<sub>100</sub> молока, теряемаго безъ употребленія, то, конечно, получатся цифры гораздо болѣе высокія.

Но для насъ важно знать не столько общую сумму молока въ первую недѣлю, сколько именно то, въ какой мѣрѣ требуемое количество его возрастаетъ съ каждымъ днемъ родильнаго періода:

Дни:	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й	11-й
по <i>Krüger</i> 'у	—	96	192	234	363	441	501	518	621	648	705 грм.
по <i>Hähner</i> 'у	44	130	192	266	352	385	393	411	425 грм.	—	—

Точно также имѣются обстоятельныя изслѣдованія *Ahlfeld*'а, *Sammerer*'а, *Hähner*'а и др. авторовъ относительно средняго ежедневнаго количества выпиваемаго молока, причѣмъ опредѣленія производились непрерывно по цѣлымъ мѣсяцамъ:

	<i>Ahlfeld</i>	<i>Hähner</i>
на 4-й недѣлѣ	576 грм.	594 грм.
» 5-й »	655 »	663 »
» 6-й »	791 »	740 »
» 7-й »	811 »	880 »
» 8-й »	845 »	835 »
» 9-й »	810 »	766 »
» 10-й »	821 »	818 »
» 11-й »	838 »	742 »
» 12-й »	842 »	808 »
» 13-й »	924 »	811 »
» 17-й »	1010 »	—
» 18-й »	1042 »	—
» 19-й »	990 »	—
» 20-й »	994 »	—
» 21-й »	1098 »	—
» 27-й »	1094 »	—



Необходимо знать нѣсколько подобныхъ рядовъ цифръ для того, чтобы при случаѣ имѣть возможность выяснить путемъ сравненія, достаточно ли ребенокъ насыщается грудью матери или кормилицы.

Давно уже извѣстно, что отдѣленіе молока во время менструаціи вообще нѣсколько уменьшается; увеличеннаго же отдѣленія молока во время менструаціи, какъ это утверждаютъ *Tilt* и др. авторы, я никогда не видалъ; да и съ физиологической точки зрѣнія совершенно неправдоподобно, чтобы во время болѣе значительнаго кровонаполненія органовъ малаго таза происходилъ болѣе сильный приливъ крови и къ грудной железнѣ. Скорѣе можно думать, что здѣсь играетъ роль химическое измѣненіе молока; нѣкоторыя дѣти бываютъ въ это время поразительно безпокойны, часто плачутъ, даже при достаточномъ количествѣ молока, и имѣютъ зеленыя испражненія. Видѣть въ появленіи менструаціи достаточное основаніе къ отнятію ребенка отъ груди безусловно несправедливо, если ребенокъ при этомъ прибавляется въ вѣсъ. Обильныя потери крови, влекуція за собою анэмію женщины, могутъ, конечно, оказывать на количество молока неблагоприятное вліяніе.

Врачу чрезвычайно трудно по одному внѣшнему виду молока судить о томъ, удовлетворительно ли оно или нѣтъ; помимо вышеуказанной микроскопической картины, врачъ долженъ для разрѣшенія этого вопроса преимущественно руководствоваться прибавленіемъ ребенка въ вѣсъ. Иногда дѣло можетъ быть рѣшено только на основаніи вкуса молока; такъ, напр., я припоминаю одинъ случай, гдѣ грудной ребенокъ рѣшительно не хотѣлъ сосать грудь, причемъ оказалось, что молоко имѣетъ своеобразно неприятный вкусъ.

Полезно также, по совѣту *Conrad'a*, опредѣлять лактобутирометромъ *Marchand'a* содержаніе жира въ молоко (7 — 12 градусовъ = 3 — 4% жира); — эта проба, въ соединеніи съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ, безусловно имѣетъ практическія достоинства, въ чемъ я убѣдился на большемъ числѣ случаевъ.

## Глава II

### Общее состояніе организма въ родильномъ періодѣ.

#### Состояніе температуры тѣла въ родильномъ періодѣ.

§ 18. Наряду съ обратнымъ развитіемъ половыхъ органовъ, для теченія родильнаго періода имѣетъ значеніе прежде всего состояніе температуры тѣла. Послѣ того какъ *Wunderlich* ввелъ термометрію у постели больныхъ, *Winckel* впервые произвелъ и обнародовалъ регулярныя наблюденія температуры у родильницъ, а за нимъ послѣдовали *Schröder* и др. Впродолженіе нѣкотораго времени всѣ обращали преимущественное вниманіе на результаты измѣренія температуры и изъ-за

этого нѣсколько пренебрегали значеніемъ пульса для нормальнаго и патологическаго родильнаго періода, тогда какъ теперь значеніе его опять всѣми признается въ полномъ объемѣ. Я долженъ сказать, что скорѣе предпочелъ бы обходиться безъ измѣреній температуры, чѣмъ безъ наблюденія за пульсомъ родильницъ; наилучшіе результаты даетъ параллельное наблюденіе за пульсомъ и температурою и сравненіе ихъ между собою.

При нормальномъ теченіи родовъ, даже при большой продолжительности періода изгнанія, температура въ подмышечной впадинѣ не должна превышать  $38^{\circ},0$ . Вслѣдъ за рожденіемъ ребенка, иногда еще до изгнанія плаценты, а иногда лишь послѣ него, наступаетъ потрясающій ознобъ, который, по объясненію *Pfannkuch*'а, обусловливается будто бы выходомъ плода, представляющаго для матери источникъ теплоты. Но объясненіе это невѣрно: ознобъ отсутствуетъ совсѣмъ не рѣдко, и притомъ какъ-разъ при быстро протекающихъ родахъ у многородящихъ, а съ другой стороны, онъ встрѣчается и при родахъ мертво-гнилымъ плодомъ. Мнѣ кажется, что въ настоящее время приступы озноба вообще наблюдаются далеко не такъ часто, какъ прежде. Причиною озноба нужно считать прежде всего неизбежное обнаженіе и смачиваніе тѣла роженицы, у которой между тѣмъ, вслѣдствіе значительнаго напряженія силъ во время родового акта, кожа въ большинствѣ случаевъ покрыта обильнымъ потомъ; къ этому еще присоединяется, какъ при законныхъ, такъ и незаконныхъ родахъ, легко понятное психическое волненіе. Такъ какъ мышечныя напряженія, съ которыми связанъ родовый актъ, обыкновенно вызываютъ умѣренное повышеніе температуры во время родовъ, то скорѣе слѣдуетъ объяснять этотъ ознобъ несоотвѣтствіемъ температуры внутри тѣла и на поверхности кожи.

Измѣренія температуры въ родильномъ періодѣ должны были бы всегда производиться въ подмышечной впадинѣ, предварительно хорошо высушенной. Измѣренія температуры во влагалницѣ опасны, такъ какъ, во первыхъ, ушибы и разрывы наружныхъ половыхъ частей легко могутъ быть повреждены введеніемъ термометра, причемъ можетъ произойти свѣжая прививка послѣродоваго очищенія, а во вторыхъ низшій персоналъ родильнаго дома можетъ занести заразу при отсутствіи надлежащей осторожности. На томъ же основаніи я для большинства случаевъ отвергаю измѣренія температуры въ прямой кишкѣ у родильницъ.

Вопреки воззрѣніямъ старинныхъ и нѣкоторыхъ новѣйшихъ авторовъ, я твердо держусь того мнѣнія, что колебанія температуры въ нормальномъ родильномъ періодѣ бывають лишь немногимъ больше тѣхъ, какія вообще встрѣчаются у здоровыхъ людей. Разница только въ томъ, что нормальная граница температуры у родильницъ лежитъ нѣсколько выше. Опредѣленіе той верхней границы, до которой родильный періодъ еще можетъ считаться нормальнымъ, всегда имѣетъ въ себѣ нѣчто произвольное; я съ давнихъ поръ считалъ верхнею границею  $38^{\circ},0$  въ подмы-

печной впадинѣ и признавалъ патологическимъ даже однократное повышение температуры до  $38^{\circ},1$ ; другіе авторы склонны считать верхнимъ нормальнымъ предѣломъ даже  $38^{\circ},2$ ; но допускать еще болѣе высокой предѣлъ я признаю несправедливымъ, какъ это показываютъ уже и результаты бактериологическаго изслѣдованія.

§ 19. Всѣ наблюдатели согласны между собою въ томъ, что и при совершенно асептически протекающемъ родильномъ періодѣ наступаетъ въ первые 12 часовъ послѣ родовъ умѣренное повышение температуры тѣла; если повышение это совпадаетъ съ физиологическимъ вечернимъ повышениемъ температуры, то вслѣдствіе суммированія обоихъ эффектовъ температура можетъ подняться до  $38^{\circ},5$ ; если же, наоборотъ, оно совпадаетъ съ физиологическимъ утреннимъ минимумомъ, то оно или совсѣмъ не обнаруживается, или остается малю замѣтнымъ. *Schröder*, о которомъ современные молодые врачи, воспитанные болѣе въ оперативномъ духѣ, должны были бы знать, что и онъ нѣкогда работалъ надъ этимъ вопросомъ, даетъ слѣдующія точныя указанія: «Если роды наступили между 9 и 11 ч. пополудни, то никакого повышения температуры (при двукратномъ или троекратномъ измѣреніи) не замѣчается. Температура непрерывно падаетъ до слѣдующаго вечера.

Если роды наступили между полночью и 4 ч. утра, то замѣчается до 8 ч. утра незначительное повышение температуры, которая затѣмъ начинаетъ падать. Если роды наступаютъ между 5 и  $8\frac{1}{2}$  ч. утра, то температура до 2 ч. пополудни поднимается на  $0^{\circ},6$  и затѣмъ до 11 ч. пополудни падаетъ на  $1^{\circ},1$ .

Если роды наступили между 11 ч. утра и 2 ч. пополудни, то наблюдается до 5 ч. вечера наибольшее въ среднемъ выводѣ повышение температуры тѣла ( $38^{\circ},55$ ), а затѣмъ болѣе низкаго уровня она достигаетъ лишь въ слѣдующее утро. Если роды наступили между 3 и 8 ч. пополудни, то нельзя констатировать никакого повышения средней температуры тѣла.

Во все время моей клинической дѣятельности я точно слѣдилъ за утренними и вечерними температурами моихъ родильницъ и могу только подтвердить вышеприведенныя указанія *Schröder*'а.

Въ дальнѣйшемъ своемъ теченіи температура тѣла колеблется между  $37^{\circ},0$  и  $37^{\circ},9$ , достигая иногда къ вечеру  $38^{\circ},0$ ; въ послѣдующіе дни родильнаго періода, начиная съ 5-го или 6-го, а у многородящихъ иногда уже со 2-го, утреннія температуры падаютъ ниже  $37^{\circ},0$ , а вечернія въ концѣ 1-й и въ продолженіе 2-й недѣли достигаютъ, самое большее,  $37^{\circ},4$ — $37^{\circ},6$ .

Я могу подтвердить и то, что у первородящихъ средняя температура бываетъ нѣсколько болѣе высока, чѣмъ у многородящихъ. Причина этого заключается несомнѣнно въ болѣе многочисленныхъ поврежденіяхъ мягкихъ частей у первородящихъ. Напротивъ того, я долженъ безусловно

остаться при томъ мнѣніи, что въ нормальномъ родильномъ періодѣ не бываетъ лихорадки, и что не существуетъ также молочной лихорадки, которая еще могла бы быть отнесена въ нормальныя рамки родильнаго періода; основанія для этого мнѣнія будутъ приведены ниже.

Послѣ обильныхъ потерь крови температура тѣла падаетъ ниже нормы, до  $34^{\circ}$  или  $35^{\circ}$  Ц.; однако, эти низкія температуры, обусловленные упадкомъ силъ, обыкновенно въ первые 24 часа опять поднимаются до нормы.

### Состояніе пульса.

§ 20. По меньшей мѣрѣ столь же важное значеніе имѣетъ въ нормальномъ родильномъ періодѣ частота пульса.

Тогда какъ во время родовъ и особенно къ концу періода изгнанія частота пульса, естественнымъ образомъ, бываетъ значительно повышена, послѣ нормально протекшаго періода изгнанія плаценты возбужденная сосудистая система вскорѣ успокаивается, особенно, если роженица въ этомъ періодѣ не потеряла чрезмѣрнаго количества крови. Пульсъ въ первое время послѣ родовъ бываетъ мягкимъ, но затѣмъ вскорѣ становится болѣе напряженнымъ, особенно у многородящихъ.

Затѣмъ замѣчателенъ тотъ фактъ, что при нормальномъ теченіи родильнаго періода не только наблюдается пониженіе частоты пульса до 60—70 ударовъ, какъ и вообще у всякаго человѣка при спокойномъ лежаніи въ постели, но и замедленіе пульса до 40—50 ударовъ не составляетъ рѣдкости, между тѣмъ какъ паденіе его ниже 40 ударовъ встрѣчается довольно рѣдко; наименьшее число пульсовыхъ ударовъ, которое мнѣ пришлось наблюдать, было 36, но другіе авторы находили даже 30 ударовъ въ минуту. Это давно уже извѣстное замедленіе пульса у родильницъ должно было, конечно, казаться въ высшей степени страннымъ, тѣмъ болѣе, что при всякихъ другихъ условіяхъ подобное замедленіе пульса представляетъ серьезный патогностическій симптомъ, какъ наприм. при давленіи на головной мозгъ. Поэтому были сдѣланы многочисленныя попытки объяснить послѣродовое замедленіе пульса; но я не могу здѣсь вдаваться въ разборъ всѣхъ существующихъ объясненій, такъ какъ это завело бы меня слишкомъ далеко. Продолжительное покойное лежаніе въ постели, скудная діета, потери соковъ черезъ различныя выдѣленія встрѣчаются и при другихъ условіяхъ, не вызывая, однако, никакого замедленія пульса. Мнѣніе *Olshausen'a*, будто бы причиною замедленія пульса служитъ жировое перерожденіе мускулатуры матки и именно поступленіе жировыхъ частицъ въ кровеносную систему, — мнѣніе это точно также несостоятельно, потому что жировыя частицы не переходятъ въ кровь, какъ таковыя. Опыты *Rassmann'a* надъ животными, на которые ссылается *Olshausen* въ доказательство своего мнѣнія, производились при условіяхъ совершенно отличныхъ отъ тѣхъ, какія

существуютъ у родильницъ. *Temesvary* и *Bücker* высказываются въ томъ смыслѣ, что причиною замедленія пульса въ родильномъ періодѣ служитъ измѣненное качество крови; но мнѣніе это не идетъ далѣе простой гипотезы. *Schröder* объясняетъ замедленіе пульса тѣмъ, что сердце, нѣсколько гипертрофированное еще со времени беременности, имѣетъ возможность послѣ родовъ удовлетворять своей облегченной задачѣ меньшимъ числомъ пульсовыхъ ударовъ; однако, объясненіе это страдаетъ тѣмъ недостаткомъ, что исходнымъ пунктомъ для него служитъ предположеніе о физиологической гипертрофіи сердца во время беременности, а предположеніе это подвергается другими авторами большому сомнѣнію. Наконецъ, то объясненіе, что замедленіе пульса находится въ связи съ существующимъ въ родильномъ періодѣ увеличеніемъ жизненной емкости легкихъ, точно также недостаточно подкрѣплено фактами, хотя оно и основывается на физическомъ опытѣ *G. v. Liebig*'а, согласно которому при увеличенномъ присасываніи надъ исходнымъ пунктомъ искусственнаго циркуляціоннаго прибора уменьшается скорость циркулирующей жидкости.

Мнѣ кажется, что и здѣсь, совершенно такъ же, какъ при патологическомъ давленіи на мозгъ или при замедленіи сердечной дѣятельности плода во время потуги, мы должны были бы считать первичною причиною замедленія пульса раздраженіе блуждающаго нерва; кромѣ того, замедленію пульса могутъ, конечно, способствовать еще и различныя другія условія.

Мы должны признать доказанный фактъ, что вообще кровяное давленіе въ родильномъ періодѣ понижается; это должно быть особенно въ брюшной полости родильницъ, имѣющихъ очень вялые брюшные покровы. Между тѣмъ, по изслѣдованіямъ *Ludwig*'а и *Thiry*, пониженіе кровянаго давленія въ сердцѣ вызываетъ уменьшеніе частоты пульса. Это пониженіе кровянаго давленія, слѣдовательно, очень хорошо объясняетъ послѣродовое замедленіе пульса, такъ какъ давленіе понижается лишь постепенно; и въ самомъ дѣлѣ, замедленіе пульса рѣдко наступаетъ уже въ первый день послѣ родовъ, а обыкновенно лишь между 2-мъ и 5-мъ. Точно также сравнительно болѣе низкое внутрибрюшное давленіе у многородящихъ объясняетъ тотъ фактъ, что у нихъ замедленіе пульса встрѣчается чаще, чѣмъ у первородящихъ; при этомъ, вѣроятно, еще играетъ роль то обстоятельство, что замедленію пульса у первородящихъ противоудѣйствуютъ различныя условія, подѣ влияніемъ которыхъ пульсъ учащается. Наконецъ, по аналогіи съ опытомъ *Goltz*'а, можно допустить, что послѣродовому замедленію пульса способствуетъ также раздраженіе центростремительныхъ волоконъ въ нервномъ узлѣ *Frankenhäuser*'а механическими влияніями родоваго акта (періоды раскрытія и изгнанія).

Впрочемъ, замедленіе пульса иногда бываетъ только кажущееся, а въ дѣйствительности при выслушиваніи сердца мы находимъ второе,

болѣе слабое сокращеніе, которое не въ состояніи прогнать пульсовую волну въ лучевую артерію.

Это замедленіе пульса, по единогласному свидѣтельству авторовъ, имѣетъ весьма благопріятное прогностическое значеніе: присутствіе его указываетъ на то, что послѣродовые процессы обратнаго развитія находятся въ полномъ дѣйствіи. Замедленіе пульса въ большинствѣ случаевъ исчезаетъ съ окончаніемъ первой недѣли; при лихорадочныхъ заболѣваніяхъ оно не появляется вовсе, а послѣ выкидышей въ первые мѣсяцы беременности оно точно также въ большинствѣ случаевъ не наблюдается.

§ 21. Гораздо рѣже встрѣчается въ нормальномъ родильномъ періодѣ ненормальное учащеніе пульса безъ лихорадки; оно наблюдается у малокровныхъ родильницъ, особенно послѣ обильныхъ потерь крови во время родовъ, а также и у родильницъ, страдающихъ болѣзнями сердца; значительное учащеніе пульса (100 — 120 ударовъ въ минуту) при удовлетворительномъ общемъ состояніи и при отсутствіи большой потери крови во время родовъ далеко не рѣдко наводитъ на діагнозъ хроническаго порока сердца.

Аритмія пульса, т. е. исчезаніе его послѣ каждаго 3 — 5 ударовъ, наблюдается одинаково часто у родильницъ, страдающихъ общимъ малокровіемъ или пороками сердца, тогда какъ при нормальномъ состояніи родильницъ она въ большинствѣ случаевъ отсутствуетъ. Шумы въ сосудахъ, встрѣчающіеся особенно у беременныхъ, наблюдаются и у родильницъ, хотя, быть можетъ, нѣсколько рѣже; они бываютъ особенно явственными у верхушки сердца или же во 2-мъ или 3-мъ межреберномъ пространствѣ; существеннаго значенія они не имѣютъ.

Количество крови у родильницъ уменьшается, соответственно выключенію обширнаго маточно-плацентарнаго сосудистаго русла. Содержаніе гемоглобина, которое, по моимъ изслѣдованіямъ, бываетъ увеличено у хорошо упитанныхъ беременныхъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности, быстро уменьшается въ первое время послѣ родовъ и только впослѣдствіи опять медленно увеличивается.

### Состояніе дыханія, отдѣленія пота и мочи.

§ 22. Соотвѣтственно измѣненіямъ въ кровообращеніи, замѣчаются и въ области дыханія небольшія измѣненія, не столь рѣзко бросающіяся въ глаза. Понятно, что съ опущеніемъ грудобрюшной преграды въ родильномъ періодѣ легкія опять получаютъ большій объемъ; слѣдовательно, отдѣльное дыхательное движеніе можетъ производить болѣе совершенную вентиляцію легкаго. Вмѣстѣ съ тѣмъ доказано, что въ родильномъ періодѣ, по сравненію съ беременностью, удлиняется передне-задній размѣръ основанія грудной кѣтки и увеличивается жизненная емкость легкихъ; поэтому число дыхательныхъ движеній въ родильномъ періодѣ ока-

зывается гораздо меньшимъ, чѣмъ во время беременности, и составляетъ въ среднемъ выводъ 15—20 въ минуту; различные типы дыханія — реберный, брюшной и смѣшанный — встрѣчаются у родильницъ почти одинаково часто.

§ 23. Въ связи съ измѣненіями органовъ кровообращенія нужно сказать нѣсколько словъ объ отдѣленіи пота въ родильномъ періодѣ. Можно со спокойною совѣстью сказать, что не существуетъ такого отдѣленія пота, которое было бы свойственно именно родильному періоду. Повидимому, въ прежнее время, — когда подъ влияніемъ ученія о простудѣ, какъ этиологическомъ моментѣ послѣродовыхъ болѣзней, тщательно устранили отъ родильницы всякую возможность простудиться, когда всячески старались способствовать транспираціи, преграждая доступъ свѣжему воздуху, укутывая родильницу теплыми одѣялами и давая ей для питья потогонныя жидкости въ обильномъ количествѣ, — отдѣленіе пота въ родильномъ періодѣ встрѣчалось такъ часто, что именно въ силу этого оно стало считаться чѣмъ-то необходимымъ и ему стали даже приписывать значеніе благоприятнаго симптома. Далѣе, нельзя отрицать, что у нѣкоторыхъ родильницъ происходитъ болѣе или менѣе обильное отдѣленіе пота, особенно если ихъ накрываютъ тотчасъ послѣ родовъ толстымъ одѣяломъ и при этомъ даютъ имъ теплое питье. Съ другой стороны, намъ часто случается видѣть такихъ родильницъ, у которыхъ это отдѣленіе пота совсѣмъ не наступаетъ или появляется лишь въ незначительной степени. Но, во всякомъ случаѣ, возможно, что организмъ родильницы стремится различными путями освободиться отъ избытка жидкостей, количество которыхъ непосредственно послѣ родовъ въ самомъ дѣлѣ оказывается чрезмерно большимъ, а такъ какъ отдѣленіе молока и послѣродовое очищеніе начинаются лишь спустя нѣкоторое время, то нельзя отвергать, что у нѣкоторыхъ родильницъ отдѣленіе пота имѣетъ въ этомъ смыслѣ извѣстное значеніе.

§ 24. Гораздо большее значеніе въ этомъ смыслѣ имѣетъ состояніе мочеотдѣленія. Намъ повседневно приходится видѣть, что мочевой пузырь непосредственно послѣ родовъ, часто еще до изгнанія плаценты, сильно наполняется мочою, такъ что первое мочеиспусканіе часто оказывается для родильницы невозможнымъ безъ помощи катетера.

Если признать, что среднее суточное количество мочи у здоровой женщины составляетъ 900—1200 куб. см., то оказывается, что для первыхъ 8 дней родильнаго періода всѣ авторы, занимавшіеся изслѣдованіемъ этого вопроса, получили въ среднемъ выводъ болѣе высокія цифры, именно отъ 1300 до 1400 куб. см. Но тогда какъ прежде были склонны думать, что у родильницъ въ 1-й день послѣ родовъ количество мочи увеличено въ сравненіи съ количествомъ ея у беременныхъ, — изслѣдованія *Kehrer*'а, который при этомъ ставилъ беременныхъ женщинъ въ тѣ же самыя условія жизни и питанія, въ какихъ находится

родильница, показали, что абсолютное количество мочи у родильниц приблизительно на 20% меньше, чѣмъ у беременныхъ. Другими авторами было упущено изъ виду, что беременныя, соответственно значительному увеличенію ихъ вѣса, должны отдѣлять мочу въ гораздо большемъ количествѣ, чѣмъ женщины не-беременныя, и разъясненіе этой ошибки должно быть поставлено *Kehrer*'у въ положительную заслугу.

Обильное количество мочи въ первый день послѣ родовъ несомнѣнно зависитъ отъ внезапнаго уменьшенія давленія на почечные сосуды, такъ какъ обстоятельство это, вмѣстѣ съ чрезмѣрно большимъ количествомъ жидкости въ организмѣ родильницы и съ усиленною дѣятельностью сердца, должно имѣть своимъ послѣдствіемъ увеличенное отдѣленіе изъ почекъ. Уменьшеніе же количества мочи со втораго дня родильнаго періода объясняется быстрымъ паденіемъ кровянаго давленія въ аортѣ и потерю жидкости вслѣдствіе образованія пота, послѣродоваго очищенія и отдѣленія молока. Впрочемъ, даже и на второй день послѣ родовъ количество мочи еще нѣсколько превышаетъ среднюю нормальную цифру, затѣмъ на 3-й день оно падаетъ ниже нормы, а на 4 — 5-й день опять медленно увеличивается и послѣ этого продолжаетъ держаться на среднемъ уровнѣ.

Выдѣленіе мочевины не идетъ параллельно съ выдѣленіемъ воды. Впрочемъ, относительно этого еще существуетъ мало достовѣрныхъ наблюденій. Что выдѣленіе мочевины, служащее мѣриломъ распаденія бѣлковыхъ веществъ въ организмѣ, должно быть незначительнымъ въ первый и во второй день послѣ родовъ, это было ясно а *rigor*; начиная съ 3 — 5-го дня, количество выдѣляемой мочевины увеличивается до 26,5 грм., а по другимъ авторамъ — до 60,0 грм. въ сутки (въ первомъ случаѣ моча содержитъ около 2% мочевины). Это увеличенное выдѣленіе мочевины выражаетъ собою существующее въ родильномъ періодѣ повышеніе обмѣна веществъ, которое, вѣроятно, находится въ связи не съ обратнымъ развитіемъ половыхъ органовъ, а съ процессами распаденія бѣлковыхъ веществъ для образованія молока. И дѣйствительно, при разстройствѣхъ кормленія грудью, когда молоко отдѣляется въ меньшемъ количествѣ и когда распаденіе бѣлковыхъ веществъ вслѣдствіе этого ограничивается, мы видимъ, что количество выдѣляемой мочевины немедленно уменьшается.

Достойно вниманія, что усиленная мышечная работа матери во время родовъ не имѣетъ своимъ послѣдствіемъ увеличеннаго выдѣленія мочевины; этотъ фактъ не представляетъ ничего страннаго, если вспомнить извѣстный опытъ *Fick*'а относительно выдѣленія мочевины при восхожденіи на Фаульгорнъ.

Выдѣленіе поваренной соли мочою родильницъ приблизительно соответствуетъ нормѣ и, вѣроятно, главнымъ образомъ бываетъ пропорционально количеству поваренной соли, введенному вмѣстѣ съ пищею. Вы-



дѣленіе фосфатовъ и сульфатовъ въ родильномъ періодѣ происходитъ приблизительно параллельно выдѣленію мочевины, т. е. послѣ первоначальнаго уменьшенія оно достигаетъ своего максимума на 3-й и 4-й день родильнаго періода, соотвѣтственно тѣмъ химическимъ превращеніямъ, которыя совершаются въ тѣлѣ при начинающемся болѣе обильномъ отдѣленіи молока.

§ 25. Морфологическихъ составныхъ частей нормальная моча родильницъ не содержитъ. Но само собою понятно, что для точности изслѣдованія, во избѣжаніе примѣси послѣродоваго очищенія, всегда нужно выпускать мочу катетеромъ.

Изъ ненормальныхъ составныхъ частей, которыя могутъ содержаться въ мочѣ, насъ интересуютъ главнымъ образомъ 3 вещества: бѣлокъ, сахаръ и пептонъ.

Альбуминурія въ родильномъ періодѣ встрѣчается вообще рѣдко и уже не входитъ въ рамки фізіологическихъ измѣненій органовъ кровообращенія. Если оставить въ сторонѣ паренхиматозныя заболѣванія почекъ, то во всѣхъ случаяхъ, гдѣ во время беременности появляется бѣлокъ въ мочѣ вслѣдствіе застоя крови въ почечныхъ сосудахъ, онъ быстро исчезаетъ изъ нея въ первые 2 — 3 дня родильнаго періода, такъ что продолжающееся выдѣленіе бѣлка указываетъ въ большинствѣ случаевъ на органическое заболѣваніе почекъ. Но даже и въ послѣдняго рода случаяхъ мнѣ приходилось много разъ видѣть, что при несомнѣнной сморщенной почкѣ количество бѣлка въ мочѣ послѣ изгнанія плода уменьшалось въ родильномъ періодѣ до ничтожныхъ слѣдствъ, или бѣлокъ исчезалъ изъ нея совершенно.

Для дифференціального діагноза нужно обращать вниманіе на то, не есть ли альбуминурія въ родильномъ періодѣ послѣдствіе катарра мочеиспускательнаго канала, мочеваго пузыря или почечной лоханки.

Въ тѣхъ случаяхъ моего наблюденія, гдѣ эклампсія появлялась лишь въ родильномъ періодѣ, бѣлокъ въ мочѣ обнаруживался большею частью уже послѣ экламптическихъ приступовъ. Наконецъ, необходимо еще упомянуть, что вслѣдствіе хлороформированія при акушерскихъ операціяхъ, подобно тому какъ и при хирургическихъ, можетъ появиться въ первые дни родильнаго періода временная альбуминурія, которая обыкновенно очень быстро исчезаетъ.

Напротивъ того, присутствіе сахара въ мочѣ родильницъ должно считаться явленіемъ до извѣстной степени фізіологическимъ. Впервые на это обстоятельство обратилъ вниманіе *Blot*; онъ былъ склоненъ думать, что сахаръ въ мочѣ часто встрѣчается какъ у беременныхъ, такъ и у родильницъ; количество сахара будто бы пропорціонально той энергіи, съ какою происходитъ отдѣленіе молока, такъ что при разстройствахъ кормленія грудью сахаръ будто-бы совершенно исчезаетъ изъ мочи. Этому вопросу были посвящены многочисленныя изслѣдованія, изъ которыхъ

одни привели къ чисто отрицательному результату, а другія — къ положительному, въ смыслѣ *Blot*. Вопросъ о томъ, находится ли въ мочѣ родильницъ виноградный или молочный сахаръ, былъ разрѣшенъ *Hofmeister*'омъ въ пользу послѣдняго. Поэтому здѣсь не можетъ идти дѣло о физиологическомъ диабетѣ, гдѣ печень была бы не въ состояніи накоплять въ видѣ гликосгена существующій въ крови избытокъ сахара; равнымъ образомъ невозможно себѣ представить, откуда могло бы взяться увеличенное содержаніе сахара въ крови родильницы тотчасъ послѣ родовъ, когда уменьшено количество принимаемой пищи и вмѣстѣ съ тѣмъ ограничено всасываніе изъ кишечника. Слѣдовательно, гораздо болѣе понятно предположеніе, что присутствіе сахара въ мочѣ родильницъ обуславливается поступленіемъ молочнаго сахара въ кровь; если содержаніе сахара въ крови поднимается выше 0,3%, то, подобно тому какъ при экспериментальномъ введеніи его, онъ появляется въ мочѣ.

Такъ какъ разрѣшеніе этого вопроса казалось мнѣ весьма желательнымъ, особенно съ клинической точки зрѣнія, то я и предложилъ д-ру *Neu*'ю произвести въ моей клиникѣ тщательныя изслѣдованія, которыя, къ удивленію, подтвердили какъ заявленія самого *Blot*, такъ и заявленія его противниковъ.

Изслѣдованія эти показали, съ одной стороны, что поступленіе сахара въ мочу обуславливается застоємъ молока въ грудной железѣ; этотъ застой, встрѣчается особенно со 2 — 5-го дня родильнаго періода, и притомъ уже послѣ выкидышей на 5-мъ мѣсяцѣ беременности, тогда какъ послѣ выкидышей на 3-мъ мѣсяцѣ мы не могли констатировать присутствіе сахара въ мочѣ; если ребенокъ энергично сосетъ грудь, то сахаръ въ большинствѣ случаевъ исчезаетъ изъ мочи. Если родильница по какимъ либо причинамъ не кормитъ грудью, напр. вслѣдствіе слабости ребенка, или же, если ребенокъ внезапно отнять отъ груди, напр. при начинающемся маститѣ, то немедленно появляется сахаръ въ мочѣ. Но, съ другой стороны, мы могли подтвердить и заявленіе *Blot*, что сахаръ переходитъ въ мочу при обильно наполненныхъ молокомъ грудяхъ, даже если ребенокъ напивается до-сыта; количество сахара рѣдко превышало 1%. Поэтому я склоненъ думать, что присутствіе сахара въ мочѣ кормящей родильницы свидѣтельствуетъ о достаточномъ содержаніи молока въ грудныхъ железахъ; такимъ образомъ при выборѣ кормилицы слѣдовало бы обращать вниманіе на этотъ признакъ.

Вопросъ этотъ еще требуетъ дальнѣйшихъ изслѣдованій; но, во всякомъ случаѣ, уже и теперь позволительно думать, что усиленнымъ введеніемъ углеводовъ возможно увеличить количество сахара въ молокѣ.

Напротивъ того, присутствіе пептона въ мочѣ родильницъ представляетъ до сихъ поръ мало клиническаго интереса и имѣетъ болѣе теоретическое значеніе. Какъ при всѣхъ вообще процессахъ, сопровождаемыхъ образованіемъ гноя, пептонурія постоянно встрѣчается и въ ро-

дильномъ періодѣ; именно, она всегда существуетъ со второй половины 1-го дня до 4-го, часто до 7-го, а послѣ 12-го дня моча никогда уже не содержитъ пептона (*Fischel*). Родила ли женщина въ первый или уже не въ первый разъ, кормить ли она грудью или нѣтъ, были ли роды срочные или преждевременные, — все это не имѣетъ относительно пептонуріи никакого значенія. У беременныхъ пептонъ въ мочѣ встрѣчается менѣе часто; равнымъ образомъ и у родильницъ онъ не всегда оказывается въ послѣродовомъ очищеніи, но зато мы всегда его находимъ въ самой мускулатурѣ матки. Поэтому естественно думать, что пептонурія происходитъ вслѣдствіе превращенія въ пептонъ бѣлковыхъ веществъ мускулатуры матки при ея обратномъ развитіи, какъ и вообще всякая пептонурія является послѣдствіемъ распаденія умирающихъ тканевыхъ элементовъ. Дѣйствительно, въ одномъ случаѣ послѣ операціи *Porro* не было найдено пептона въ мочѣ.

Кто интересуется нѣсколько кропотливымъ способомъ химическаго опредѣленія пептона въ мочѣ, тотъ можетъ справиться въ сочиненіи *Jaksch'a*: *Klinische Diagnostik*. 2 Aufl. Wien 1889.

Впрочемъ, судя по тѣмъ даннымъ, которые приведены въ вышеуказанной книгѣ, констатированіе пептона имѣетъ большее значеніе при дифференціальномъ распознаваніи внутреннихъ болѣзней, чѣмъ въ физиологическомъ родильномъ періодѣ.

§ 26. Что касается введенія пищевыхъ веществъ, то въ первое время родильницы имѣютъ очень мало желанія принимать укрѣпляющую и жирную пищу. За немногими исключеніями, въ первые 2—3 дня послѣ родовъ преобладаетъ стремленіе къ жидкой пищѣ. Лишь съ 3-го или 4-го дня аппетитъ нѣсколько увеличивается, и родильница опять начинаетъ требовать своей обычной твердой пищи, особенно — мяса и хлѣба. Большинство родильницъ постепенно возвращаются къ своей привычной діетѣ на 2-й недѣлѣ, а другія лишь на 3-й недѣлѣ послѣ родовъ.

Если въ новѣйшее время нѣкоторые авторы совѣтуютъ, въ интересахъ обильнаго образованія молока, давать родильницамъ уже съ перваго дня привычную для нихъ пищу въ обильномъ количествѣ и если они для сравненія указываютъ на животныхъ, которыя послѣ родовъ точно также не налагаютъ на себя никакихъ стѣсненій относительно питанія, то на это можно возразить, что животныя послѣ родовъ не обречены на внезапный покой, который вынуждены соблюдать женщины въ родильномъ періодѣ; животныя поставлены въ необходимость тотчасъ послѣ родовъ добывать себѣ пищу и могутъ въ большинствѣ случаевъ безъ всякаго вреда дозволить себѣ большія движенія. Напротивъ того, женщина послѣ родовъ, особенно если она принадлежитъ къ рабочему классу, обречена на внезапный покой, тогда какъ раньше ей приходилось заниматься физическимъ трудомъ, часто даже утомительнымъ; поэтому самая потребность въ питательной пищѣ уменьшается, и, мало того, перепол-

неніе кишечнаго канала сопряжено съ опасностью задержки каловыхъ массъ и воспаленія кишекъ.

Въ виду всего этого, какъ бы ни было рационально то, что употреблявшіяся въ прежнее время жидкія похлебки окончательно теперь оставлены и что родильницамъ съ самаго начала даютъ въ обильномъ количествѣ питательную, богатую бѣлками, но при этомъ легко варимую пищу, я считаю однако нецѣлесообразнымъ уже съ самаго начала назначать родильницамъ привычную для нихъ твердую пищу.

Въ родильномъ періодѣ преобладаетъ чувство жажды; непосредственно послѣ родовъ значительно увеличена отдача воды черезъ кожу и почки, а затѣмъ вскорѣ становится сильно замѣтно отдача жидкостей изъ тѣла путемъ послѣродоваго очищенія и особенно путемъ отдѣленія молока; последнее обстоятельство очень понятно, если вспомнить о томъ, что родильница уже въ концѣ первой недѣли должна ежедневно доставлять ребенку среднимъ числомъ 300—450 куб. см. молока, а на второй недѣлѣ болѣе  $\frac{1}{2}$  литра. Поэтому часто наблюдается сильное чувство жажды, не смотря на отсутствіе лихорадки.

§ 27. Въ родильномъ періодѣ иногда бываетъ нѣсколько затруднено изверженіе пищевыхъ веществъ, оставшихся неперевавленными въ кишечномъ каналѣ. Вслѣдствіе непрерывнаго лежанія въ постели, отсутствуютъ перистальтическія движенія кишекъ; давленіе брюшнаго пресса тоже отсутствуетъ, такъ какъ родильницѣ запрещено принимать сидячее положеніе; наконецъ, количество жидкости въ кишечномъ каналѣ уменьшено вслѣдствіе значительной отдачи воды черезъ кожу и легкія, а также путемъ послѣродоваго очищенія и отдѣленія молока. Этимъ и объясняется запоръ, наблюдаемый почти у всѣхъ родильницъ. Объяснять уменьшеніе аппетита и ослабленіе дѣятельности кишечника измѣненнымъ составомъ различныхъ пищеварительныхъ соковъ мы не имѣемъ никакой надобности; возможно, что въ родильномъ періодѣ уменьшается количество этихъ выдѣленій и что, слѣдовательно, малая охота къ пищѣ имѣетъ здѣсь аналогію съ тѣмъ ослабленіемъ аппетита, которое иногда является послѣ чрезмѣрныхъ физическихъ напряженій въ періодѣ выздоравливанія отъ тяжелыхъ болѣзней. Благодаря вялому состоянію брюшныхъ покрововъ, обыкновенно еще на второй недѣлѣ легко удается посредствомъ ошущиванія констатировать переполненіе нисходящей ободочной кишки и S-образной кривизны.

Поносъ въ родильномъ періодѣ, согласно вышесказанному, встрѣчается очень рѣдко, и появленіе его бываетъ скорѣе обусловлено разстройствами, существовавшими уже во время беременности.

§ 28. Вслѣдствіе вышеописанныхъ послѣродовыхъ процессовъ, организмъ женщины теряетъ цѣлую массу составныхъ частей, о значеніи которыхъ я уже подробно говорилъ. Хотя во многихъ случаяхъ бываетъ не трудно уже при простомъ осмотрѣ замѣтить измѣненіе формы отдѣльныхъ частей

тѣла, но все-таки намъ интересно знать точныя цифры, которыя, впрочемъ, имѣются до сихъ поръ въ ограниченномъ размѣрѣ.

Въ первые 8 дней родильнаго періода женщина теряетъ среднимъ числомъ  $\frac{1}{12}$  прежняго своего вѣса, именно чрезъ послѣродовое очищеніе, отдѣленіе молока, кожное испареніе, легочное дыханіе и отдѣленіе мочи; эта потеря пропорціональна вѣсу тѣла родильницы; у многородящихъ, при кормленіи грудью, она бываетъ нѣсколько болѣе значительна, чѣмъ у нервородящихъ; если сюда еще прибавить ту потерю въ вѣсѣ, которая происходитъ вслѣдствіе изгнанія яйца и т. д., то окажется, что общая сумма потери во время родовъ и въ родильномъ періодѣ составляетъ громадную цифру, а именно  $\frac{1}{5}$  вѣса женщины въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности.

Къ счастью, благодаря тому, что у родильницъ, въ особенности когда онѣ кормятъ грудью, обыкновенно является вскорѣ послѣ родовъ чрезвычайно увеличенная потребность въ пищѣ, вся эта потеря вознаграждается такъ быстро, что болѣею частью черезъ 4 недѣли и во всякомъ случаѣ черезъ  $1\frac{1}{2}$  мѣсяца вѣсѣ тѣла опять достигаетъ первоначальной цифры и иногда даже еще увеличивается. Извѣстенъ фактъ, что кормяшія матери и кормилицы уже по истеченіи первыхъ 4-хъ недѣль часто оказываются гораздо болѣе цвѣтушими и полными, чѣмъ были раньше; при нецѣлесообразномъ введеніи пищи въ слишкомъ большомъ количествѣ и недостаточной въ то же время физической работѣ нерѣдко является увеличенное отложеніе жира во всей подкожной клетчаткѣ, вредно отражающееся на отдѣленіи молока, между тѣмъ какъ при правильномъ распредѣленіи прихода и расхода тѣла возможно достигнуть умѣреннаго увеличенія вѣса и въ то же время обильнаго отдѣленія молока.

§ 29. Ставить *диагнозы родильнаго періода* въ большинствѣ случаевъ не бываетъ надобности. Пользующій врачъ легко получаетъ изъ анамнеза необходимыя данныя о томъ, что женщина родила, и о томъ, когда именно и въ какой разъ послѣдовали роды, причемъ само собою понятно, что въ этотъ счетъ должны быть также включены предшествовавшіе выкидыши и преждевременные роды.

Лишь въ довольно рѣдкихъ случаяхъ приходится судебному врачу при отсутствіи анамнестическихъ данныхъ рѣшать безъ помощи анамнеза вопросъ о томъ, родила ли данная женщина, а если возможно, то и о томъ, когда именно послѣдовали роды. Устанавливая отдѣльныя данныя и мотивируя ими судебно-медицинское мнѣніе, всегда нужно быть очень осторожнымъ, чтобы не прійти къ такимъ заключеніямъ, на основаніи которыхъ могла бы пострадать невиновная или которыя оказались бы несостоятельными передъ мнѣніемъ высшей врачебной инстанціи.

Анамнезъ въ подобныхъ случаяхъ болѣею частью не имѣетъ никакой цѣны, такъ какъ обыкновенно женщина, о которой идетъ дѣло,

даетъ завѣдомо ложныя показанія относительно менструаціи; тѣмъ не менѣе, иногда бываетъ полезно освѣдомиться насчетъ предшествовавшаго кормленія грудью, какъ въ отношеніи тѣхъ родовъ, о которыхъ въ данномъ случаѣ идетъ рѣчь, такъ и въ отношеніи другихъ, если женщина родила уже не въ первый разъ.

Объективному изслѣдованію должна быть прежде всего подвергнута вся поверхность тѣла, и особенно при этомъ нужно обращать вниманіе на то, имѣетъ ли кожа здоровую окраску или необыкновенно блѣдный цвѣтъ; затѣмъ необходимо обнажить все тѣло и удостовѣриться, не загрязнено ли оно кровью, околоплодною жидкостью, первороднымъ каломъ или сыровидною смазкою, такъ какъ результатъ этого изслѣдованія можетъ имѣть большое значеніе.

Прежде всего необходимо осмотрѣть груди; величина и форма ихъ имѣютъ лишь общее значеніе, тогда какъ специально на предшествовавшую беременность указываютъ величина и цвѣтъ околососкового кружка, выступающія на немъ железы *Montgomery*, а тѣмъ болѣе—возможность выдавить изъ нихъ каплю молока; далѣе, необходимо еще обратить вниманіе на то, удобно ли захватываются грудные соски; наконецъ, въ этихъ случаяхъ всегда необходимо производить тщательное микроскопическое изслѣдованіе молока, выдавленнаго изъ грудной железы. Такъ какъ женщина, заинтересованная въ томъ, чтобы скрыть бывшіе у нея роды, никогда не кормитъ грудью, то уже присутствіе молозива въ грудной железнѣ имѣетъ большое значеніе.

Впрочемъ, необходимо имѣть въ виду, что послѣ кормленія грудью молочная железа, какъ мнѣ случалось это видѣть, можетъ еще по цѣлымъ годамъ содержать слѣды молока, но что, съ другой стороны, отдѣленіе ничтожныхъ количествъ молока грудною железой встрѣчается и безъ предшествовавшихъ родовъ, хотя это бываетъ сравнительно рѣже.

Затѣмъ большое значеніе имѣетъ изслѣдованіе брюшныхъ покрововъ и сосѣднихъ съ ними частей тѣла для опредѣленія того, нѣтъ ли на нихъ «рубцовъ беременности»; рубцы эти очень скоро послѣ родовъ теряютъ свой багровый цвѣтъ и затѣмъ остаются болѣе или менѣе бѣлыми. Пигментация бѣлой линіи живота вообще никогда не исчезаетъ совершенно. Рубцы и пигментация встрѣчаются и независимо отъ беременности; слѣдовательно, они принадлежатъ лишь къ числу вѣроятныхъ признаковъ, указывающихъ на бывшую беременность.

§ 30. Наиболѣе важное значеніе имѣетъ изслѣдованіе наружныхъ половыхъ частей, особенно, если дѣло идетъ о родахъ, имѣвшихъ мѣсто еще не за долгое время.

Большія и малыя губы, часто также лобковая область и прилегающая область бедеръ, оказываются еще гипертрофированными, иногда нѣсколько отечными, и часто представляютъ варикозныя расширенія венъ; на уздечкѣ обыкновенно существуютъ небольшія выемки, если во время ро-

довъ не поддерживалась промежностью; однако, эти небольшія выемки могутъ быть также послѣдствіемъ половыхъ сношеній. Если же дѣло идетъ не только о нарушеніи цѣлости уздечки, а существуетъ настоящій разрывъ промежности, то въ такомъ случаѣ положеніе вещей оказывается очень простымъ.

Немаловажное значеніе для врача имѣетъ вѣрное представленіе о состояніи дѣвственной плевы во время беременности и въ родильномъ періодѣ. Въ самомъ дѣлѣ, мнѣ пришлось однажды на судебномъ разбирательствѣ высказаться противъ мнѣнія другаго эксперта и заявить, что половыя сношенія производятъ только надрывы дѣвственной плевы, но не разрушаютъ ея. Если дѣвственная плева была первоначально очень вялою, если влагалище уже первоначально имѣло большую ширину, то въ такомъ случаѣ разрывы могутъ совершенно отсутствовать или оказаться очень незначительными, не смотря на предшествовавшіе роды. При прорѣзываніи головки дѣвственная плева обыкновенно сдавливается такъ сильно, что иногда остатки ея оказываются непосредственно послѣ родовъ отдѣленными отъ подлежащихъ частей и висятъ еще только на узкомъ мостикѣ слизистой оболочки, или совершенно отпадаютъ въ родильномъ періодѣ, путемъ нагноенія. Если половыя органы были очень растяжимы и если плодъ былъ не великъ, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ, не смотря на бывшіе роды, сохранные остатки дѣвственной плевы могутъ быть такъ велики, что между ними существуютъ только небольшія выемки, какъ это бываетъ послѣ половыхъ сношеній, и слѣдовательно въ такихъ случаяхъ не можетъ быть рѣчи о томъ, чтобы на основаніи осмотра дѣвственной плевы точно доказать бывшіе роды.

Кромѣ того, головка при своемъ прорѣзываніи производитъ ушибы на внутренней поверхности растянутыхъ малыхъ губъ, тамъ, гдѣ онѣ всего сильнѣе прижимаются ею къ выдающемуся краю лопной дуги; ушибы эти непосредственно послѣ родовъ имѣютъ видъ кровоподтековъ, представляя иногда разрывы слизистой оболочки, а въ другихъ случаяхъ — подслизистыя кровяныя опухоли; ушибленные раны вокругъ задней спайки обыкновенно бываютъ менѣе выражены.

Характеристично дальнѣйшее теченіе этихъ ушибовъ: спустя 2—3 дня они въ большинствѣ случаевъ принимаютъ матовый цвѣтъ, а при невольнѣ асептическомъ теченіи родильнаго періода, особенно при лихорадкѣ, образуется на нихъ такъ наз. дифтеритическій налетъ, т. е. раны инфицируются извнѣ или стекающимъ по ихъ поверхности послѣродовымъ очищеніемъ и покрываются сплошными массами стафилококковъ, причемъ инфильтратъ имѣетъ сѣроватый сальный видъ, и рана очищается при лихорадочномъ состояніи очень медленно. Въ патолого-анатомическомъ отношеніи дѣло идетъ здѣсь о болѣе или менѣе глубокомъ некрозѣ ушибленной ткани. Въ нормальныхъ случаяхъ эти ушибы уже съ 6-го или 7-го дня покрываются чистыми грануляціями, тогда какъ при лихора-

дочныхъ процессахъ отпаденіе омертвѣвшей ткани происходитъ настолько медленно, что чистыя грануляціи появляются лишь на второй недѣлѣ, и мало того, нерѣдко еще до 12-го дня бываютъ замѣтны остатки налета. Затѣмъ на третьей недѣлѣ эти ушибы обыкновенно оказываются зажившими.

§ 31. Влагалище въ родильномъ періодѣ представляетъ мало характеристичнаго. Вначалѣ оно, разумѣется, колоссально расширено, а затѣмъ относительно очень быстро суживается; передній влагалищный валикъ еще сильно свѣшивается внизъ, какъ во время беременности, и не поддерживается на всемъ своемъ протяженіи заднею стѣнкою влагалища. Характеристичная багровая окраска постепенно исчезаетъ, но морщины и складки никогда не восстанавливаются до прежней степени своего развитія. Если существуютъ надрывы въ нижнемъ отдѣлѣ влагалища, или же въ верхнемъ отдѣлѣ, гдѣ они составляютъ продолженіе разрывовъ влагалищной части матки, то надрывы эти, до тѣхъ поръ пока они еще имѣютъ свѣжій видъ, служатъ несомнѣннымъ признакомъ незадолго передъ тѣмъ послѣдовавшихъ родовъ.

Влагалищная часть матки, благодаря боковымъ надрывамъ, какъ мы уже сказали, представляется непосредственно послѣ изгнанія плода въ формѣ двухъ сильно припухшихъ лоскутовъ, между которыми еще можно съ удобствомъ провести руку въ полость матки. Судебному врачу, конечно, лишь сравнительно рѣдко приходится производить изслѣдованіе въ этомъ раннемъ періодѣ; въ послѣдующіе дни маточная шейка очень быстро формируется, припухлость ея исчезаетъ, внутренній зѣвъ закрывается, но боковые разрывы влагалищной части въ большинствѣ случаевъ остаются навсегда, служа вѣрнымъ признакомъ предшествовавшихъ родовъ.

Однако, въ рѣдкихъ случаяхъ поперечныя выемки наружнаго зѣва встрѣчаются и безъ предшествовавшихъ родовъ; кромѣ того, оперативное разсѣченіе маточной шейки создаетъ подобныя же условія, но эти разрѣзы могутъ почти совершенно зарубцеваться. О проходимости маточной шейки я уже говорилъ достаточно подробно; здѣсь же я долженъ прибавить, что, прежде чѣмъ изслѣдовать проходимость цервикальнаго канала, всегда должно быть произведено полное опорожненіе мочевого пузыря; при соблюденіи этого условія намъ удастся въ продолженіе всей первой недѣли ввести палецъ чрезъ внутренній зѣвъ въ полость матки и ощупать шероховатое мѣсто прикрѣпленія плаценты; смѣшать это мѣсто съ чѣмъ бы то ни было невозможно: шероховатыя возвышенія при ракъ тѣла матки обыкновенно бываютъ болѣе обширны и отличаются большею плотностью, не говоря уже о томъ, что анамнезъ и возрастъ въ обоихъ случаяхъ большею частью бываютъ весьма различны.

§ 32. Наконецъ, для рѣшенія вопроса имѣетъ большое значеніе величина матки, констатированная при наружномъ или двойномъ изслѣдо-



ваніи (точные цифры приведены выше), затѣмъ ея своеобразно мягкая консистенція, неуклюжая форма и т. д.

При изслѣдованіи зеркаломъ, въ теченіе второй и третьей недѣли родильнаго періода, мы находимъ ярко-красныя, въ большинствѣ случаевъ нѣсколько шероховатыя ссадины на обѣихъ губахъ влагалищной части, между которыми выступаетъ изъ маточной шейки толстый стержень стекловидной тягучей слизи, иногда съ небольшою примѣсью гноя. Микроскопическое изслѣдованіе послѣродоваго очищенія никогда не даетъ судебному врачу особенно важныхъ точекъ опоры; въ первые дни родильнаго періода, когда послѣродовое очищеніе имѣетъ видъ чистой крови, мы находимъ, конечно, главнымъ образомъ красныя кровяныя тѣльца. Затѣмъ, когда послѣродовое очищеніе становится водянисто-кровоавымъ (*lochia sanguinolenta*), въ немъ все болѣе и болѣе начинаютъ также встрѣчаться безцвѣтныя кровяныя тѣльца и отпавшія эпителиальныя клѣтки различныхъ частей родового канала; нахожденіе отдѣльных децидуальныхъ клѣтокъ нисколько не характеристично, за исключеніемъ развѣ того случая, когда намъ приходится изслѣдовать подъ микроскопомъ цѣлыя обрывки отпадающей оболочки. Различные кокки и бациллы, встрѣчаемые въ послѣродовомъ очищеніи, тоже не имѣютъ доказательнаго значенія въ пользу родильнаго періода. *Lochia alba* точно также не представляетъ ничего характеристичнаго; въ это время встрѣчаются главнымъ образомъ безцвѣтныя кровяныя тѣльца; микрококки еще довольно многочисленны, но затѣмъ число ихъ постепенно уменьшается (см. рис. 9, стр. 22).

Такимъ образомъ, при тщательномъ наблюденіи и строгой оцѣнкѣ всѣхъ данныхъ, могущихъ здѣсь имѣть значеніе, намъ почти всегда удастся выяснитъ, дѣйствительно ли предшествовали роды; но опредѣлить, когда именно послѣдовали эти роды, обыкновенно бываетъ очень трудно, за исключеніемъ того случая, если послѣ родовъ прошло лишь короткое время; слѣдовательно, врачъ долженъ остерегаться слишкомъ опредѣленныхъ заявленій насчетъ этого пункта.

### Глава III.

#### Веденіе нормальнаго родильнаго періода.

§ 33. Первая потребность родильницы, это — покой. Уже въ періодѣ изгнанія плаценты, какъ при выжидательномъ методѣ, такъ и при способѣ *Credé*, роженица засыпаетъ на короткое время между отдѣльными потугами. Когда окончилось наблюденіе за маткою, которое въ нормальныхъ случаяхъ должно продолжаться отъ  $\frac{1}{4}$  до  $\frac{1}{2}$  часа послѣ изгнанія плаценты, то затѣмъ можно дозволить родильницѣ, чтобы она уснула; но предварительно должно быть сдѣлано обмываніе наружныхъ половыхъ

частей. Въ настоящее время всѣми признано, что очищеніе половыхъ органовъ послѣ родовъ должно состоять только въ обмываніи наружныхъ половыхъ частей растворомъ карболовой кислоты (1—2%) или растворомъ сулемы (1 : 4000). Дезинфицирующее спринцованіе влагалища послѣ родовъ отвергнуто въ настоящее время, какъ излишняя и вредная манипуляція. Затѣмъ снабжаютъ родильницу сухимъ теплымъ бѣльемъ и даютъ ей теплое питье, лучше всего — молоко, супъ или бульонъ.

§ 34. Большое значеніе имѣетъ вопросъ о томъ, какимъ образомъ родильница должна соблюдать покойное положеніе въ первое время послѣ родовъ.

Взгляды на этотъ предметъ отчасти весьма разнорѣчивы, что доказывается отчетами различныхъ родовспомогательныхъ заведеній и предписаніями различныхъ врачей въ частной практикѣ. Обстоятельство это не можетъ намъ казаться удивительнымъ, если мы вспомнимъ о томъ, что подобныя разногласія существовали уже въ глубокой древности, и что даже въ настоящее время на нашемъ полушаріи принять въ этомъ отношеніи одинъ методъ, а на другомъ совершенно противоположный, и между тѣмъ человѣчество, повидимому, нисколько отъ этого не страдаетъ. Тогда какъ у насъ, даже въ низшихъ классахъ населенія, родильницы соблюдаютъ, по крайней мѣрѣ въ продолженіе нѣсколькихъ дней, абсолютный покой, мы видимъ, въ противоположность этому, что на южномъ полушаріи народный обычай въ нѣкоторыхъ странахъ предписываетъ родильницамъ отчасти постоянное сидячее положеніе, а отчасти даже разрѣшаетъ имъ свободно ходить съ самаго начала, причемъ въ большинствѣ случаевъ, вѣроятно, имѣется сознательная цѣль способствовать выдѣленію послѣродоваго очищенія.

Послѣ всего сказаннаго нами о состояніи половыхъ органовъ женщины въ первые дни родильнаго періода, задача врача, повидимому, представляется довольно ясною. Матка велика и тяжела; связки ея, въ особенности тѣ, которыми она укрѣплена съ боковъ и сзади, представляются валыми, растянутыми; въ такомъ же состояніи находится брюшина, покрывающая мочевой пузырь и матку, которую она фиксируетъ спереди; связь между стѣнками влагалища и подлежащими частями ослаблена, причемъ передняя стѣнка недостаточно поддерживается заднею. Поэтому мы должны и имѣемъ полное основаніе требовать отъ родильницы, чтобы она въ первые 8 дней родильнаго періода сохраняла горизонтальное положеніе. Если родильница, какъ это часто дѣлается совершенно неправильно, принимаетъ уже вскорѣ послѣ родовъ сидячее положеніе, для опорожненія мочевого пузыря или прямой кишки, для принятія пищи или кормленія ребенка, то внутрибрюшное давленіе усиливается, между тѣмъ какъ въ лежачемъ положеніи оно почти отсутствуетъ или бываетъ даже отрицательнымъ; поэтому матка, недостаточно фиксированная, смѣщается внизъ, совершенно независимо оттого, встрѣчаетъ ли она противодействіе

со стороны тазового дна, или нѣтъ; слѣдовательно, здѣсь создаются условия для первичнаго опущенія матки. При этомъ усиленіи внутрибрюшнаго давленія еще болѣе неблагоприятно дѣйствуетъ то, что переполненный въ большинствѣ случаевъ мочевоу пузырь, особенно если родильница дѣлаетъ большія усилія къ его опорожненію, оттѣсняетъ по направленію кзади растянутую переднюю стѣнку влагалища, слабо связанную съ подлежащими частями и недостаточно поддерживаемую заднеу стѣнкою и промежностью; такимъ образомъ, при неосторожномъ поведеніи родильницы, иногда уже послѣ первыхъ родовъ является первичное опущеніе передней стѣнки влагалища, вмѣстѣ съ грыжею мочеваго пузыря (cystocele), а съ каждымъ слѣдующимъ родильнымъ періодомъ это опущеніе влагалища усиливается и вызываетъ послѣдовательнымъ путемъ опущеніе матки. Тѣмъ не менѣе было бы слишкомъ односторонне утверждать, что всякое выпаденіе влагалища и матки обусловлено нецѣлесообразнымъ режимомъ въ послѣродовомъ періодѣ: существуютъ несомнѣнные случаи, гдѣ послѣ труднаго наложенія щипцовъ появляется впоследствии выпаденіе матки, не смотря на то, что въ родильномъ періодѣ соблюдалась всевозможная осторожность.

Если принять въ соображеніе эти фізіологическіе процессы и подумать о тѣхъ разнообразныхъ страданіяхъ, которыя причиняются выпаденіемъ матки и которымъ подвержены женщины рабочаго класса, посѣщающія наши поликлиники, то уже этимъ самымъ будетъ дана руководящая нить для нашего образа дѣйствій: въ родильномъ періодѣ необходимо, именно, избѣгать всякаго повышенія внутрибрюшнаго давленія до тѣхъ поръ, пока не будутъ по возможности опять восстановлены условия, существовавшія до родовъ. Провести повсюду эту разумную діететику оказывается труднымъ только потому, что роды, а вмѣстѣ съ ними и послѣродовой періодъ, почти въ 95% всѣхъ случаевъ ведутся самостоятельно повивальными бабками, которыя, не смотря на всѣ наставленія, полученныя во время прохожденія курса, слишкомъ легко уступаютъ настоятельнымъ требованіямъ родильницъ, желающихъ поскорѣе встать съ постели.

Еслибы кто-нибудь вздумалъ возразить намъ, сославшись на тотъ или другой примѣръ, гдѣ женщина, рожавшая неоднократно, вставала каждый разъ совершенно безнаказанно на второй или третій день послѣ родовъ и начинала заниматься своими обычными дѣлами, причеиъ будто бы не замѣчалось никакихъ вредныхъ послѣдствій, то мы, въ свою очередь, должны сказать, что этимъ немногимъ счастливицамъ можетъ быть противопоставлено гораздо большее число такихъ женщинъ, у которыхъ слишкомъ раннее вставанье послѣ родовъ влекло за собою вредныя послѣдствія, остававшіяся затѣмъ на всю жизнь. Съ другой стороны, наше мнѣніе подтверждается также опытомъ врачей въ клиникахъ и въ частной практикѣ, который доказываетъ, что, за чрезвычайно рѣдкими исклю-

ченіями, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ во время родильнаго періода соблюдались вышеизложенныя строгія предписанія, обратное развитіе половыхъ органовъ послѣ родовъ шло удовлетворительно, и женщины впослѣдствіи не страдали выпаденіемъ матки.

Слѣловательно, мы должны признать безусловно нераціональнымъ, если врачъ дозволяетъ родильницѣ принимать сидячее положеніе потому, что она не можетъ въ лежачемъ положеніи мочиться и испражняться. Если запастись достаточнымъ терпѣніемъ и пустить въ ходъ всѣ тѣ мелкія вспомогательныя средства, которыми мы можемъ располагать, то часто удается достигнуть успѣшнаго результата даже въ такихъ случаяхъ, когда родильница первоначально утверждала, будто-бы она не можетъ испускать мочу въ лежачемъ положеніи; извѣстнаго рода внушеніе и здѣсь также иногда оказывается вполне умѣстнымъ. Если же дѣйствительно въ лежачемъ положеніи невозможно ничего достигнуть, то въ такомъ случаѣ я считаю менѣе опаснымъ выпустить мочу катетеромъ при соблюденіи антисептическихъ предосторожностей, чѣмъ дозволить родильницѣ, чтобы она принимала сидячее положеніе. Равнымъ образомъ мы должны строго предписать родильницѣ, чтобы она въ первую недѣлю не садилась въ постели для принятія пищи, перемѣны постельнаго бѣлья или кормленія ребенка.

§ 35. Въ первые 24 часа мы требуемъ безусловно покойнаго лежанія на спинѣ; но, начиная со втораго дня, если не существуетъ значительныхъ поврежденій наружныхъ половыхъ частей, можно дозволить родильницѣ, чтобы она лежала на боку; если же существуютъ такія поврежденія, то это можетъ быть допущено развѣ только при томъ условіи, чтобы родильницу поворачивала въ постели сидѣлка. Начиная съ 5-го или 6-го дня, какъ мнѣ кажется, перемѣна положенія тѣла даже необходима, такъ какъ въ это время, при постоянномъ лежаніи родильницы на спинѣ, уменьшенная вялая матка иногда запрокидывается назадъ, и если не будутъ приняты соответственныя мѣры, то вслѣдствіе сморщиванія связокъ можетъ явиться искривленіе матки взадъ, которое затѣмъ останется навсегда; эта опасность можетъ быть предотвращена постояннымъ лежаніемъ на боку и достаточно частымъ опорожненіемъ мочевого пузыря.

Если дѣло идетъ о женщинѣ крѣпкой и мускулистой, то, при нормальномъ теченіи родильнаго періода и обратнаго развитія половыхъ органовъ, можно на восьмой или девятый день позволить ей, чтобы она принимала сидячее положеніе, а затѣмъ она можетъ и встать съ постели, если сидячее положеніе не повлекло за собою никакого вреда. Но у женщинъ слабыхъ и малокровныхъ, или при лихорадочномъ состояніи, неудовлетворительномъ обратномъ развитіи половыхъ органовъ, а особенно при продолжающихся кровотеченіяхъ, необходимо нѣсколько отсрочить этотъ моментъ. Даже послѣ болѣе легкой реорпціонной лихорадки должно

пройти 3 вечера безъ повышенія температуры, прежде чѣмъ родильницѣ можно будетъ безъ всякой опасности встать съ постели. Въ болѣе обезпеченныхъ классахъ общества, гдѣ, къ сожалѣнію, довольно часто встрѣчаются болѣзненные малокровныя женщины, я иногда позволялъ родильницамъ принимать сидячее положеніе лишь въ концѣ 3-й недѣли, а затѣмъ встать съ постели въ концѣ 4-й, и не наблюдалъ отъ этого никакихъ вредныхъ послѣдствій, а всегда видѣлъ только пользу.

Впрочемъ, другіе авторы, какъ напр. *Küstner*, дѣлали попытки противоположнаго свойства; но попытки эти, при которыхъ дозволялось родильницамъ вставать съ постели уже въ 1-й или во 2-й день послѣ родовъ, не давали никакихъ преимуществъ, за исключеніемъ, быть можетъ, нѣскольکو меньшаго замедленія перистальтики кишекъ; помимо вышеописанныхъ вредныхъ послѣдствій, съ которыми сопряжено слишкомъ раннее повышеніе внутрибрюшнаго давленія, въ этихъ случаяхъ чаще появлялась лихорадка, благодаря прививкѣ послѣродоваго очищенія къ ранамъ половыхъ органовъ на мѣстѣ свѣжихъ разрывовъ, образовавшихся вслѣдствіе движеній тѣла.

Въ высшей степени цѣлесообразно то правило, что всякая родильница, находящаяся подъ наблюденіемъ врача, должна быть подвергнута тщательному внутреннему изслѣдованію прежде, чѣмъ ей будетъ дозволено встать съ постели. Въ самомъ дѣлѣ, какъ часто просматривается легкая подострая флегмона околоматочной клѣтчатки только потому, что она сопровождалась едва замѣтною лихорадкою и не причиняла никакихъ тревожныхъ симптомовъ! Если такая больная встанетъ съ постели, то обыкновеннымъ послѣдствіемъ бываетъ то, что лихорадка возобновляется еще съ большею силою, и родильница опять оказывается вынужденною пролежать въ постели довольно долгое время, между тѣмъ какъ, если болѣзнь своевременно распознана и если на основаніи этого діагноза запрещено родильницѣ встать съ кровати, то воспалительный процессъ очень быстро оканчивается полнымъ выздоровленіемъ. Каждый специалистъ имѣетъ въ памяти достаточное число подобныхъ случаевъ, которые ему приходилось встрѣчать въ консультаціонной практикѣ. Внутреннее изслѣдованіе родильницъ по истеченіи 2-й или 3-й недѣли не представляетъ почти никакой опасности.

Если родильница встаетъ затѣмъ съ постели лишь на 3-й или 4-й недѣлѣ послѣ родовъ, то можно съ самаго начала дозволить, чтобы она ежедневно проводила внѣ постели нѣскольکو часовъ, и намъ не придется видѣть того неприятнаго зрѣлица, гдѣ родильница, находящаяся наполовину въ состояніи обморока, но при этомъ желающая похвастать своимъ будто-бы крѣпкимъ здоровьемъ, проводить на кушеткѣ какіе нибудь полчаса, а затѣмъ рада поскорѣе улечься опять въ постель. Женщины рабочаго класса рѣдко соглашаются лежать въ постели до 3-й недѣли, и поэтому мы вынуждены дозволить имъ постепенно вернуться

къ обычнымъ домашнимъ занятіямъ. Само собою понятно, что онѣ не должны заниматься тяжелой работой на фабрикахъ, но объ этомъ во многихъ странахъ позаботилось само законодательство, запретивъ родильницамъ работать на фабрикахъ въ теченіе 4-хъ или 6-ти недѣль послѣ родовъ.

Въ болѣе обеспеченныхъ классахъ общества, гдѣ родильницы въ большинствѣ случаевъ безпрекословно остаются въ постели отъ 3-хъ до 4-хъ недѣль, онѣ оправляются тѣмъ быстрѣе, такъ что по истеченіи 6-й недѣли можно дозволить имъ выходить изъ дому и снова приняться за обычныя занятія.

§ 36. Наряду съ этимъ тѣлеснымъ покоемъ, не менѣе важную роль въ родильномъ періодѣ играетъ абсолютный душевный покой, особенно важнымъ это сдѣлалось въ наше быстро-живущее время, которое такъ сильно благопріятствуетъ развитію нервныхъ расстройствъ. Что здѣсь дѣйствительно существуетъ извѣстнаго рода предрасположеніе къ расстройствамъ психической сферы, объ этомъ свидѣтельствуетъ уже чрезмѣрная психическая возбудимость, наблюдаемая у многихъ женщинъ во время беременности. Безусловное недопущеніе всякихъ посѣтителей, удаленіе дѣтей, устраненіе хозяйственныхъ и иныхъ заботъ въ первую недѣлю родильнаго періода абсолютно необходимы, а у женщинъ, предрасположенныхъ къ неврастенію, эти предосторожности имѣютъ какъ-разъ въ родильномъ періодѣ очень важное значеніе и должны продолжаться еще болѣе долгое время.

Даже въ теченіе 2-й недѣли многія родильницы предпочитаютъ одиночество шумной обстановкѣ. Но затѣмъ, когда у женщины вновь явилась потребность чѣмъ-нибудь заниматься и опять бывать въ обществѣ, когда въ ней пробудилось чувство материнской гордости и желаніе показывать своего ребенка на удивленіе друзьямъ и родственникамъ, то въ это время ей должна быть предоставлена полная свобода.

§ 37. Чрезвычайно важную роль въ діететикѣ родильнаго періода играетъ антисептическое содержаніе родового канала. Хотя, конечно, не дѣло врача этимъ заниматься, но все-таки онъ долженъ быть знакомъ съ господствующими на этотъ счетъ основными принципами, для того, чтобы могъ предписать во всѣхъ подробностяхъ извѣстный уходъ за родильницей и контролировать его. Въ самомъ дѣлѣ, вѣдь строгое примѣненіе антисептики въ полномъ ея объемѣ требуется главнымъ образомъ во время родовъ, тогда какъ въ нашемъ случаѣ дѣло идетъ преимущественно объ антисептическомъ веденіи родильнаго періода повивальной бабкою.

До введенія антисептическаго метода при родахъ и въ родильномъ періодѣ, весь уходъ за родильницей предоставлялся усмотрѣнію повивальной бабки; помимо случаевъ зараженія во время родовъ, вѣроятно, не менѣе часто родильницы становились жертвою недостаточнаго ухода въ послѣ-родовомъ періодѣ и прямого зараженія нечистыми руками, бѣльемъ и губками. Главную роль при этомъ играли вода и губки, а въ нѣкото-

рых случаях, быть может, и ароматическіе настои; губки не только употреблялись безъ дальнѣйшей дезинфекціи у одной и той же родильницы, но переносились также отъ одной родильницы къ другой и этимъ самымъ постоянно вызывали новыя заболѣванія. Но думать, что эти злоупотребленія повсюду уже прекратились, было бы весьма ошибочно; наши повивальныя бабки представляютъ самый консервативный элементъ въ государствѣ, и съ этимъ консервативнымъ направлениемъ ихъ намъ часто приходится сталкиваться въ консультаціонной практикѣ, какъ въ городахъ, такъ и въ деревняхъ. Губки рекомендуются еще въ руководствахъ, вышедшихъ въ 1870 году, и только послѣ введенія антисептики онѣ вышли изъ употребленія. Вяжущія и дезинфицирующія средства при разстройствахъ въ родильномъ періодѣ рекомендовались еще со временъ *Semmelweis*'а, но вполне сознательное примѣненіе антисептическаго метода въ родильномъ періодѣ получило права гражданства лишь во второй половинѣ семидесятыхъ годовъ.

Мы не должны удивляться тому, что и здѣсь, какъ повсюду, обнаруживалось чрезмѣрное рвеніе, заходившее слишкомъ далеко. *Bischoff* былъ первый клиницистъ, который, лично ознакомившись съ Листеровскимъ методомъ, началъ примѣнять его со всею строгостью при родахъ и въ родильномъ періодѣ. Получивъ отъ этого метода хорошіе результаты, особенно по сравненію съ послѣродовыми заболѣваніями, господствовавшими до введенія антисептики, онъ и впоследствии продолжалъ его примѣнять со всею строгостью.

Согласно этому методу *Bischoff*'а, непосредственно послѣ родовъ вводился во входъ влагалища и прикладывался къ ушибленнымъ ранамъ небольшой ватный шарикъ, пропитанный 10<sup>0</sup>/о карболовымъ масломъ, а впоследствии вкладывался и часто возобновлялся тампонъ съ іодоформомъ. Два раза въ день дѣлались спринцованія влагалища 2<sup>0</sup>/о растворомъ карболовой кислоты; кромѣ того, такимъ же растворомъ обмывались 2 раза въ день наружныя половыя части. Въ большинствѣ другихъ клиникъ первоначально употреблялись подобныя же мѣры; но довольно скоро обнаружилось, что обиліе манипуляцій въ родильномъ періодѣ не только излишне, но даже вредно, такъ какъ результатомъ его являлись въ клиникахъ случаи перенесенія заразы отъ одной родильницы на другую, а въ частной практикѣ наблюдались случаи непосредственнаго новаго зараженія. Относительно Базельской клиники я доказалъ цифрами, что при наивозможно выжидательномъ методѣ заболѣваемость родильницъ оказывается приблизительно вдвое меньшею, чѣмъ при излишнемъ обиліи манипуляцій.

§ 38. Поэтому для антисептическаго веденія нормальнаго родильнаго періода можно было бы рекомендовать приблизительно слѣдующія правила:

Наружныя половыя части, а также промежность, прилегающая область бедеръ и ягодицы, должны въ родильномъ періодѣ обмываться

2 раза въ день дезинфицирующею жидкостью; наилучшимъ средствомъ для этого въ практикѣ повивальныхъ бабокъ представляется 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворъ карболовой кислоты, и только въ родовспомогательныхъ заведенияхъ, или тамъ, гдѣ родильница въ частной практикѣ находится подѣ наблюдениемъ врача, можно рекомендовать растворъ сулемы (1 : 4000).

Само собою понятно, что, для предупрежденія инфекціи извнѣ, совершенно такіе же результаты въ интересахъ родильницы могла бы давать отварная вода; но въ виду того, что послѣродовое очищеніе, какъ извѣстно, пріобрѣтаетъ на 4-й и 5-й день родильнаго періода заразные свойства, сидѣлка и особенно повивальная бабка заинтересованы въ томъ, чтобы было избрано такое средство, которое одновременно уничтожало бы заразные свойства послѣродового очищенія.

Изъ новѣйшихъ дезинфицирующихъ средствъ можно еще рекомендовать растворы тимола (1 : 2000), креолина ( $1/2$ —1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), марганцовокислаго кали и салициловой кислоты.

Обтираніе половыхъ органовъ производится, сначала въ положеніи на спинѣ, а затѣмъ на боку, посредствомъ перевязочной ваты (сулемовая или простая Брунсовская вата), а у женщинъ менѣе богатыхъ — посредствомъ чистаго стараго полотна. Всякая вата, будучи выварена въ закрытомъ горшкѣ въ продолженіе  $1/4$  часа, можетъ быть достаточно освобождена отъ микроорганизмовъ. Вата и полотно послѣ употребленія сжигаются. Полотенецъ и салфетокъ, которыя пришлось бы мыть послѣ употребленія, слѣдуетъ избѣгать. Губки должны быть строго изгнаны, такъ какъ даже совершенно новая губка уже спустя короткое время пріобрѣтаетъ заразные свойства, если она послѣ употребленія не будетъ основательно дезинфицироваться по способу *Billroth'a*, что неисполнимо въ практикѣ.

Въ случаяхъ, гдѣ существуютъ раны промежности и ушибы наружныхъ половыхъ частей, — слѣдовательно главнымъ образомъ у первородящихъ, — этому обтиранію должно предшествовать орошеніе наружныхъ половыхъ органовъ растворомъ карболовой кислоты (1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), или растворомъ сулемы (1:4000); орошеніе это, посредствомъ ирригатора, лучше всего производить утромъ и вечеромъ, въ то время, когда родильница лежитъ на подкладномъ суднѣ для испусканія мочи. Послѣ обтиранія половыхъ органовъ накрываютъ постель сухимъ теплымъ бѣльемъ, и если существуютъ раны и ушибы въ области наружныхъ половыхъ частей, то къ нимъ обязательно прикладывается влажная перевязочная вата, пропитанная вышеозначеннымъ растворомъ сулемы или карболовой кислоты.

Такимъ путемъ эти раны всего скорѣе могутъ быть ограждены отъ непосредственнаго или посредственнаго зараженія микроорганизмами.

Спринцованія при нормальномъ теченіи родильнаго періода излишни; безъ предписанія врача они могутъ производиться повивальною бабкою



лишь въ томъ случаѣ, если это необходимо въ виду зловоннаго разлагающагося послѣродоваго очищенія; въ этомъ послѣднемъ случаѣ дѣлается нѣсколько разъ въ день спринцованіе растворомъ карболовой кислоты (1—2%), или растворомъ сулемы (1:4000); смѣшиваніе ѣдкой карболовой кислоты съ водою должно производиться только въ умывальномъ тазу, и *никоимъ образомъ* не въ ирригаторѣ. Кромѣ этихъ средствъ, можно употреблять и другія, о которыхъ мы уже говорили. При употребленіи раствора сулемы всегда необходима завѣстная осторожность, тѣмъ болѣе, что и послѣ простаго спринцованія влагалища уже случалось наблюдать смертельное отравленіе.

Въ обыкновенной практикѣ лучше всего употреблять въ качествѣ дезинфицирующаго средства карболовую кислоту. При спринцованіяхъ растворомъ сулемы иногда случается замѣчать между 6-мъ и 8-мъ днемъ родильнаго періода, что дѣсна сдѣлались рыхлыми, слегка кровоточащими и по краямъ зубовъ нѣсколько опухшими; кромѣ того, иногда появляются незначительныя тенезмы при испражненіяхъ. Поэтому мнѣ кажется въ высшей степени страннымъ, если нѣкоторые утверждаютъ, будто бы въ числѣ 1000 родильницъ они ни разу не видали признаковъ начинающагося отравленія сулемой.

Относительно растворовъ уксусной кислоты (1—5%), рекомендованныхъ недавно *Battlehner*'омъ для практики повивальныхъ бабокъ, еще не имѣется дальнѣйшихъ наблюденій.

Внутриматочныя спринцованія при нормальномъ теченіи родильнаго періода не употребляются.

§ 39. Изложивъ дезинфекцію половыхъ органовъ, мы должны сказать нѣсколько словъ о тѣхъ мѣрахъ, которыя предпринимаются для опорожненія мочеваго пузыря и прямой кишки.

Главный принципъ относительно опорожненія мочеваго пузыря состоитъ въ томъ, чтобы родильница испускала мочу лежа въ постели; неумѣнье опорожнять мочеваго пузыря въ лежачемъ положеніи нерѣдко бываетъ основано на отсутствіи привычки; иногда это неудобство можетъ быть предотвращено тѣмъ, что еще до родовъ, какъ и передъ операціями, совѣтуютъ женщинѣ испускать мочу въ лежачемъ положеніи. Если цѣль не можетъ быть достигнута вышеуказанными способами, то необходимо 2 и даже 3 раза въ день выпускать мочу катетеромъ. Для этого предварительно обмываютъ наружныя половыя части растворомъ карболовой кислоты, раздвигаютъ половыя губы и обтираютъ наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала кускомъ ваты, пропитанной 2% растворомъ карболовой кислоты; затѣмъ вводится намазанный масломъ катетеръ, лежавшій уже наготовѣ въ тепломъ 2% растворѣ карболовой кислоты. Лучше всего употреблять катетеръ изъ нейзильбера или мягкій Нелатонскій катетеръ. Послѣ употребленія катетеръ промывается достаточнымъ количествомъ воды; затѣмъ серебряный катетеръ вываривается въ ви-

пящей водѣ, а мягкій кладется въ 5% растворъ карболовой кислоты. Если повивальной бабкѣ не удастся ввести катетеръ, то она должна послать за врачомъ и ни въ какомъ случаѣ не разрѣшать родильницѣ принять сидячее положеніе.

Затѣмъ нѣкоторое значеніе въ родильномъ періодѣ часто имѣютъ заботы объ испражненіяхъ. Благодаря тому, что покойное положеніе въ постели парализуетъ, какъ доказано опытомъ, перистальтическія движенія кишекъ, мы почти всегда бываемъ вынуждены обращаться къ слабительнымъ средствамъ, изъ которыхъ лучше всего назначать касторовое масло (1 столовая ложка въ черномъ кофе или съ коньякомъ), или 1—2 стакана лимонада изъ лимоннокислой магнезій; можно также давать горькія воды, напр. Friedrichshall или Ofen (Franz Josefsquelle или Hunyadi), или 1 столовую ложку горькой соли въ стаканѣ воды, 1 чашку настоя крушинной коры (Cort. Rhamni frangul.), или Species laxantes St. Germain; приемъ слабительнаго повторяется въ случаѣ надобности, или же вслѣдъ за нимъ ставится клистиръ, чтобы ускорить испражненіе. Если существуютъ симптомы раздраженія брюшины, то ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ назначать слабительныхъ.

Клистиры не должны назначаться безъ разбора каждой родильницѣ: у первородящихъ, вслѣдствіе продолжительнаго растяженія прямой кишки, нерѣдко существуютъ надрывы ея передней стѣнки, которые при частомъ раздраженіи клистирами могутъ превратиться въ трещины или въ клистирные язвы; то же самое бываетъ и у многородящихъ, особенно если уже раньше у нихъ существовали геморроидальные узлы.

Поэтому для клистировъ въ родильномъ періодѣ слѣдуетъ брать вначалѣ одну тепловатую воду, а еслибы этого оказалось недостаточно, то можно поставить клистиръ изъ мыльной воды или съ прибавленіемъ 1 столовой ложки кастороваго масла; выпрыскивать болѣе  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  литра жидкости не слѣдуетъ; равнымъ образомъ нужно избѣгать слишкомъ частаго повторенія клистировъ, такъ что ставить ихъ болѣе двухъ разъ въ день не слѣдовало бы. Можно также рекомендовать часто употребляемые въ послѣднее время небольшіе клистиры изъ одной десертной ложки глицерина; въ этомъ случаѣ клистиръ долженъ ставиться посредствомъ маленькой спринцовки. Менѣе хорошіе результаты я получалъ при употребленіи предложенныхъ въ послѣднее время глицериновыхъ суппозиторіевъ.

Въ позднѣйшіе дни родильнаго періода мы стараемся вызывать испражненія прежде всего подходящею діетой, и только неохотно я назначаю въ это время повторные приемы слабительныхъ; у родильницъ, кормящихъ грудью, особенно слѣдуетъ остерегаться горькихъ водъ, такъ какъ употребленіе ихъ можетъ несомнѣнно оказывать вредное вліяніе на качество и количество молока.

Когда родильница дошла уже до того, что ей можно принимать си-

дѣе положеніе и вставать съ постели, то эти средства обыкновенно становятся излишними.

§ 40. Ученіе о діэтѣ въ родильномъ періодѣ испытало такія же метаморфозы, какъ и ученіе объ уходѣ за половыми органами родильницы. Еще не прошло одного поколѣнія съ тѣхъ поръ, какъ теорія о необходимости кормленія родильницъ исключительно водянистыми похлебками была настолькоъ ходу, что было бы сочтено величайшею ересью, еслибы кто нибудь позволилъ себѣ назначать родильницамъ иную діету. Въ тѣ времена господствовало опасеніе, что слишкомъ питательная пища можетъ будто бы вызывать родильную горячку и всякія другія вредныя послѣдствія.

Какъ относительно употребленія алкоголя при лихорадочныхъ болѣзняхъ, точно также и относительно введенія раціональной питательной діеты въ родильномъ періодѣ, насъ опередили англичане.

Съ тѣхъ поръ какъ введена антисептика, мы знаемъ въ точности, отъ какихъ причинъ происходитъ родильная горячка и какимъ образомъ нужно ее предотвращать. Весь вопросъ только въ томъ, не можетъ ли слишкомъ питательная діета подвергать родильницу извѣстнымъ опасностямъ; вопросъ этотъ, какъ я полагаю, еще окончательно не разрѣшенъ. Мы знаемъ, что застываніе непереваренныхъ остатковъ пищи, т. е. задержка кала въ кишечникѣ, служитъ одною изъ немаловажныхъ причинъ воспаленія слѣпой кишки (*typhlitis*), а тѣ причины, которыми обуславливается вялость отправленій кишечнаго канала въ родильномъ періодѣ, уже были мною разобраны выше; слѣдовательно, мы должны считаться съ тѣмъ фактомъ, что у родильницы, въ большинствѣ случаевъ усиленно работавшей раньше и осужденной затѣмъ на внезапный покой, продолженіе привычной діеты могло бы угрожать извѣстными опасностями вслѣдствіе раздраженія застаивающимися каловыми массами; въ этомъ-то навѣрно и заключается главная опасность слишкомъ обильнаго питанія родильницъ.

До какой степени обильное питаніе родильницы могло бы въ интересахъ ребенка оказывать благопріятное дѣйствіе на отдѣленіе молока, — это выставлено на видъ *Kehrer*'омъ, на основаніи опытовъ надъ животными. Еслибы и у женщинъ оказалось возможнымъ безъ вреда для ихъ здоровья усиливать отдѣленіе молока, то это благопріятно отразилось бы на грудныхъ дѣтяхъ.

Сравнительныя изслѣдованія о полезности питательной пищи, даваемой съ самаго начала родильнаго періода, были произведены подъ руководствомъ *Winckel*'я въ Дрезденскомъ родовспомогательномъ институтѣ.

При мясной діэтѣ родильницы получали:

- къ 1-му завтраку  $\frac{1}{4}$  литра бульона, 30 грм. булки;
- » 2-му »  $\frac{1}{4}$  » » 150 грм. холоднаго жаркого;
- » обѣду  $\frac{1}{2}$  литра супа, 250 грм. жаркого;

вечеромъ  $\frac{1}{2}$  литра молока;  
къ ужину  $\frac{1}{4}$  » супа, 125 грм. жаркого.

Начиная съ 7-го дня, порція жаркого ко второму завтраку и къ обѣду увеличивалась на 125 грм. Кромѣ того, давалась еще жидкость для питья, именно въ видѣ настоя изъ липоваго цвѣта, отъ 0,3 до 0,75 литра.

При питаніи яйцами родильницы получали:

къ 1-му завтраку 0,2 литра молока и 60 грм. булки;

начиная съ 4-го дня— 0,3 литра молока и 90 грм. булки;

ко 2-му завтраку 0,2 лигра обыкновеннаго пива, 30 грм. булки и 1 яйцо;

начиная съ 4-го дня— 0,5 литра обыкновеннаго пива, 30 грм. булки и 2 яйца;

къ обѣду 0,75 литра супа, яичницу или мучную пищу (3 яйца), компоть;

начиная съ 4-го дня прибавлялось еще 1 яйцо и  $\frac{1}{4}$  литра пива; вечеромъ 0,2 литра молока и 60 грм. булки;

начиная съ 4-го дня— 0,3 литра молока и 60 грм. булки;

въ ужину 0,2 литра пива и 30 грм. булки;

начиная съ 4-го дня— 0,5 литра пива, 1 яйцо и 30 грм. булки.

При смѣшанной діетѣ родильницы получали съ перваго же дня:

къ 1-му завтраку 0,3 литра кофе съ молокомъ, 80 грм. булки;

» 2-му »  $\frac{1}{2}$  литра бульона;

» обѣду  $\frac{3}{4}$  литра супа, 70 грм. жаркого, компоть;

вечеромъ 0,3 литра кофе съ молокомъ;

къ ужину  $\frac{1}{2}$  литра хлѣбной похлебки; кромѣ того, давался настой липоваго цвѣта, въ любомъ количествѣ.

Никакихъ вредныхъ послѣдствій при этой съ перваго же дня назначавшейся питательной діетѣ не было замѣчено; большой разницы въ результатахъ, полученныхъ при трехъ различныхъ видахъ діеты, не было констатировано; возможно, что самое число наблюдений было нѣсколько недостаточно. По наблюденіямъ *Klemmer*'а, сообщившаго эти опыты, питаніе яйцами оказывается наиболѣе подходящимъ, такъ какъ здѣсь были достигнуты наилучшіе результаты въ смыслѣ прибавленія вѣса матерей и грудныхъ дѣтей; при исключительно мяеной діетѣ наблюдалась рѣзкая склонность къ поносу. Для большинства родильницъ наиболѣе приятною, по вкусовымъ соображеніямъ, была бы смѣшанная діета.

Я привелъ здѣсь эти опыты *in extenso*, такъ какъ, не смотря на то, что они были произведены еще въ 1874 и 1875 гг., они не получили того распространенія, какого заслуживаютъ. Болѣе широкому введенію питательной діеты въ родильныхъ домахъ, вѣроятно, препятствовала ея дороговизна. Въ частной же практикѣ раннему употребленію пи-

тательной пищи препятствовали предрасудки повивальных бабок и самой публики.

Въ новѣйшее время защитникомъ болѣе обильнаго питанія родильницъ явился въ особенности *Walcher*; однако, до сихъ поръ онъ еще не доказалъ своихъ воззрѣній цифрами, которыя свидѣтельствовали бы о болѣе удовлетворительномъ состояннн питанія грудныхъ дѣтей. Сравненіе съ животными, которыя, для обильнаго доставленія молока своимъ дѣтенышамъ, начинаютъ тотчасъ послѣ родовъ принимать обильную пищу, оказывается неподходящимъ, потому что животныя немедленно послѣ родовъ дѣлаютъ столько же движеній, сколько и раньше, тогда какъ родильница въ первое время не производитъ никакой мышечной работы.

И такъ, мы можемъ установить для питанія родильницъ слѣдующія правила:

Въ первые дни послѣродоваго періода родильница получаетъ кофе съ молокомъ, чистое молоко, какао, молоко со слабымъ чаемъ въ любомъ количествѣ, молочный супъ, мясной супъ съ ячною мукою или крупю, рисомъ, овсяною крупю и т. д., яйца въ смятку или въ мясномъ бульонѣ и, кромѣ того, легкій порозный хлѣбъ, булку или поджаренный бѣлый хлѣбъ; пища должна даваться родильницѣ черезъ каждые 2—3 часа, смотря по потребности. Давать твердую пищу прежде, чѣмъ появилось испражненіе на третій день послѣ родовъ, я считаю нецѣлесообразнымъ, такъ какъ она можетъ вызвать разстройства въ отправленіяхъ кишечника. Я произвелъ довольно много опытовъ, гдѣ родильницамъ давалась съ самаго начала привычная для нихъ пища въ неограниченномъ количествѣ, и при этомъ нѣсколько разъ наблюдалъ чрезвычайно упорный запоръ. Большинство родильницъ въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ съ самаго начала охотно ѣдятъ все, что бы имъ ни давалось; но въ частной практикѣ я почти всегда встрѣчалъ въ первые дни родильнаго періода отвращеніе къ твердой питательной пищѣ, и въ частности — къ мясу. Затѣмъ, начиная съ 3-го дня, переходятъ къ молочной кашѣ, гречневой крупѣ съ молокомъ, легкимъ сортамъ мяса въ вареномъ и жареномъ видѣ, сладкому мясу, картофелю, варенымъ фруктамъ и легкимъ овощамъ, за исключеніемъ капусты, такъ какъ она вызываетъ вздутіе кишекъ. Пищу достаточно давать среднимъ числомъ 5 разъ въ день; весьма цѣлесообразенъ существующій въ англійскихъ родильныхъ домахъ обычай давать овсянку въ 12 часовъ ночи; я предоставляю родильницамъ получать ночью супъ или молоко, смотря по желанію.

Давая эту пищу въ достаточномъ количествѣ, необходимо еще обращать вниманіе на то, чтобы, въ интересахъ отдѣленія молока, она содержала бѣлковыя и крахмалистыя вещества въ надлежащей пропорціи.

Къ привычной пищѣ, которая у женщинъ рабочаго класса большею частью бываетъ трудноварима, особенно благодаря обильному употребленію

картофеля, можно перейти въ то время, когда родильница, вставъ съ постели, начинаетъ опять заниматься прежней работой.

§ 41. Въ прежнія времена врачи были очень осторожны и даже чрезвычайно боязливы въ выборѣ пищи для кормящихъ родильницъ, такъ какъ существовало опасеніе, что при употребленіи кислой пищи, молодыхъ овощей, растительныхъ кислотъ и проч. извѣстнаго рода вещества будутъ переходить въ молоко и оказывать вредное дѣйствіе на кишечный каналъ ребенка. Однако, изслѣдованія относительно перехода лѣкарственныхъ веществъ въ молоко и прямыя опыты съ пищевыми веществами у кормящихъ родильницъ, какъ въ клиникѣ, такъ и внѣ клиники, показали мнѣ, что пища, употребляемая матерью, едва ли когда нибудь производитъ вредное дѣйствіе на груднаго ребенка. Когда, при описаніи своихъ опытовъ, я выставялъ на видъ, что различныя кислоты въ пищѣ родильницъ, кормившихъ грудью, не оказывали вреднаго дѣйствія на ребенка, то я не думалъ утверждать, что названныя вещества не переходятъ въ молоко, какъ мнѣ это приписываетъ *Kehrer*; впрочемъ, собственно о переходѣ кислотъ въ молоко уже и безъ того не можетъ быть рѣчи, такъ какъ онѣ могли бы развѣ только уменьшать щелочную реакцію молока. Въ виду этого мы можемъ спокойно дозволить родильницамъ употребленіе салата, фруктовъ и молодыхъ овощей, когда уже прошли первыя недѣли родильнаго періода; но само собою разумѣется, что нужно избѣгать чрезмѣрнаго переполненія желудка и образованія кислотъ. Еслибы въ какомъ либо случаѣ дѣйствительно оказалось, что грудной ребенокъ имѣетъ идиосинкразію къ нѣкоторымъ веществамъ, входящимъ въ составъ пищи его матери, то употребленіе этихъ пищевыхъ средствъ должно быть прекращено.

Точно также и ограниченіемъ питья въ прежнее время мучили несчастныхъ родильницъ гораздо больше, чѣмъ это было необходимо. Бѣдныя наши матери и бабушки не смѣли въ родильномъ періодѣ пить даже обыкновенную колодезную воду. Въ настоящее же время мы дозволяемъ родильницамъ съ самаго начала пить свѣжую колодезную воду, но только не слишкомъ холодную, или легкія углекислыя минеральныя воды; при склонности къ поносу или къ метеоризму полезно давать холодные настои, напр. настой мяты или ромашки. Молоко въ видѣ питья можетъ быть дозволяемо родильницѣ во всякое время. Что касается спиртныхъ напитковъ, то я въ прежнее время считалъ возможнымъ давать вино лишь на второй недѣлѣ, но въ Базелѣ я убѣдился, что родильницы очень хорошо и безъ всякаго вреда переносятъ легкое вино уже съ перваго дня; крѣпкое вино можно съ самаго начала давать лишь тѣмъ родильницамъ, которыя къ нему привыкли; впрочемъ, въ патологическихъ случаяхъ мы видимъ, какъ хорошо родильницы переносятъ крѣпкіе спиртные напитки. То же самое относится и къ пиву: привычныя къ нему родильницы, слѣдовательно, напр., уроженки Баваріи, могутъ пить его въ

преждемъ количествѣ уже съ 3-го или 4-го дня, начиная съ  $\frac{1}{4}$  литра въ сутки и восходя затѣмъ до 1 литра; во всякомъ случаѣ, питье пива увеличиваетъ повидимому отдѣленіе молока и особенно вліяетъ на содержаніе въ немъ углеводовъ; хотя а ргіогі слѣдовало бы думать, что молоко представляетъ для кормящихъ родильницъ болѣе подходящее пищевое средство, однако оно надоедаетъ гораздо скорѣе, чѣмъ приятное на вкусъ пиво, богатое углекислотою.

Наконецъ, при жаждѣ можно дозволить питье лимонада, фруктовыхъ водъ и проч.; однако, родильница не должна слишкомъ наводнять желудокъ этими жидкостями, лишенными всякаго пищевого значенія.

§ 42. Очень важную роль въ родильномъ періодѣ играетъ правильный уходъ за грудями. Къ сожалѣнію, не только въ родильныхъ домахъ, но и въ частной практикѣ, многія женщины вступаютъ въ родильный періодъ съ сильно запущенными сосками. Впрочемъ, я убѣдился, что укрѣпленіе сосковъ во время беременности посредствомъ обмыванія холодною водою, спиртными жидкостями и т. д. не приноситъ большой пользы. Вполнѣ достаточно, если соски во время беременности содержатся въ чистомъ видѣ посредствомъ обмыванія мыльной водою, посредствомъ удаленія чешуекъ эпидермиса миндальнымъ масломъ или глицериномъ, и если маленькіе втянутые соски механически вытягиваются впередъ. Какъ только начинается кормленіе грудью, родильница должна до и послѣ каждаго кормленія ребенка обмывать соски до-чиста при помощи мягкой губки, служащей исключительно для этой цѣли и поставленной около кровати въ особой чашкѣ съ водою. Кромѣ того, груди должны накрываться чистымъ платкомъ, который замѣняется новымъ, какъ только онъ сдѣлался влажнымъ и жесткимъ отъ вытекающаго мочока. Передъ каждымъ кормленіемъ ребенка родильница должна обмывать свои пальцы чистою водою для того, чтобы не заразить сосокъ въ то время, когда она старается вложить его въ ротъ ребенку: возможность того, что палецъ былъ передъ кормленіемъ инфицированъ послѣродовымъ очищеніемъ, представляется чрезвычайно вѣроятною. Если при попыткѣ дать грудь ребенку помогаетъ родильницѣ повивальная бабка или сидѣлка, то это всегда должно дѣлаться при соблюденіи тѣхъ же предосторожностей и непременно *ранше* дезинфекціи половыхъ органовъ. Далѣе, мы признаемъ болѣе правильнымъ промывать ротъ ребенку до кормленія, чѣмъ послѣ кормленія, для того, чтобы отъ него не перешли микроорганизмы на грудной сосокъ. Если уже имѣются трещины или ссадины сосковъ, то я предписываю *до* кормленія промывать ротъ ребенку 1% растворомъ борной кислоты.

Подвязывать груди необходимо лишь въ томъ случаѣ, когда онѣ очень велики, тяжелы и сильно напряжены. Если на соскѣ появляются ссадины, то необходимо втирать въ него глицеринъ до и послѣ кормленія; глицеринъ дѣйствуетъ какъ хорошее антисептическое средство и

въ то же время размягчаютъ кожу; другіе авторы рекомендуютъ для этой цѣли Перуанскій бальзамъ, борную мазь и т. д.; но я получалъ отъ этихъ средствъ гораздо менѣе благоприятные результаты, чѣмъ при употребленіи глицерина. И здѣсь также необходимо, чтобы родильница непосредственно передъ натираниемъ соска всегда тщательно обмывала свой палець.

§ 43. Важное значеніе имѣетъ кормленіе ребенка въ опредѣленные часы; въ первый разъ онъ прикладывается къ груди примѣрно черезъ 6—10 часовъ послѣ рожденія, а затѣмъ черезъ каждые 3 часа. Въ этомъ отношеніи многіе грѣшатъ тѣмъ, что выжидаютъ «прилива молока»; между тѣмъ необходимо, чтобы молоко высасывалось изъ груди черезъ правильные промежутки уже въ 1-й и во 2-й день послѣ родовъ, а не съ третьяго или четвертаго дня, какъ это часто дѣлается въ практикѣ повивальныхъ бабокъ; если молоко уже и безъ того имѣется не въ большомъ количествѣ и если ребенокъ къ тому же сосетъ грудь недостаточно сильно, то отдѣленія молока не наступаетъ вовсе, благодаря слишкомъ рѣдкому прикладыванію ребенка къ груди.

Отъ опытныхъ матерей и повивальныхъ бабокъ въ большинствѣ случаевъ легко удастся узнать, получаетъ ли ребенокъ изъ грудной железы такое количество молока, какое необходимо для его насыщенія; о томъ, получаетъ ли ребенокъ много или мало, можно судить уже по тому, какъ онъ сосетъ грудь. Но наилучшимъ признакомъ служитъ то, что послѣ достаточнаго насыщенія ребенокъ ждетъ 2—3 часа до слѣдующаго кормленія и въ этотъ промежутокъ времени спокойно спитъ. Еслибы на счетъ этого возникли основательныя сомнѣнія, то можно взвѣсить ребенка до и послѣ кормленія, и тогда довольно точно опредѣляется вышитое имъ количество молока, такъ какъ потери черезъ легкія и кожу въ это короткое время настолько незначительны, что могутъ быть оставлены безъ вниманія. Для того, чтобы ориентироваться относительно количества молока, необходимаго грудному ребенку, служитъ слѣдующая таблица:

въ 1-й день жизни	грудной ребенокъ	пить средн. чис.	6	разъ въ день	по 5 грм.
во 2-й »	»	»	8	»	»
съ 3-го до 8-го дня	»	»	8	»	»
на 2-й и 3-й нед.	»	»	6—8	»	»
» 4-й недѣль	»	»	6—7	»	»
» 2-мъ мѣсяцѣ	»	»	6	»	»
» 3-мъ »	»	»	5—6	»	»
съ 4-го до 9-го мѣс.	»	»	5—6	»	»

Болѣе  $\frac{1}{4}$  литра молока въ одинъ разъ грудной ребенокъ на первомъ году жизни вообще не долженъ бы получать.

Въ случаѣ сомнѣнія всегда можно нѣсколькими взвѣшиваніями опредѣлить, получаетъ ли ребенокъ достаточно молока изъ груди, или же слѣдуетъ его прикармливать разбавленнымъ коровимъ молокомъ, что вполнѣ совмѣстимо съ кормленіемъ грудью. При этомъ коровье молоко,



болѣе или менѣе разбавленное, смотря по возрасту ребенка, дается въ вышеуказанныхъ количествахъ во время свободныхъ промежутковъ или, въ крайнемъ случаѣ, даже непосредственно послѣ кормленія грудью.

Впрочемъ, мы должны здѣсь предостеречь отъ слишкомъ большой аккуратности. Нѣтъ ничего болѣе превратнаго, какъ взвѣшивать ребенка послѣ каждаго кормленія для того, чтобы опредѣлить, получилъ ли онъ изъ груди достаточное количество молока. Въ особенности на кормилицъ эти постоянныя взвѣшиванія ребенка производятъ, какъ мнѣ нѣсколько разъ приходилось видѣть, такое запугивающее дѣйствіе и волнуютъ ихъ такъ сильно, что отъ этого страдаетъ отдѣленіе молока.

§ 44. Я уже говорилъ о томъ, что вліяніе пищи на молоко имѣетъ нѣкоторое значеніе, въ извѣстныхъ предѣлахъ; достаточная и правильно выбранная пища можетъ до извѣстной степени увеличить количество молока. Но опредѣлить, въ какомъ количествѣ то или другое пищевое средство переходитъ въ молоко, оказывается труднымъ.

Практическое значеніе имѣетъ переходъ лѣкарственныхъ веществъ чрезъ посредство молока въ организмъ груднаго ребенка. Древніе врачи уже со временъ Гиппократа знали, что напр. слабительныя средства, даваемая кормящей родильницѣ, могутъ вызывать поносъ и у груднаго ребенка. Затѣмъ для различныхъ лѣкарственныхъ веществъ было доказано, что они переходятъ чрезъ посредство молока въ организмъ ребенка, и поэтому въ практическомъ отношеніи мы должны считаться съ тѣмъ фактомъ, что всѣ растворимыя вещества могутъ переходить къ ребенку чрезъ посредство молока.

Само собою понятно, что количество отдѣльныхъ веществъ, поступающее въ молоко, бываетъ весьма различно, смотря по тому, насколько они воспринимаются молочною железой и насколько быстро или медленно они выдѣляются почками кормящей родильницы.

Большое значеніе имѣетъ то, что наркотическія средства, напр. опій, морфій, атропинъ или хлораль-гидратъ, могутъ быть даваемы родильницѣ въ среднихъ и даже нѣсколько болѣе высокихъ дозахъ безъ вреда для ребенка. Лишь при болѣе значительныхъ дозахъ (для морфія 0,02 грм., для хлораль-гидрата 3,0 грм. и болѣе, для сѣрноокислаго атропина 0,003 грм. и болѣе) требуется осторожность, особенно при кумулятивномъ дѣйствіи; поэтому разсказъ о грудномъ ребенкѣ, будто бы проспавшемъ 43 часа по принятіи его матерью 20-ти капель настойки опія, долженъ быть положительно отнесенъ къ области фантазіи.

Точно также и соли, напр. салициловокислый натръ, іодистый калий и проч., переходятъ чрезъ молоко въ организмъ ребенка; относительно іодистаго калия имѣетъ значеніе то, что онъ выдѣляется нѣсколько медленно. Но подробныхъ изслѣдованій относительно множества отдѣльныхъ средствъ и въ частности относительно того, какое процентное количество

принятаго матерью дѣкарственнаго вещества переходитъ чрезъ молоко въ организмъ груднаго ребенка, до сихъ поръ еще не имѣется.

Если уже относительно іодоформа, прикладываемаго къ ранамъ половыхъ органовъ матери, доказано появленіе іода въ молокѣ родильницы и въ мочѣ груднаго ребенка, то это свидѣтельствуетъ, что и всѣ другія антисептическія средства, примѣняемые въ родильномъ періодѣ, могутъ иногда переходить въ молоко и обнаруживать свое дѣйствіе на ребенка.

Вліяніе душевнаго настроенія, психическихъ возбужденій и проч. до сихъ поръ еще слишкомъ мало извѣстно; но мнѣ кажется, что оно было сильно преувеличено.

§ 45. Слѣдуетъ ли съ самаго начала крѣпко забинтовать животъ родильницы или нѣтъ,—относительно этого вопроса до сихъ поръ еще существуетъ въ Германіи разногласіе. Между тѣмъ какъ во время беременности бинтованіе живота частѣо предписывается безъ всякой надобности, особенно низшимъ акушерскимъ персоналомъ, въ такихъ случаяхъ, гдѣ вообще не существуетъ расхожденія прямыхъ брюшныхъ мышцъ или отвисанія живота,—непосредственно послѣ родовъ тугое бинтованіе живота до сихъ поръ въ Германіи мало употребительно; но въ Англии, Америкѣ и Японіи оно вполне справедливо пріобрѣло права гражданства. Бинтованіе живота послѣ родовъ имѣетъ цѣлью, во первыхъ, воспрепятствовать новому наполненію матки, сильному приливу крови къ сосудамъ брюшной полости, легко могущему наступить послѣ опорожненія матки, которое влечетъ за собою пониженіе внутрибрюшнаго давленія; но воспрепятствовать новому поднятію матки невозможно, да и ненужно. Въ Германіи этому показанію очень часто стараются удовлетворить тѣмъ, что накладываютъ на животъ послѣ родовъ тяжелые мѣшки съ пескомъ или сложенные въ нѣсколько слоевъ тяжелыя простыни. Безусловной гарантіи противъ переполненія сосудовъ брюшной полости это бинтованіе живота не представляетъ; если же грозитъ анемія послѣ быстрого опорожненія матки, то въ такомъ случаѣ массажъ оказывается средствомъ болѣе дѣйствительнымъ. Главное же значеніе бинтованія живота послѣ родовъ состоитъ въ томъ, что оно поддерживаетъ сократительную способность прямыхъ и косыхъ брюшныхъ мышцъ; если уже существуетъ болѣе значительное расхожденіе прямыхъ брюшныхъ мышцъ, то оно, быть можетъ, и не будетъ вполне устранено бинтованіемъ живота, но въ такомъ случаѣ послѣднее, по крайней мѣрѣ, препятствуетъ расслабленію мускулатуры кишечника и, содѣйствуя нормальному тонусу его гладкихъ мышцъ, устанавливаетъ правильныя испраженія на низъ. *Czermy* и *Bälz* несомнѣнно правы, выставляя на видъ это значеніе бинтованія въ родильномъ періодѣ и указывая на то, что въ этомъ отношеніи другіе народы могутъ для насъ служить лучшимъ примѣромъ. Я точно также въ прежнее время нѣсколько пренебрегалъ бинтованіемъ живота и только въ послѣдніе годы сталъ обращать на этотъ вопросъ

большее вниманіе. Видя въ родильныхъ домахъ, до какой чрезвычайной степени бывають часто истончены брюшныя покровы у многородящихъ, можно только пожалѣть о томъ, что бинтованіе не было введено уже раньше. Обвязываніе живота обыкновеннымъ полотенцемъ, конечно, оказывается недостаточнымъ; для этого лучше употреблять хорошо вырѣзанный бинтъ въ томъ видѣ, какъ онъ накладывается послѣ лапаротоміи, или же который-нибудь изъ рекомендуемыхъ *Balze*’омъ многоглавыхъ японскихъ бинтовъ. Если мы желаемъ достигнуть надлежащаго результата, то должны хорошо забинтовать животъ немедленно послѣ родовъ. Для врача, правда, здѣсь является то неудобство, что, для того чтобы имѣть возможность ошупываніемъ снаружи опредѣлять ежедневно положеніе и величину матки, а также чувствительность матки и ея придатковъ, онъ всякій разъ долженъ раскрывать повязку; но такъ какъ бинтъ неизбежно смѣшается при движеніяхъ родильницы, то уже и безъ того приходится ежедневно снимать его и накладывать вновь. Бинтованіе живота необходимо не только во время покойнаго лежанія въ постели, но имѣетъ большое значеніе какъ-разъ въ первое время послѣ того, когда родильница начинаетъ вставать съ кровати, такъ какъ оно содѣйствуетъ брюшнымъ мышцамъ, которыя оказываются слишкомъ слабыми по сравненію съ повышеннымъ въ это время внутрибрюшнымъ давленіемъ. Если не существуетъ расхожденія прямыхъ брюшныхъ мышцъ, то бинтованіе можетъ быть отмѣнено спустя 2—3 недѣли; если же это расхожденіе существуетъ, то женщина должна носить повязку по цѣлымъ мѣсяцамъ, а въ случаѣ надобности — цѣлыми годами.

Впрочемъ, мы должны предостеречь отъ слишкомъ тугаго накладыванія бинта: помимо другихъ вредныхъ послѣдствій, повышеніе внутрибрюшнаго давленія могло бы повлечь за собою опущеніе мочеваго пузыря и вмѣстѣ съ нимъ передней стѣнки влагалища.

§ 46. Гораздо большее значеніе, чѣмъ склонны въ настоящее время признавать большинство врачей, имѣетъ доставленіе чистаго свѣжаго воздуха въ комнату родильницы. Извѣстны примѣры, доказывающіе, что стрептококки и стафилококки, завѣшенные въ воздухъ, могутъ быть переносимы извѣтъ на поверхности ранъ и на бѣлье; извѣстно также наблюденіе *Frankenhäuser*’а, что въ Цюрихскомъ родильномъ домѣ, когда воздухъ былъ сильно загрязненъ вслѣдствіе производившейся въ то время очистки отхожихъ мѣсть, заболѣли тяжелою формою родильной горячки 4 женщины, родившія въ одинъ и тотъ же день; я знаю такой же случай, гдѣ, вслѣдствіе просачиванія первоначально замерзшихъ нечистотъ изъ отхожаго мѣста въ квартиру, была сильно заражена женщина въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности, такъ что она вскорѣ послѣ родовъ умерла вмѣстѣ съ ребенкомъ.

Эти наблюденія налагають на насъ обязанность надлежащимъ образомъ заботиться о чистомъ и свѣжемъ воздухѣ въ комнатѣ родильницы.

Въ настоящее время открываніе оконъ, какъ въ самой комнатѣ родильницы, такъ и въ сосѣдней, не только дозволительно, но и безусловно необходимо, причѣмъ нужно только въ интересахъ матери и ребенка избѣгать холоднаго сквознаго вѣтра. Простыни и подстилки, загрязненные послѣ родовымъ очищеніемъ и т. д., должны быть поскорѣе удаляемы изъ комнаты. Существовавшій прежде обычай окуривать родильную комнату пахучими веществами долженъ считаться нераціональнымъ, такъ какъ дѣло здѣсь ограничивается только тѣмъ, что одинъ зловонный запахъ маскируется другимъ; цѣлесообразною представляется дезинфекція воздуха образованіемъ озона, особенно зимою, когда сильная вентиляція часто бываетъ невозможна въ такой степени, въ какой было бы желательно; для этой цѣли можно пустить струю терпентиннаго масла на полъ родильной комнаты, или повѣсить пропитанный имъ кусокъ пропускной бумаги, или обрызгивать полъ и кровать одеколономъ, или, наконецъ, употребить въ дѣло дезинфекціонную лампу съ губчатой платиной.

Если отхожее мѣсто не было дезинфицировано еще до родовъ, то въ такомъ случаѣ очень полезно, а при зловонномъ запахѣ даже безусловно необходимо, дезинфицировать разложившіяся массы вливаніемъ неочищенного креозота съ желѣзнымъ купоросомъ (1 килограмм. креозота и 2 килограмм. желѣзнаго купороса на 10 литровъ воды).

Въ частныхъ домахъ необходимо также принимать предосторожности по отношенію къ заразительнымъ болѣзнямъ: если въ самой квартирѣ или въ ближайшемъ ей сосѣдствѣ имѣются больные инфекціонными сыпными болѣзнями, особенно скарлатиною, корью или рожею, то лучше всего предписать полное изолированіе этихъ больныхъ и, кромѣ того, дезинфицировать воздухъ; повивальныя бабки, посѣщающія такихъ больныхъ или ухаживающія за ними, какъ напр. въ своей собственной семьѣ, не должны быть болѣе допускаемы къ родильницѣ; я знаю одинъ случай, гдѣ повивальная бабка, находившаяся уже въ началѣ періода высыпанія скарлатины, заразила родильницу, которая затѣмъ заболѣла тяжелымъ пельвеоперитонитомъ. Рядъ подобныхъ же наблюденій сообщенъ въ послѣднее время *Hörder*’омъ изъ Лейпцига. По новѣйшимъ наблюденіямъ изъ Дрезденской клиники, вполне согласующимся съ моими собственными наблюденіями въ Штутгартскомъ родильномъ домѣ, нужно также считать подозрительными всякія воспаленія зѣва, особенно тѣ, которыя по своему характеру близко подходятъ къ дифтеритической ангины.

Температура въ комнатѣ родильницы должна быть равномерною и не должна зимою превышать 14° Р.

§ 47. Наконецъ, что касается постели, на которой лежитъ родильница, то очевидно, что въ этомъ отношеніи не могутъ быть повсюду предъявляемы одни и тѣ же требованія. Постель должна быть чиста, и ни въ какомъ случаѣ родильница не должна лежать на такой кровати,

на которой до нея лежали больные инфекционными сыпными болезнями, или в которой уже раньше лежали больная родильной горячкой. В родильных домах, когда в них бывают случаи заболевания и смерти родильниц, вполне достаточно дезинфицировать всю постель в аппарате *Henneberg*'а. Кровать должна быть свободно доступна со всех сторон; тюфяк покрывают непромокаемою тканью, а сверху кладут постельное белье и подстилки; если приходится довольствоваться соломенным тюфяком, то под крестец родильницы подкладывают твердый ковер или подстилку; последняя должна быть 2 раза в день заменима новою, непосредственно перед тем согретою; если для этого употреблять перевязочную вату, или вату неочищенную, гораздо более дешевую, или сусловую вату, то, благодаря способности ее впитывать жидкости, достигается большая экономия в белье.

В обыкновенной практике повивальных бабок делаются многия погрешности относительно уборки постели. Если постель была хорошо приготовлена после родов, то родильница может спокойно пролежать в ней 5—8 дней, причем остается только приводить в порядок подушки и подстилки. Къ тому же в практике повивальных бабок постель обыкновенно убирается таким образом, что родильница сидит в это время около кровати на стуле или усаживается на ножном конце кровати. Если затем является потрясающая озноб с лихорадкой, то, конечно, объясняют дело «простудою», между тем как настоящая причина заключается просто в том, что раны половых органов вновь разорвались вследствие преждевременных движений родильницы и что к свежим разрывам привилось послеродовое очищение. На 5-й день родильница может быть вдвоем перенесена на другую кровать, или же она, не принимая сидячего положения, осторожно перемещается без посторонней помощи в кровать, поставленную рядом; при нормальном течении родильного периода можно после 8-го дня дозволить родильнице принимать сидячее положение на то время, пока постель приводится в порядок.

Одежда родильницы, состоящая из рубашки и ночной кофточки, может быть переменена вскоре после родов, если она сдѣлалась мокрою; еслибы в ближайшие затем дни потребовалось переменить одежду, то и это должно быть сдѣлано только в лежачем положении, совершенно так же, как у раненых; лишь после 8-го дня родильница может принимать сидячее положение для ежедневных обмываний, для перемены белья и т. д.

---

## Отдѣлъ II.

### Патологія родильнаго періода.

#### Глава IV.

Различные взгляды на причины заболѣваній въ родильномъ періодѣ.

§ 48. О заболѣваніяхъ родильницъ сообщается уже въ древнѣйшихъ, дошедшихъ до насъ сочиненіяхъ, посвященныхъ медицинѣ; уже Гиппократъ описываетъ отдѣльные случаи и говоритъ о распознаваніи и лѣченіи этихъ болѣзней, а затѣмъ намеки на родильную горячку уже постоянно встрѣчаются въ древней литературѣ. Въ средніе вѣка начинаютъ все чаще и чаще описываться отдѣльные случаи родильной горячки, а затѣмъ въ XVII столѣтіи, съ учрежденіемъ перваго родильнаго дома, являются отчеты объ эпидеміяхъ этой болѣзни; число подобныхъ отчетовъ и самая сила эпидемій увеличились въ XVIII и XIX столѣтіи, когда возрасло число учащихся и когда они стали болѣе заниматься анатоміей. При громадномъ числѣ несчастныхъ жертвъ, погибавшихъ въ родильныхъ домахъ, — обыкновенно это были забеременѣвшія въ незаконномъ сожителствѣ и платившіяся жизнью за единственную свою погрѣшность, — мы не должны удивляться тому, что человѣческой умъ уже издавна старался разрѣшить загадочный вопросъ о возникновеніи родильной горячки.

Едва ли есть еще другая болѣзнь, относительно сущности и возникновенія которой было бы выставлено больше взглядовъ и теорій, чѣмъ относительно родильной горячки. Обстоятельство это доказываетъ, что ни одна изъ теорій, часто защищавшихся съ большимъ остроуміемъ, не могла быть признана удовлетворительной, до тѣхъ поръ, пока, наконецъ, не появилась теорія *Ignaz'a Semmelweis'a* объ этиологіи родильной горячки; хотя эта послѣдняя теорія появилась еще въ 1847 году, но общепризнанною она сдѣлалась лишь постепенно въ шестидесятыхъ годахъ нынѣшняго столѣтія.

Молодому акушеру современной школы не легко постигнуть, какимъ образомъ врачи могли не признавать теорію *Semmelweis'a*; поэтому, для пользы молодыхъ врачей, посвящающихъ себя нашей специальности, я считаю нелишнимъ сдѣлать здѣсь краткую экскурсію въ область исторіи, чтобы показать, какими ложными путями шли наши предшественники.

Современному врачу, ничто не можетъ казаться болѣе простымъ, какъ объясненіе сущности и причинъ родильной горячки (настоящее яйцо Колумба!). И однако, лучшіе умы нѣсколькихъ вѣковъ должны были поработать надъ рѣшеніемъ загадки, прежде чѣмъ это удалось *Semmelweis'u*.

Я зашелъ бы слишкомъ далеко, еслибы вздумалъ привести здѣсь всѣ теоріи о сущности и возникновеніи родильной горячки; кто интересуется этими научительными историческими данными, тотъ найдетъ богатый матеріалъ въ монографіи *Eisenmann'a* (Wund-und Kindbettfieber; Erlangen 1837) и въ удостоенномъ награды сочиненіи *Silberschmidt'a* о патологіи родильной горячки (Erlangen 1859).

§ 49. Первоначальныя теоріи о сущности родильной горячки представляли на видъ ясно замѣтное въ большинствѣ случаевъ уменьшеніе количества послѣродоваго очищенія, обусловливаемое будто бы спазмомъ или воспаленіемъ сосудовъ матки. При этомъ предполагалось, что задержка въ крови вредныхъ веществъ, находящихся въ послѣродовомъ очищеніи, вызываетъ гнилостную лихорадку. Впослѣдствіи, особенно во Франціи, а затѣмъ и въ Германіи, была выставлена теорія, видѣвшая въ метастазахъ молока активную причину родильной горячки; теорія эта еще и теперь довольно распространена въ публикѣ.

Наряду съ другими, менѣе распространенными воззрѣніями, въ эпоху анатомическаго направленія всѣхъ медицинскихъ школъ и подъ вліяніемъ этого направленія проложила себѣ дорогу флогистическая теорія, для которой исходнымъ пунктомъ служило находимое при родильной горячкѣ воспаленіе брюшины, матки, ея придатковъ, кишекъ и сальника. Къ современнымъ воззрѣніямъ уже очень близко стояла теорія о рожистомъ происхожденіи родильной горячки, нашедшая себѣ приверженцевъ особенно въ Англии и опиравшаяся на тотъ фактъ, что были наблюдаемы случаи зараженія родильною горячкою, исходившаго отъ больныхъ рожею, и что вообще случаи рожи часто наблюдались во время эпидемій родильной горячки. Затѣмъ явилась теорія, по которой родильная горячка имѣетъ своимъ исходнымъ пунктомъ существующее во время беременности измѣненіе крови (краза). Въ эпоху быстрого развитія химіи, совпавшую съ періодомъ расцвѣта общихъ кровопусканій, было доказано въ «хлоротической» крови беременныхъ увеличенное содержаніе фибрина, а между тѣмъ такія же повидимому фибринозныя отложенія были найдены на брюшинѣ, между кишками, въ полости плевры и т. д., особенно при лимфатической формѣ родильной горячки; это подало поводъ видѣть сущность родильной горячки въ томъ, что фибринъ, подъ вліяніемъ какой-то неизвѣстной причины, выступаетъ изъ крови и отлагается въ органахъ, — теорія, къ числу приверженцевъ которой въ то время принадлежалъ особенно *Scanzoni*; появленіе піэміи объяснялось тѣмъ, что эти экссудаты въ данномъ случаѣ имѣли наклонность къ гнойному распаденію.

Внимательными наблюдателями уже давно было замѣчено, что родильная горячка не только появлялась самопроизвольно и въ видѣ sporadическихъ случаевъ, но что мѣстомъ тяжелыхъ эпидемій были преимущественно больницы и родильные дома; однако, это наблюденіе могло

только затруднить объяснение сущности родильной горячки. Многие авторы, не смотря на самые разнородные воззрения относительно сущности этой болѣзни, были однако согласны между собою въ томъ, что причину родильной горячки должна быть какая-то миазма, которая можетъ возникать повсюду, но для водворения которой организмъ родильницы представляетъ почву особенно благоприятную. Для того чтобы объяснить фактъ особенно частаго появления этой болѣзни въ родильныхъ домахъ, *Cruveilhier* предположилъ миазму, развивающуюся преимущественно при переполнении родильныхъ дозовъ. Неоспоримый фактъ появления многочисленныхъ случаевъ родильной горячки въ родовспомогательныхъ институтахъ и въ частной практикѣ отдѣльныхъ лицъ послужилъ основаніемъ къ тому, что уже въ концѣ прошлаго столѣтія возникло мнѣніе о прилипчивости этой болѣзни. Въ настоящемъ столѣтіи все болѣе и болѣе пріобрѣтало сторонниковъ то мнѣніе, что родильная горячка можетъ быть переносима акушерскимъ персоналомъ отъ одной родильницы на другую, и уже въ 1837 году *Eisenmann* нашелъ возможнымъ заявить, что здѣсь идетъ дѣло о зараженіи извнѣ, причемъ заразное вещество дѣйствуетъ на лишенную эпителія внутреннюю поверхность матки.

Уже изъ этого сжатаго очерка прежнихъ ученій мы видимъ, что была подготовлена почва, давшая возможность *Semmelweis*'у разрѣшить загадку впоследствии; и здѣсь было то же самое, что и со всеми вопросами въ наукѣ: ни одно открытіе не падаетъ съ неба; если же выполнены необходимыя предварительныя условія, если фундаментъ уже существуетъ, то недостаетъ лишь послѣдняго толчка, и все дѣло готово. То же самое относится и къ ученію *Semmelweis*'а, которое по справедливости можетъ быть названо однимъ изъ величайшихъ открытій всѣхъ временъ.

§ 50. Литературно-историческія изысканія не пользуются въ современномъ поколѣніи молодыхъ врачей особенною любовью и даже представляются для него почти невозможными, вслѣдствіе чрезмѣрнаго обилія другихъ занятій; поэтому я приведу здѣсь важнѣйшія данныя изъ известнаго сочиненія *Semmelweis*'а <sup>1)</sup>, такъ какъ представляется особенно интереснымъ прослѣдить, какимъ логическимъ путемъ онъ дошелъ до своей теоріи.

*Semmelweis* былъ въ сороковыхъ годахъ ассистентомъ профессора *Klein*'а при Вѣнской акушерской клиникѣ для врачей; рядомъ съ этою клинкою существовала съ 1840 года вторая клиника, гдѣ занимались исключительно ученицы повивальной школы; обѣ клиники находились въ одномъ и томъ же зданіи, были снабжены и устроены совершенно одинаково, въ обѣихъ та же пища, то же лѣчение и т. д. Между тѣмъ, со времени раздѣленія обѣихъ клиникъ, смертность въ первой клиникѣ,

<sup>1)</sup> Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers. Von *Ignaz Semmelweis*. Pest, Wien und Leipzig 1861.



гдѣ занимались врачи, была гораздо болѣе велика, чѣмъ во второй, какъ это лучше всего показываетъ слѣдующая таблица *Semmelweis's*а:

Годъ.	Отдѣленіе для врачей.			Отдѣленіе для повивальныхъ бабокъ.		
	Число родильницъ.	Число умершихъ	Процентъ смертности.	Число родильницъ.	Число умершихъ	Процентъ смертности.
1841	3036	237	7,7	2442	86	3,5
1842	3287	518	15,8	2659	202	7,5
1843	3060	274	8,9	2739	164	5,9
1844	3157	260	8,2	2956	68	2,3
1845	3492	241	6,8	3241	66	2,03
1846	4010	459	11,4	3754	105	2,7
Сумма:	20042	1989	9,92	17791	691	3,38

Это положеніе дѣла было настолько общезвѣстно, что беременныя, обращавшіяся за помощью въ акушерскую клинику, боялись и избѣгали перваго ея отдѣленія, и мало того, персоналъ втораго отдѣленія смотрѣлъ косо на персоналъ перваго. Свѣтлой головѣ и чувствительному сердцу *Semmelweis's*а это обстоятельство причиняло много заботъ. Далѣе, существовалъ такой порядокъ, что 4 пріемныхъ дня въ недѣлю (съ 4 часовъ пополудни) принадлежали первой клиникѣ, а остальные 3—второй клиникѣ. *Semmelweis's* поэтому справедливо поставилъ себѣ вопросъ: какимъ образомъ возможно, чтобы вызывающія родильную горячку эпидемическія вліянія, т. е. опредѣленныя атмосферическія, космическія и теллурическія измѣненія, дѣйствовали настолько неравномѣрно, что изъ числа женщинъ, поступающихъ въ теченіе 4-хъ дней недѣли въ первую клинику, умираетъ болѣе значительный процентъ, нежели изъ числа тѣхъ, которыя въ остальные 3 дня принимаются во вторую клинику? Къ тому же атмосферическія, космическія и теллурическія вліянія должны были бы дѣйствовать одинаково на беременныхъ и роженицъ, находящихся въ клиникѣ и внѣ ея. Такъ какъ прекращеніе пріема въ родильные дома имѣло своимъ послѣдствіемъ прекращеніе эпидемій родильной горячки, то этотъ фактъ служить для *Semmelweis's*а доказательствомъ того, что дѣло идетъ о вредныхъ вліяніяхъ, существующихъ въ родильныхъ домахъ эндемически, и такимъ образомъ вліянія эти, собственно говоря, должны бы быть одинаковы въ обоихъ отдѣленіяхъ клиники. Затѣмъ, ему казалось страннымъ, что родильная горячка появлялась чаще всего въ такихъ случаяхъ, гдѣ во время родовъ періодъ раскрытія былъ очень продолжителенъ, слѣдовательно—у первородящихъ, тогда какъ многородящія, у которыхъ періодъ раскрытія продолжается болѣе короткое время, и особенно тѣ, у которыхъ роды совершились необыкновенно быстро, заболѣвали сравнительно рѣже.

Далѣ, ему казалось достойнымъ вниманія, что отъ родильной горячки погибали не только матери, но и новорожденные, какъ мальчики, такъ и дѣвочки; говорить о родильной горячкѣ новорожденныхъ онъ считалъ себя вправѣ потому, что анатомическія измѣненія въ трупахъ новорожденныхъ дѣтей, за исключеніемъ только половой сферы, были тождественны съ анатомическими измѣненіями въ трупахъ матерей, умершихъ отъ родильной горячки. И въ этомъ отношеніи опять-таки преобладало первое отдѣленіе клиники, о чемъ свидѣтельствуетъ слѣдующая таблица:

Годъ.	Отдѣленіе для врачей.			Отдѣленіе для повивальныхъ бабокъ.		
	Число дѣтей.			Число дѣтей.		
	Родившихся	Умершихъ	Процентъ смертности	Родившихся	Умершихъ	Процентъ смертности
1841	2813	177	6,2	2252	91	4,4
1842	3037	279	9,1	2414	113	4,06
1843	2828	195	6,8	2570	130	5,05
1844	2917	251	8,6	2739	100	3,06
1845	3201	260	8,1	3017	97	3,02
1846	3533	235	6,5	3398	86	2,05
Средняя:			7,55			3,55

И этотъ фактъ тоже рѣшительно не согласовался съ господствовавшими теоріями о возникновеніи родильной горячки.

Многія другія замѣчанія въ книгѣ *Semmelweis*'а показываютъ, до какой степени всѣ его помыслы и стремленія были направлены къ тому, чтобы вмѣстѣ съ этиологическими причинами родильной горячки открыть и средство для уменьшенія ужасной смертности. Желанный лучъ свѣта принесла ему смерть дорогаго друга, профессора *Kolletschka*, читавшаго въ Вѣнѣ судебную медицину: *Kolletschka* умеръ вслѣдствіе раненія пальца при одной аутопсіи, а по вскрытіи его трупа были найдены тѣ же анатомическія измѣненія, какія бываютъ въ трупахъ родильницъ, и поэтому для *Semmelweis*'а стало до очевидности ясно, что болѣзнь, отъ которой умеръ *Kolletschka*, тождественна съ тою, отъ которой умирали на его глазахъ многія сотни родильницъ. Причиною смерти профессора *Kolletschka* были трупныя частицы, попавшія въ сосудистую систему; слѣдовательно, и у роженицъ появленіе родильной горячки должно было обуславливаться поступленіемъ трупныхъ частицъ, т. е. разложившихся животно-органическихъ веществъ. Было, разумѣется, совершенно понятно, что въ отдѣленіи для врачей, которымъ столь часто приходилось загрязнять свои пальцы трупными частицами, причина эта должна была гораздо чаще подавать поводъ къ тяжелымъ заболѣваніямъ и смертельнымъ случаямъ, нежели въ отдѣленіи для повивальныхъ бабокъ.

Главный пунктъ былъ теперь для *Semmelweis*'а совершенно ясенъ,

затѣмъ оставалось только принять мѣры для разрушенія этихъ разложившихся веществъ на пальцахъ; съ этою цѣлью въ маѣ 1847 года были введены обмыванія рукъ хлорною водою, а впоследствии — хлорновое известью. Результаты получились поразительные. Въ первомъ отдѣленіи клиники оказались послѣ этого слѣдующія цифры:

1847 г.	Число родовъ.	Число смертныхъ случ.	Процентъ смертности.
Іюнь . . . . .	268	6	2,38
Іюль . . . . .	250	3	1,20
Августъ . . . . .	264	5	1,89
Сентябрь . . . . .	262	12	5,23
Октябрь . . . . .	378	11	3,95
Ноябрь . . . . .	246	11	4,47
Декабрь . . . . .	273	8	2,93

1848 г.	Число родовъ.	Число смертныхъ случ.	Процентъ смертности.
Январь . . . . .	283	10	3,53
Февраль . . . . .	291	2	0,68
Мартъ . . . . .	276	0	0,00
Апрѣль . . . . .	305	2	0,65
Май . . . . .	313	3	0,99
Іюнь . . . . .	264	3	1,13
Іюль . . . . .	269	1	0,37
Августъ . . . . .	261	0	0,00
Сентябрь . . . . .	312	3	0,96
Октябрь . . . . .	299	7	2,34
Ноябрь . . . . .	310	9	2,90
Декабрь . . . . .	373	5	1,34

Средняя: 1,27

Громадное различіе между 1,27% и прежними 9,92% средней смертности слишкомъ рѣзко бросалось въ глаза: оно было вполне доказательно.

§ 51. Случай благопріятствовалъ *Semmelweis*'у еще дальше развить свою теорію: роженица, страдавшая икорозно-разлагающимся мозговиднымъ ракомъ, была принята въ клинику и положена на койку № 1; изъ 12-ти другихъ роженицъ, изслѣдованныхъ краду послѣ нея (руки послѣ каждаго отдѣльнаго изслѣдованія обмывались только мыльною водою), умерли 11! Изъ этого *Semmelweis* справедливо заключилъ, что икорозныя выдѣленія, происходящія отъ живыхъ организмовъ, также могутъ вызывать родильную горячку.

Затѣмъ, на основаніи одного случая, гдѣ больная, страдавшая икорозною костоѣдою колѣннаго сустава, была помѣщена въ отдѣленіе для

роженницъ, онъ заключилъ, что и атмосферный воздухъ также можетъ быть носителемъ разложившихся органическихъ веществъ; однимъ словомъ, опираясь на многочисленныя наблюденія и таблицы, онъ постепенно пришелъ къ заключенію, что родильная горячка возникаетъ вслѣдствіе всасыванія гніющаго животво-органическаго вещества и что всасываніе это вызываетъ ненормальное измѣненіе состава крови.

Взгляды *Semmelweis*'а подтвердились, при дальнѣйшемъ изслѣдованіи, опытами надъ животными, которымъ онъ вводилъ въ пуэрперальныя половыя органы ихорозныя жидкости, гной и т. п. Измѣненія въ трупахъ кроликовъ были тѣ же самыя, что и въ человѣческихъ трупахъ при родильной горячкѣ или при шіеміи.

Опредѣленіе родильной горячки, данное *Semmelweis*'омъ, остается и теперь справедливымъ; оно гласитъ:

«Разложившееся животво-органическое вещество, вызывающее по всасываніи своемъ родильную горячку, заносится въ значительномъ большинствѣ случаевъ извнѣ, и это есть зараженіе извнѣ путемъ заноса; это суть тѣ случаи, изъ которыхъ слагаются эпидеміи родильной горячки,—тѣ случаи, которые могутъ быть предотвращены. Въ рѣдкихъ же случаяхъ разложившееся животво-органическое вещество, вызывающее по всасываніи своемъ родильную горячку, возникаетъ въ самомъ организмѣ даннаго субъекта; это суть случаи самозараженія, и они не всегда могутъ быть предотвращены».

*Semmelweis*'у не суждено было дожить до торжества его взглядовъ въ примѣненіи ихъ на практикѣ; предчувствуя это, онъ говоритъ: «Еслибы, чего Боже сохрани, мнѣ не было суждено видѣть собственными глазами то счастливое время, когда въ родильныхъ домахъ всего міра и внѣ родильныхъ домовъ будутъ встрѣчаться только случаи самозараженія, то увѣренность въ томъ, что время это должно послѣ меня рано или поздно наступить, будетъ для меня источникомъ утѣшенія въ мой смертный часъ».

Въ чемъ заключалась причина того, что эта великая благотворная идея не сдѣлалась общимъ достояніемъ акушеровъ уже за 25 лѣтъ раньше,—трудно объяснить. Время, обстоятельства, врачи, самъ *Semmelweis*,—все въ этомъ были причастны; самъ *Semmelweis* повредилъ дѣлу неумѣренными нападками, съ которыми онъ, находясь уже отчасти подъ вліяніемъ неихического разстройства, погрузившаго его впоследствии въ полный душевный мракъ, обрушивался на несоглашавшихся съ нимъ акушеровъ и на профессоровъ въ особенности (см. два открытыя письма его къ *Siebold*'у и *Scanzoni*, напечатанныя въ Пештѣ въ 1861 г., и открытое письмо ко всемъ профессорамъ акушерства, напечатанное въ Офенѣ въ 1862 г.).

Лишь съ распространеніемъ Листеровскаго метода въ хирургіи оказалось возможнымъ примѣнять и въ акушерствѣ открытіе *Semmel-*

*weis*'а со всѣми его практическими послѣдствіями; затѣмъ, въ быстрой послѣдовательности, стали появляться открытія *Koch*'а, которыя дали возможность изучить низшіе организмы, играющіе при этомъ чрезвычайно важную роль, и такимъ образомъ разъяснить болѣе тонкіе процессы въ этиологіи родильной горячки, а особенно различныхъ ея формъ.

## Глава V.

### О смертности и заболѣваемости въ родильномъ періодѣ.

§ 52. Какое важное практическое значеніе для жизни и здоровья беременныхъ и роженицъ имѣютъ открытія *Semmelweis*'а, это всего лучше видно изъ слѣдующихъ цифръ.

Прежде всего, что касается смертности въ цѣлыхъ странахъ или большихъ городахъ, я приведу цифры *Böhr*'а, согласно которымъ въ Берлинѣ (съ 1861 по 1877 г.) приходился 1 случай смерти отъ родильной горячки на 178,6 роженицъ, тогда какъ общая смертность въ родильномъ періодѣ, за такой же промежутокъ времени (съ 1859 по 1875 г.), равнялась 1:152,15 или 0,657‰.

Совершенно аналогичные результаты получилъ въ послѣднее время *Ehlers* для десятилѣтняго промежутка съ 1878 по 1887 г. Относительно Берлина онъ нашелъ, что смертность отъ заразныхъ послѣродовыхъ болѣзней равняется 0,334‰ (1 случай на 304,8 родильницъ); кромѣ того, число родильницъ, умершихъ не отъ инфекции, равняется 0,142‰; слѣдовательно, общая сумма составляетъ 0,476‰.

И такъ, по сравненію съ цифрами *Böhr*'а, оказывается, что въ Берлинѣ за послѣднее десятилѣтіе смертность родильницъ уменьшилась на 40,3‰, а во всей Пруссіи, согласно вычисленію, сдѣланному по тѣмъ же принципамъ, уменьшеніе смертности нѣсколько менѣе значительно, хотя оно все-таки еще составляетъ 27,5‰.

Этотъ фактъ уменьшенія смертности отъ заразныхъ послѣродовыхъ болѣзней въ Берлинѣ имѣетъ большое значеніе, такъ какъ онъ свидѣтельствуетъ противъ многихъ скептиковъ, утверждающихъ, будто бы антисептическій методъ еще не принесъ никакихъ результатовъ.

Затѣмъ, въ Пруссіи умерло отъ родильной горячки въ теченіе 60 лѣтъ 363624 женщины, что составляетъ въ среднемъ выводѣ 5363,18 на каждый годъ, т. е. большее число женщинъ, чѣмъ умерло въ тотъ же промежутокъ времени отъ холеры и оспы, вмѣстѣ взятыхъ.

Таблица, составленная по *Böhr*'у:

Время.	Число родильницъ.	Минимальная сумма смертныхъ случаевъ.	Число смертныхъ случаевъ на 1 миллионъ родильницъ.
1816—1820 гг.	2324412	22036	9480
1821—1830 »	4992233	44826	8979
1831—1840 »	5373739	48291	8982
1841—1850 »	6178735	47506	7779
1851—1860 »	6731667	53341	7948
1861—1870 »	8235432	64056	7750
1871—1875 »	4491543	41735	8398
	38827761	321791	средн. 8322

Слѣдовательно, въ теченіе этихъ 60 лѣтъ умирало среднимъ числомъ 8 родильницъ на 1000. Я долженъ, какъ это сдѣлалъ уже *Ehlers*, признать справедливыми цифры *Böhr*'а, не взирая на возраженія различныхъ критиковъ, въ томъ числѣ и *Blokusewsk*'аго: случаи смерти отъ истеченія кровью, отъ эклампсіи, разрыва матки и т. д., которые могли быть включены въ эти цифры *Böhr*'а, чрезвычайно малочисленны въ сравненіи съ громадностью самыхъ цифръ и, вѣроятно, болѣе чѣмъ уравниваются тѣми случаями смерти, которые въ счетъ не попали.

Основываясь на одной Берлинской статистикѣ за 3 года, *Ehlers* утверждаетъ, будто бы смертность отъ незаразныхъ послѣродовыхъ процессовъ составляетъ почти 25% всѣхъ смертныхъ случаевъ; но мнѣ кажется, что эта цифра вообще слишкомъ высока.

§ 53. По статистикѣ Великаго Герцогства Баденскаго, при средней цифрѣ около 54.000 родовъ, умерло въ родильномъ періодѣ (въ первыя 3 недѣли):

Годъ.	Процентъ смертности.	Годъ.	Процентъ смертности.
1852	0,52	1881	0,67
1863	0,9	1882	0,76
1875	0,85	1883	1,05
1876	0,75	1884	0,89
1877	0,72	1885	1,11
1878	0,73	1886	0,78
1879	0,68	1887	0,68
1880	0,73		

Согласно таблицамъ, около половины всѣхъ смертныхъ случаевъ, по крайней мѣрѣ съ 1881 года, было обусловлено кровотечениями, разрывами, послѣдствіями родового акта, болѣзнями, существовавшими еще во время беременности, и преждевременными родами; но, по исчисленію *Ehlers*'а, значительная часть случаевъ этой категоріи навѣрно еще принадлежитъ къ смертности родильнаго періода, такъ что средняя

смертность родильницъ за послѣдніе годы въ Баденѣ все еще должна равняться 8 : 1000; слѣдовательно, получаются цифры очень близкія къ тѣмъ, которыя были получены *Böhr*'омъ и *Ehlers*'омъ. Далѣе, эти цифры свидѣтельствуютъ о томъ печальномъ фактѣ, что въ частной практикѣ цѣлой страны антисептика еще не оказала на смертность родильницъ того вліянія, какое было констатировано по отношенію къ Берлину. Аналогичныя цифры относительно частной практики были уже въ 1878 году сопоставлены *Winckel*'емъ по отчетамъ изъ Петербурга, Парижа, Лондона и т. д., причѣмъ оказалось 6—7 смертныхъ случаевъ на 1000 родильницъ.

Медицинскій отчетъ относительно Вюртемберга даетъ слѣдующія цифры:

въ 1872—1875 гг.	средняя смертность составляла	4,3	на 1000 родильницъ
» 1876 г.	»	»	» 3,5 » 1000
» 1877—1878	»	»	» 3,3 » 1000
» 1879—1884	»	»	» 3,3 » 1000

Слѣдовательно, за 13 лѣтъ, при общей суммѣ 981333 родильницъ, средняя смертность составляла 3,8 на 1000; но эти цифры вычислены только для первой недѣли родильнаго періода, и поэтому мы не ошибемся, если увеличимъ цифру для всего родильнаго періода приблизительно вдвое и если скажемъ, что въ Вюртембергѣ за 13-лѣтній промежутокъ времени точно также приходилось 7—8 смертныхъ случаевъ на 1000 родовъ.

Мы видимъ, что число случаевъ родильной горячки въ самыхъ различныхъ странахъ постоянно колеблется въ одинаковыхъ предѣлахъ; вмѣстѣ съ тѣмъ, эти цифры показываютъ, къ нашему смущенію, что антисептика въ послѣднія 10 лѣтъ лишь незначительно повліяла на смертность.

#### § 54. Разсмотримъ теперь положеніе дѣла въ клиникахъ.

По *Necker*'у, средняя смертность въ Мюнхенскомъ родильномъ домѣ за 1859—1875 гг. равнялась 1,76‰. *Winckel*, на основаніи большихъ цифръ, вычислилъ, что до введенія антисептики смертность въ родильныхъ домахъ Лондона, Дублина, Парижа, Петербурга, Вѣны, Лейпцига, Дрездена и т. д. составляла 3‰.

#### Статистика *Гугенбергера* (въ Москвѣ):

въ 1868—1872 гг.	смертн.	2,6‰	въ томъ числ. отъ род. гор.	2‰
» 1873—1877 гг.	»	2,1‰	»	»
» 1876 г.	смертность отъ родильной горячки	.	.	0,7‰
» 1877 г.	»	»	»	0,3‰

*Якубъ* нашелъ, что въ 16-ти русскихъ родильныхъ домахъ за 1875—1885 гг., при общей суммѣ болѣе 100000 родовъ, число заболѣваній составляло 19,06‰, а число смертныхъ случаевъ 1,11‰.

Статистика *Abegg*'а (Данцигскій повивальный институтъ):

въ 1873—1880 гг. смертность 1,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

» 1881—1886 гг. » 1,23<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а за вычетомъ родильницъ, поступившихъ уже больными, всего 0,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Въ Штутгартскомъ родильномъ домѣ оказалось слѣдующее:

въ 1877—1881 гг. 1975 родовъ, общая смертность 0,86<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, въ томъ числѣ отъ родильной горячки 0,46<sup>0</sup>/<sub>0</sub>;

» 1882—1886 гг. 2040 родовъ, общая смертность 0,44<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, въ томъ числѣ отъ родильной горячки 0,19<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

*Dohrn* нашелъ, что въ 47 германскихъ родильныхъ домахъ, за 10-лѣтній промежутокъ времени съ 1874-го по 1883 годъ, смертность составляла 1,37<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, причеъ въ 1874 году она равнялась 1,63<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а въ 1883 году всего 0,96<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Изъ этого мы видимъ, что смертность въ частной практикѣ постепенно приближается къ смертности въ родильныхъ домахъ, причеъ не должно забывать, что въ родильные дома большихъ городовъ вообще попадаетъ много тяжелыхъ случаевъ, отчасти уже зараженныхъ раньше. Въ нѣкоторыхъ родильныхъ домахъ, напр. въ Дрезденскомъ, Мюнхенскомъ и Штутгартскомъ, смертность оказывается такою же, какъ и въ городѣ, или еще меньшею.

Слѣдовательно, въ настоящее время мы можемъ безусловно отвергнуть требованіе *Lefort*'а, который, опираясь на одну Парижскую статистику, составленную еще до введенія антисептики и показывавшую для всего государства смертность 1:212, а для родильныхъ домовъ 1:29, требовалъ закрытія родильныхъ домовъ. Ошибки въ его вычисленіи были выставлены на видъ уже *M. Duncan*'омъ, а впоследствии — *Winckel*'эмъ.

§ 55. Вычислить статистику заболѣваемости въ родильномъ періодѣ оказывается болѣе труднымъ, уже потому, что самый принципъ, на которомъ основывалось исчисленіе, былъ совершенно различенъ въ томъ или другомъ родильномъ домѣ, какъ это доказывается слѣдующими цифрами:

По *Hecker*'у, въ Мюнхенскомъ родильномъ домѣ за 1859—1875 гг. заболѣваемость равнялась среднимъ числомъ 4,86<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, съ колебаніями отъ 1,2 до 12,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Эта поразительно малая цифра заболѣваній, особенно для такого времени, которое еще не пользовалось благами антисептики, объясняется очень легко, когда мы видимъ, что критеріемъ для опредѣленія того, слѣдуетъ ли родильницу считать больною, служила для *Hecker*'а извѣстная продолжительность лихорадочнаго процесса, вмѣстѣ съ объективными измѣненіями половыхъ органовъ. Подобная статистика заболѣваемости, въ виду того произвола, съ которымъ она неизбѣжно сопряжена, не имѣетъ никакой цѣны для сравненія съ другими статистиками.

Статистика *Abegg*'а (Данцигскій повивальный институтъ):

въ 1873—1880 гг., при 1873 родахъ, заболѣваемость 14,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>;

» 1881—1886 гг., » 1624 » » 11,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (сюда входятъ только тяжелыя заболѣванія).



*Ahlfeld* справедливо обратилъ вниманіе на то, что сравненіе различныхъ статистикъ заболѣваемости не имѣетъ ровно никакой цѣны до тѣхъ поръ, пока для него не установлено какого нибудь общаго принципа; онъ предлагаетъ считать родильный періодъ нормальнымъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ до 7-го дня включительно утренняя температура не превышала 38°; слѣдовательно, температура должна считаться патологическою, коль скоро она въ эти дни хотя бы одинъ разъ поднялась выше 38°.

Заболѣваемость въ клиникѣ *Ahlfeld'a*, исчисленная на основаніи этого принципа, оказывается слѣдующею:

1881—1883 гг. . . . .	63	°/о
1883—1884 » . . . . .	46	»
1885—1886 » . . . . .	35,5	»
1887 г. . . . .	29,6	»

Поразительно благоприятною оказывается заболѣваемость въ Инсбрукской клиникѣ, когда послѣднюю завѣдывалъ *Schantz*: по *Torggler'у*, она составляетъ всего 11,5°/о.

Въ бытность мою въ Штутгартѣ, я опредѣлялъ заболѣваемость на основаніи того принципа, что больною должна считаться родильница, у которой, во время ея пребыванія въ родильномъ домѣ, температура хотя бы одинъ разъ достигла 38,1°/о, все равно — утромъ или вечеромъ. При этомъ я получилъ слѣдующія цифры:

въ 1877—1881 гг., при 1975 родахъ,	заболѣваемость	38,5°/о
» 1882—1886 » » 2040 »	»	29,1°/о

Заболѣваемость въ Базельской клиникѣ, когда послѣднюю завѣдывалъ *Bischoff*, представляла при томъ же принципѣ исчисленія слѣдующія цифры: въ 1868—1886 гг. при 4612 родахъ, она равнялась въ среднемъ выводѣ 34,95°/о, съ колебаніями отъ 22,35 до 57,14°/о. На долю легкихъ заболѣваній приходилось изъ этой средней цифры за 19 лѣтъ 24,4°/о, а на долю болѣе тяжелыхъ — 13,55°/о.

Что заболѣваемость въ теченіе послѣдняго десятилѣтія, съ постепеннымъ усовершенствованіемъ антисептическихъ мѣръ, понизилась въ родильныхъ домахъ, — это доказывается статистическими данными *Якуба* относительно русскихъ родовспомогательныхъ заведеній:

въ 1875 году заболѣваемость	24,86°/о
» 1876 » »	26,86 »
» 1877 « «	25,16 »
» 1878 « «	22,48 »
» 1879 « «	21,95 »
» 1880 « «	23,14 »
» 1881 « «	19,30 »
» 1882 « «	17,91 »
» 1883 « «	19,87 »

въ 1884 году заболѣваемость 13,81 ‰  
» 1885 » » 11,84 »

Если цифры *Якуба* менѣе велики, чѣмъ цифры, полученные въ другихъ родильныхъ домахъ, то это объясняется тѣмъ, что при сопоставленіи числа лихорадившихъ родильницъ принимались въ расчетъ только заболѣванія родильной горячкой, но были исключены другія, случайныя заболѣванія; само собою очевидно, что подобная статистика нѣсколько произвольна.

Статистика заболѣваемости въ частной практикѣ до сихъ поръ еще совершенно не поддается исчисленію.

Такъ какъ въ частной практикѣ число многородящихъ значительно превышаетъ число первородящихъ (въ прямую противоположность родильнымъ домамъ), то заболѣваемость родильницъ въ городѣ, конечно, должна быть значительно меньшею, нежели въ родильныхъ домахъ, тѣмъ болѣе, что въ эти послѣдніе всегда попадаетъ изъ города извѣстный процентъ родильницъ, уже заболѣвшихъ раньше. Допуская, что число тяжелыхъ заболѣваній въ родильныхъ домахъ равняется въ среднемъ выводѣ 3—4 ‰, я вмѣстѣ съ тѣмъ думаю, что въ частной практикѣ повивальныхъ бабокъ мы имѣемъ полное право предполагать не меньшую цифру заболѣваній, а скорѣе даже еще болѣе высокую; заболѣваемость первородящихъ въ частной практикѣ повивальныхъ бабокъ, по моимъ наблюденіямъ, едва ли менѣе велика, чѣмъ въ родильныхъ домахъ.

Вышеприведенныя цифры показываютъ, въ какомъ положеніи стоитъ дѣло относительно заболѣваемости и смертности въ родильномъ періодѣ; цифры были прежде очень высоки, затѣмъ въ послѣднее десятилѣтіе нѣсколько уменьшились, но все-таки еще остаются довольно высокими; многое здѣсь еще должно быть сдѣлано путемъ профилактики во время родовъ и путемъ діететики въ родильномъ періодѣ. Цифры эти показываютъ также, насколько я былъ правъ, заявивши во введеніи къ этой книгѣ, что лѣченіе различныхъ заболѣваній въ родильномъ періодѣ еще на долгое время останется одною изъ важныхъ задачъ практическаго врача.

---

§ 56. *Заболѣванія въ родильномъ періодѣ* целесообразнѣе всего могутъ быть подраздѣлены по ихъ этиологическому моменту на двѣ группы, изъ которыхъ одна обусловливается зараженіемъ, а другая является помимо зараженія. Очевидно, что заболѣванія первой группы имѣютъ въ родильномъ періодѣ болѣе важное значеніе, хотя бы они и встрѣчались рѣже заболѣваній второй группы.

Поэтому мы различаемъ:

## А. Заболѣванія въ родильномъ періодѣ, основанныя на зараженіи.

### Глава VI.

#### Спеціальная этиологія родильной горячки.

§ 57. Хотя *Semmelweis* уже въ 1847 году высказалъ тотъ взглядъ, что послѣродовыя инфекціи вызываются трупнымъ ядомъ или разложившимися животно-органическими веществами, тѣмъ не менѣ эта область акушерства долго не разрабатывалась, такъ какъ взгляды *Semmelweis*'а встрѣтили враждебное отношеніе со стороны большинства врачей.

*Mayrhofer* въ средѣ акушеровъ и *Rindfleisch* въ средѣ патологовъ были первые, которые констатировали присутствіе микроорганизмовъ при родильной горячкѣ. *Mayrhofer* обнаружилъ въ перитонитическомъ экссудатѣ и въ послѣродовомъ очищеніи у больныхъ родильной горячкой присутствіе микроорганизмовъ, которые онъ назвалъ вибрионами, а *Rindfleisch* доказалъ присутствіе микроорганизмовъ въ крови умершихъ отъ послѣродовой септицеміи. За этими двумя авторами слѣдовали *Recklinghausen*, *Waldeyer*, *Klebs* и мн. др.; затѣмъ, дальнѣйшими работами хирурговъ и патологовъ было установлено, что многія формы инфекціонныхъ болѣзней ранъ могутъ быть вызываемы введеніемъ въ животный организмъ гнущихъ жидкостей, загнившей крови, гноя и т. п. Большой шагъ впередъ на пути къ тому, чтобы познать способы возникновенія инфекціонныхъ болѣзней ранъ и отдѣлить другъ отъ друга различныя формы этихъ болѣзней, былъ сдѣланъ въ 1878 году, когда *R. Koch* впервые опубликовалъ свой методъ изолированія и культивированія различныхъ видовъ бактерий. До того времени было, правда, уже извѣстно, что многократное нахожденіе микроорганизмовъ при инфекціонныхъ болѣзняхъ ранъ и произведенныя этими микроорганизмами экспериментальныя зараженія животныхъ сдѣлали вѣроятнымъ предположеніе о паразитарномъ происхожденіи упомянутыхъ болѣзней; но только методомъ *Koch*'а стало возможно доказать это съ положительностью, такъ какъ ему удалось констатировать присутствіе паразитарныхъ микроорганизмовъ во всѣхъ случаяхъ той или другой болѣзни и доказать относительно многихъ инфекціонныхъ заболѣваній, что носителями заразы служатъ микроорганизмы, обладающіе характерными морфологическими особенностями.

Конечно, въ настоящее время мы далеко еще не познали всѣхъ процессовъ, играющихъ роль при возникновеніи различныхъ послѣродовыхъ заболѣваній, а, напротивъ того, лишь начинаемъ съ ними знакомиться, и многое еще остается необъяснимымъ; но все-таки можно надѣяться, — и это видно уже по началу, — что клиническое изслѣдованіе, рука объ руку съ бактериологическимъ, постепенно устранивъ тѣ трудности, которыя встрѣчаются на этомъ пути.

§ 58. Врачу и повивальной бабкѣ очень часто случается приходиться въ соприкосновеніе съ заразными веществами. Мы знаемъ, что стафилококки и стрептококки, которые здѣсь играютъ роль, а также бактеріи гніенія (сапрофиты), распространены всюду. Врачъ, имѣющій дѣло со всевозможными ранами, абсцессами и флегмонами, который лѣчитъ больныхъ рожею, скарлатиною, дифтеритомъ и злокачественными ангинами, а болѣе всего— тотъ, которому приходится имѣть дѣло со вскрытіями труповъ и патолого-анатомическими изслѣдованіями, долженъ постоянно помнить, что носители инфекціи весьма нерѣдко имѣютъ случай приставать къ его пальцамъ и остальному тѣлу. Что касается, въ частности, гинекологической практикѣ, то подозрительнымъ въ этомъ отношеніи должно считаться всякое гнойное отдѣленіе изъ женскихъ половыхъ органовъ, а прежде всего— послѣродовое очищеніе. Впрочемъ, по новѣйшимъ изслѣдованіямъ, теперь уже не можетъ быть рѣчи о флогогенныхъ и пирогенныхъ свойствахъ нормальныхъ маточныхъ лохій, такъ какъ эти послѣднія, согласно *Döderlein*'у, не содержатъ микроорганизмовъ или содержатъ ихъ развѣ только въ видѣ исключенія. Слѣдовательно, маточныя лохіи могутъ обладать заразными свойствами только тогда, когда онѣ происходятъ отъ больныхъ родильницъ или когда онѣ, въ нормальныхъ случаяхъ, смѣшаны съ влагалищными лохіями; по свидѣтельству всѣхъ авторовъ, опасность послѣродоваго очищенія тѣмъ болѣе увеличивается, чѣмъ болѣе тяжелую форму имѣетъ заболѣваніе въ родильномъ періодѣ. Далѣе, такъ какъ доказано, что въ послѣродовомъ очищеніи изъ маточной шейки и изъ влагалища находятся даже у здоровыхъ родильницъ многочисленныя микробы, въ томъ числѣ преимущественно стафилококки, а иногда даже стрептококки (присутствіе этихъ послѣднихъ, впрочемъ, отвергается *Bumm*'омъ до настоящей минуты), то мы должны считать подозрительнымъ всякое загрязненіе нашихъ пальцевъ секретами влагалища и шейки.

Прививки патогенныхъ бактерій, найденныхъ въ женскихъ половыхъ органахъ, дали у всѣхъ изслѣдователей (*Gönnér, Winter*) отрицательныя результаты: зараженія животныхъ нельзя было получить. Для объясненія этого факта мы должны пока довольствоваться гипотезой, что упомянутыя бактеріи въ женскихъ половыхъ органахъ находятся въ состояніи ослабленной вирулентности, подобно тому какъ возможность ослабленія дѣйствія бактерій была доказана *Pasteur*'омъ для куриной холеры и *Koch*'омъ съ его учениками— для сибирской язвы. Но такъ какъ на слизистой оболочкѣ полового канала находится чрезвычайно большое количество бактерій разнообразныхъ видовъ, то возможно допустить, что болѣзнетворная способность ихъ не обнаруживается по причинѣ антагонистическаго дѣйствія отдѣльныхъ видовъ на условія питанія и жизни тканей, какъ это доказалъ *Garre* по отношенію къ нѣкоторымъ бактеріямъ. Этимъ отчасти объясняется, почему въ прежнія вре-

мена, когда никто еще не думалъ о такой тщательной дезинфекціи своихъ пальцевъ, какъ это дѣлается теперь,—почему случаи зараженія родильницъ не встрѣчались тогда еще чаще, чѣмъ это было въ дѣйствительности.

Новорожденные, какъ это опять-таки было доказано уже *Semmelweis*'омъ, подвержены такой же возможности зараженія, какъ и самая родильница; слѣдовательно, и отъ нихъ въ свою очередь, именно съ пупка, изъ глазъ и т. д., заразные вещества могутъ быть перенесены на родильницу.

При болѣе тяжелыхъ формахъ послѣродоваго зараженія обыкновенно

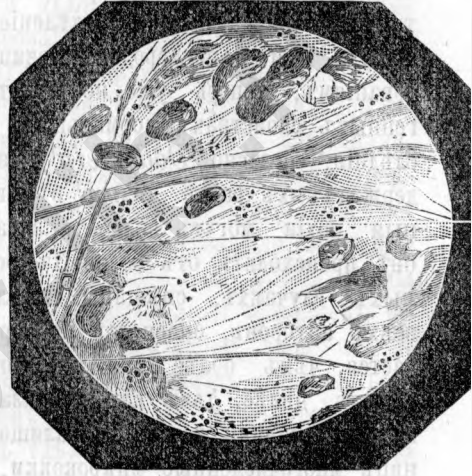
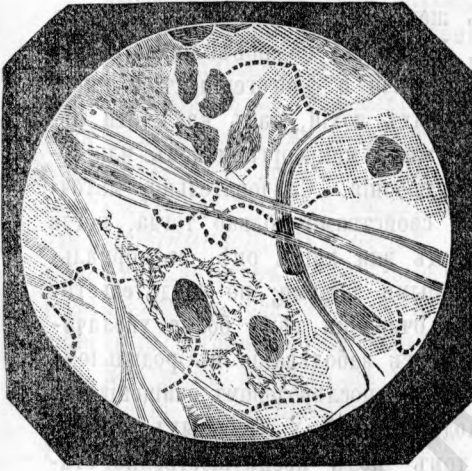


Рис. 14. *Streptococcus pyogenes*. Выдѣленіе изъ матки при септиціи. (Микроскопъ Зейберга, окуляръ № 2, однородно-иммерсионная система, увеличеніе 1000).

Рис. 15. *Staphylococcus pyogenes aureus*. Выдѣленіе изъ матки при резорпціонной лихорадкѣ. (Ср. главу VII.)

переносятся стрептококки, какъ это доказывается посмертнымъ изслѣдованіемъ органовъ или изслѣдованіемъ секрета, добытаго изъ матки или изъ абсцессовъ. Продолжающийся до настоящаго времени споръ о томъ, служить ли причиною той или другой формы заболѣванія *streptococcus erysipelatis* (*Fehleisen*) или же *streptococcus pyogenes*, долженъ быть рѣшенъ, повидимому, въ такомъ смыслѣ, что между обоими видами бактерий не существуетъ различія, ни въ морфологическомъ отношеніи, ни въ отношеніи разведеній. Лишь въ самое недавнее время были найдены стафилококки въ полости матки при болѣе легкихъ заразныхъ заболѣваніяхъ женскихъ половыхъ органовъ (*Hügler*). Перенесеніе этихъ микроорганизмовъ производится, вѣроятно, чаще всего пальцами и инструментами, рѣже—перевязочными матеріалами, бѣльемъ и т. п. Для извѣстнаго числа случаевъ, но, конечно, лишь для заболѣваній болѣе легкихъ, нельзя вполне исключить того, что роль посредника можетъ

играть даже воздухъ; если нѣкоторые утверждаютъ, что воздухъ потерялъ значеніе носителя заразы, и если онъ на такомъ основаніи считается вполне безопаснымъ, то это положительно несправедливо, такъ какъ въ воздухѣ больничныхъ палатъ и патологическихъ институтовъ было вѣдь не сомнѣнно доказано присутствіе стафилококковъ и стрептококковъ. По *Bergmann*'у, въ воздухѣ операционнаго зала, не смотря на всевозможное провѣтриваніе, были найдены многочисленныя бактеріи, похожія на *staphylococcus pyogenes aureus* и *albus*, а также на *streptococcus pyogenes*, или тождественныя съ ними.

§ 59. Пальцами или инструментами болѣзнетворныя бактеріи прививаются, въ случаяхъ зараженія, къ одной изъ многочисленныхъ ранъ, существующихъ въ области женскаго полового канала во время родовъ или въ родильномъ періодѣ. Для неповрежденной слизистой оболочки болѣзнетворныя бактеріи, конечно, едва ли опасны, и этимъ-то объясняется, почему зараженіе не всегда обязательно наступаетъ даже тамъ, гдѣ для него имѣлся подходящий случай. Къ числу ранъ, о которыхъ здѣсь идетъ дѣло, принадлежатъ чаще всего небольшія нарушенія цѣлости маточной шейки, затѣмъ — влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ; рѣже, и притомъ исключительно въ случаяхъ оперативнаго удаленія плаценты, здѣсь играетъ роль вся внутренняя поверхность матки, представляющая послѣ родовъ чрезвычайно благоприятныя условія для всасыванія, по причинѣ обнаженія многочисленныхъ лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ. Болѣзнетворныя бактеріи проникаютъ или въ лимфатическіе сосуды и изъ нихъ въ ткани, или же онѣ попадаютъ въ кровеносные сосуды и разносятся потокомъ крови по всему тѣлу, гдѣ мы находимъ ихъ въ самыхъ различныхъ заболѣвшихъ органахъ. Мы вынуждены признать, что явленія бываютъ существенно различны, смотря по тому, проникаютъ ли микробы въ лимфатическіе или кровеносные сосуды; но свѣдѣнія наши еще не настолько обширны, чтобы можно было рѣшить, идетъ ли здѣсь дѣло о поступленіи въ тѣ и другіе сосуды существенно различныхъ бактерій. При современномъ положеніи нашихъ знаній представляется наиболѣе вѣроятнымъ, что въ большинствѣ родильныхъ заболѣваній играютъ роль исключительно стрептококки и стафилококки.

Мы должны себѣ представить дѣло такимъ образомъ, что бактеріи въ тканяхъ дѣйствуютъ отчасти механически, причемъ поступленіе громаднаго числа микробовъ нарушаетъ процессы кровообращенія и питанія, отчасти же химически, т. е. вызывая качественныя измѣненія въ условіяхъ питанія, причемъ изъ тканей отнимаются важныя питательныя матеріалы, именно бѣлковыя вещества и кислородъ. Кромѣ того, для этихъ измѣненій, вызываемыхъ поступившими бактеріями, еще имѣютъ значеніе жизненные процессы, обуславливаемые борьбою кѣттокъ организма съ проникшими въ него паразитами, слѣдовательно — громадная эмиграція безцвѣтныхъ кровяныхъ тѣлецъ, какъ напр. при парамет-

ритъ; назначеніе этой эмиграціи безцвѣтныхъ тѣлецъ заключается, какъ можно думать, въ томъ, чтобы служить оплотомъ противъ дальнѣйшаго проникновенія въ организмъ враждебныхъ ему микробовъ.

Наиболѣе важное вліяніе, оказываемое бактеріями на пораженный организмъ, производится тѣми продуктами, которые онѣ образуютъ въ силу происходящаго въ нихъ обмѣна веществъ; продукты эти по большей части отличаются чрезвычайною ядовитостью. Изъ продуктовъ обмѣна болѣзнетворныхъ бактерій неоднократно удавалось получать алкалоиды гніенія или такъ наз. птомаины, которые уже въ малыхъ количествахъ оказываютъ на организмъ чрезвычайно ядовитое дѣйствіе. Возможно допустить, что различныя бактеріи образуютъ также различнаго рода птомаины, или что однѣ и тѣ же бактеріи, смотря по степени своей вирулентности, образуютъ въ больномъ организмѣ то болѣе, то менѣе ядовитые продукты разложенія. Этими данными о птомаинахъ объясняется и то, почему больной организмъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ погибаетъ чрезвычайно быстро послѣ поступленія въ него бактерій; это бываетъ именно тогда, когда первоначально обнаруживается не инфекціонное дѣйствіе бактерій, а токсическое дѣйствіе птомаиновъ: намъ приходится наблюдать случаи такого остраго теченія родильной горячки безъ определенной локализаци, что мы вынуждены объяснить ихъ исключительно токсическимъ дѣйствіемъ бактерій.

§ 60. Мы сказали уже, что въ настоящее время большіе споры возбуждаетъ вопросъ о томъ, вызывается ли родильная горячка исключительно однимъ или немногими ядами, или же необходимо признать, что каждая изъ безконечно разнообразныхъ формъ родильной горячки вызывается особымъ видомъ микроорганизмовъ. И то и другое мнѣніе имѣетъ своихъ сторонниковъ.

*Olshausen* признаетъ, что обыкновенныя «доброкачественныя» формы параметрита и периметрита имѣютъ иное происхожденіе, чѣмъ тѣ же самые процессы при септицеміи. Доброкачественный, обыкновенный параметритъ, по его мнѣнію, тоже возникаетъ путемъ инфекціи, но послѣдняя бываетъ здѣсь иного рода, чѣмъ при септицеміи; въ подтвержденіе этого *Olshausen* ссылается прежде всего на тотъ фактъ, что параметритъ встрѣчается очень часто, не смотря на всѣ антисептическія предохранительныя мѣры. Но, основываясь на собственныхъ наблюденіяхъ, я не могу согласиться съ этимъ послѣднимъ заявленіемъ, ибо несомнѣнно, что и такъ наз. «доброкачественные» параметриты могутъ быть сведены къ минимуму при строгомъ соблюденіи всѣхъ антисептическихъ мѣръ предосторожности, которыя даетъ намъ современная бактериологія. Мнѣніе *Olshausen*'а, будто бы параметритъ и септицемія обуславливаются различными видами бактерій, уже не выдерживаетъ критики послѣ сообщеній, сдѣланныхъ *Bumm* омъ на конгрессѣ гинекологовъ въ 1889 году; *Bumm* получилъ именно путемъ прокола эксудата при доброкачествен-

номъ не-гноynomъ параметритѣ тѣ же формы стрептококковъ, какія встрѣчаются въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ родильной горячки.

Но уже раньше, чѣмъ были сообщены *Bumm*'омъ эти наблюденія, *Fritsch* высказался въ томъ смыслѣ, что строгая граница между патогенными и не-патогенными случаями не можетъ быть проведена на практикѣ; причина неодинаковаго дѣйствія заразныхъ веществъ лежитъ, по его мнѣнiю, въ самомъ качествѣ яда.

Прежде всего, здѣсь нужно обратить вниманiе на то, что изслѣдованiе послѣродоваго очищенiя лихорадящихъ родильницъ, произведенное *Döderlein*'омъ, *Gönnner*'омъ, *Черневскимъ* и др. авторами, а также изслѣдованiе содержимаго инкапсулированныхъ экссудатовъ, обнаруживало до сихъ поръ въ большинствѣ случаевъ присутствiе стрептококковъ; очень рѣдко при этомъ оказывались *staphylococcus pyogenes* и особый видъ диплококковъ.

Новѣйшими тщательными изслѣдованiями, произведенными *Hügler*'омъ въ моей клиникѣ, было доказано, что при очень легкихъ послѣродовыхъ заболѣванiяхъ, которыя я называю резорпцiонными лихорадками, обыкновенно въ маткѣ встрѣчаются стафилококки.

И такъ, результаты бактериологическаго изслѣдованiя пока еще не свидѣтельствуютъ о большомъ разнообразiи болѣзнетворныхъ бактерий.

§ 61. Что же касается клиническаго наблюденiя отдѣльныхъ заболѣванiй, то я твердо придерживаюсь того мнѣнiя, что отдѣлить въ настоящее время легкой доброкачественный параметритъ и периметритъ отъ такихъ формъ, которыя основаны на септическомъ зараженiи, такъ же мало возможно съ клинической точки зрѣнiя, какъ и съ бактериологической. Легкий параметритъ характеризуется незначительною лихорадкою, умѣреннымъ учащенiемъ пульса, малымъ разстройствомъ общаго состоянiя и незначительнымъ экссудатомъ въ широкой маточной связкѣ. Но отъ этой легчайшей формы существуютъ такiе постепенные переходы къ формамъ тяжелымъ, которыя спустя продолжительное время оканчиваются выздоровленiемъ, или которыя оканчиваются смертiю спустя очень короткое время при явленiяхъ септицемiи или спустя долгое время при явленiяхъ общаго истощенiя, что ни въ началѣ болѣзни, ни въ дальнѣйшемъ ея теченiи нельзя указать той рѣзкой границы, гдѣ кончается доброкачественный параметритъ и гдѣ начинается септическая форма.

Совершенно то же самое относится и къ эндометриту. Иногда мы ставимъ диагнозъ эндометрита тамъ, гдѣ, можетъ быть, дѣло идетъ только о всасыванiи птомаиновъ, которые образовались, благодаря дѣйствию бактерий гнѣенiя на кровь, находящуюся въ полости матки; отъ этой резорпцiонной лихорадки существуютъ весьма постепенные переходы къ пuerperальному эндометриту, а отъ него, въ свою очередь, — къ гнилостному разложению матки при острой септицемiи (*putrescentia uteri*); слѣдовательно, было бы произвольно устанавливать здѣсь рѣзкiя границы



между отдѣльными формами и предполагать, что каждая изъ этихъ формъ вызывается особымъ видомъ бактерій. Даже пѣмя представляетъ безконечно разнообразныя клиническія картины: существуютъ такіе случаи, которые при многочисленныхъ злокачественныхъ метастазахъ очень быстро оканчиваются смертью, а съ другой стороны—такіе, которые, не смотря на многочисленные метастазы, не смотря на обильное образованіе абсцессовъ, оканчиваются при энергическомъ лѣченіи полнымъ выздоровленіемъ, если только не разрушены важные для жизни органы.

§ 62. Слѣдовательно, всякое лихорадочное заболѣваніе въ родильномъ періодѣ должно считаться родильной горячкой, и при всякомъ послѣродовомъ заболѣваніи, начинающемся лихорадкою, мы должны быть осторожны относительно предсказанія, такъ какъ каждому опытному практику извѣстно, что заболѣванія, начавшіяся повидимому въ чрезвычайно легкой формѣ, часто переходятъ спустя очень короткое время въ злокачественныя формы родильной горячки. Объясненіе этому факту найти не трудно. Даже при маломъ числѣ видовъ инфицирующихъ бактерій вполне мыслимо, что для организма должно составлять нѣкоторую разницу, попадетъ ли внезапно въ систему кровообращенія небольшое или значительное количество этихъ болѣзнетворныхъ микробовъ. Мы знаемъ, напримѣръ, что при изслѣдованіи грязи, накопляющейся подъ ногтями, число и форма содержащихся въ ней микроорганизмовъ могутъ оказываться весьма различными. Далѣе, нѣкоторую роль здѣсь играетъ самое мѣсто проникновенія бактерій въ организмъ, какъ это будетъ выяснено впоследствии, при описаніи различныхъ формъ родильной горячки. Изслѣдованія *Koch'a*, *Pasteur'a* и др. показали, что съ помощью различныхъ физическихъ и химическихъ агентовъ возможно ослабить дѣйствіе палочекъ куриной холеры, сибирской язвы и краснухи свиней и такимъ образомъ создать новую физиологическую разновидность этихъ бактерій.

Кромѣ того, до сихъ поръ слишкомъ мало принимался въ соображеніе самъ организмъ при вліяніи на него болѣзнетворныхъ бактерій. Организмъ нельзя разсматривать какъ тѣло всегда одинаковое, въ которомъ послѣ ферментативнаго дѣйствія бактерій должны обязательно совершаться одни и тѣ же процессы, подобно тому какъ это бываетъ въ химической ретортѣ при взаимодействіи двухъ химически опредѣленныхъ веществъ. Очень вѣроятно, что химическіе процессы, совершающіеся подъ вліяніемъ бактерій и интенсивностью которыхъ по большей части обуславливается теченіе болѣзни, могутъ быть въ отдѣльныхъ случаяхъ различны, даже при зараженіи одними и тѣми же микробками.

Наконецъ, способность организма къ противодѣйствію, вѣроятно, тоже бываетъ неодинакова. Въ самомъ дѣлѣ, *Мечниковъ* показалъ, что безцвѣтныя кровяныя тѣльца играютъ роль фагоцитовъ, воспринимая и разрушая бактеріи, проникшія въ организмъ; нельзя ли было бы ду-

мать, что безцвѣтные кровяныя тѣльца въ одномъ организмѣ способны исполнить эту задачу лучше, чѣмъ въ другомъ?

Взгляды и наблюденія хирурговъ будутъ и въ акушерствѣ наилучшею точкою опоры для ученія о родильной горячкѣ, и это несомнѣнно поведетъ къ нѣкоторой осторожности въ устанавливаніи слишкомъ большаго числа различныхъ формъ заболѣванія.

§ 63. Уже *Semmelweis* указалъ на то, что разложившееся животно-органическое вещество, вызывающее по всасываніи своемъ родильную горячку, можетъ въ рѣдкихъ случаяхъ возникать въ самомъ организмѣ; онъ впервые назвалъ это самозараженіемъ и выставилъ на видъ, что случаи эти не всегда могутъ быть предотвращены. Онъ вполнѣ справедливо полагалъ, что изъ разлагающагося послѣродоваго очищенія, остатковъ отпадающей оболочки, кровяныхъ сгустковъ, задержанныхъ въ полости матки, наконецъ—изъ ушибленныхъ и иногда къ тому же омертвѣлыхъ частей полового канала могутъ переходить въ кровеносные сосуды гнилостныя вещества, которыя своимъ всасываніемъ вызываютъ родильную горячку. Но въ настоящее время мы знаемъ, что и для гніенія плаценты, яйцевыхъ оболочекъ или умершаго плода точно также необходимо присутствіе микроорганизмовъ, которые должны поступить извнѣ, и что поэтому самозараженія или произвольнаго зараженія въ истинномъ смыслѣ слова не существуетъ, а наоборотъ, носители инфекціи или микроорганизмы, которыми вызывается гніеніе, должны и здѣсь также поступить извнѣ.

При томъ значеніи, какое имѣетъ въ практикѣ понятіе о самозараженіи, мы должны, конечно, признать большою заслугою со стороны *Kaltenbach*'а, что по его инициативѣ этотъ вопросъ былъ подвергнутъ обсужденію на конгрессѣ германскихъ гинекологовъ во Фрейбургѣ; но, къ сожалѣнію, самыя пренія были слишкомъ мало обстоятельны и результаты ихъ слишкомъ неясны для того, чтобы можно было прійти къ единоголасному рѣшенію, хотя все-таки они обнаружили, что взгляды на самозараженіе расходятся между собою уже не такъ сильно, какъ прежде.

Въ виду той важности, какую имѣетъ этотъ вопросъ въ практикѣ, я не могу не изложить здѣсь подробно моей собственной точки зрѣнія, такъ какъ слишкомъ легко возможно, что въ практикѣ врачей и повивальныхъ бабокъ будутъ прикрываться словомъ «самозараженіе» такіе грѣхи, которые совсѣмъ сюда не относятся.

Что точка зрѣнія *Semmelweis*'а никѣмъ въ настоящее время не можетъ быть принята,—объ этомъ я уже говорилъ.

§ 64. Дальше всѣхъ въ настоящее время еще идетъ *Ahlfeld*, по мнѣнію котораго могутъ будто бы являться путемъ самозараженія такіе же тяжелые случаи заболѣванія и такіе же смертельные случаи, какіе являються при зараженіи чрезъ прикосновеніе. Онъ говоритъ, что чистою

рукою и чистыми инструментами может быть вызвано самозаражение, если послеродовое очищение будет привито к свежей ране той же родильницы. По *Kaltenbach*'у, при самозаражении играют роль те именно болезнетворные агенты, которые существовали в половом канале еще до родов; и он также утверждает, что самозаражение может быть вызвано чистою рукою и чистыми щипцами.

Но этим воззрениям необходимо дать энергический отпоръ. Коль скоро имело место прикосновение, коль скоро рука и инструменты пришли въ соприкосновение съ половыми органами родильницы, не можетъ быть уже рѣчи о самозараженіи, и дѣло идетъ тогда объ особомъ видѣ зараженія чрезъ прикосновение. Дѣйствительное самозараженіе я могу признать лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не было никакого прикосновения, гдѣ, слѣдовательно, болезнетворные микроорганизмы сами собою попали на ту питательную почву, на которой они развиваются дальше, т. е. попали на нее безъ посредства пальцевъ, инструментовъ и т. п.

Но существуютъ ли такіе случаи въ дѣйствительности, и настолько ли они многочисленны, какъ это утверждаютъ приверженцы теории о самозараженіи? На это я отвѣчаю: существуютъ дѣйствительно случаи заболѣванія въ родильномъ періодѣ безъ непосредственнаго зараженія и прикосновения, но они встрѣчаются очень рѣдко и представляютъ легкія заболѣванія.

Съ одной стороны, мы должны считаться съ тѣмъ фактомъ, что въ нормальномъ секретѣ влагалища и шейки были найдены микроорганизмы, которые, помимо недостающихъ имъ болезнетворныхъ свойствъ, оказываются тождественными со стафилококками, а можетъ быть и со стрептококками.

Съ другой стороны, полость нормальной матки свободна отъ микроорганизмовъ. Однако, это положеніе еще не можетъ считаться неизмѣннымъ правиломъ, не допускающимъ исключеній, какъ утверждали *Döderlein* и *Winter*, которыми оно впервые было выставлено: даже въ полости нормальной матки иногда были находимы микроорганизмы, и въ томъ числѣ однажды въ здоровой послеродовой маткѣ были найдены даже стрептококки. Тѣмъ не менѣе, въ практикѣ мы можемъ пока еще держаться того взгляда, что нормальная матка во всякое время, а слѣдовательно и въ родильномъ періодѣ, вполнѣ свободна отъ микроорганизмовъ.

Въ патологическихъ случаяхъ, съ появленіемъ лихорадки въ родильномъ періодѣ, присутствіе микроорганизмовъ въ маткѣ могло быть доказано всѣми изслѣдователями, занимавшимися этимъ вопросомъ; однако и здѣсь также встрѣчаются исключенія: не смотря на лихорадку, иногда не оказывалось въ маткѣ никакихъ болезнетворныхъ микроорганизмовъ, а *Черневскій* сообщаетъ, что получилъ такой отрицательный результатъ даже въ  $\frac{1}{3}$  всѣхъ своихъ случаевъ.

Между тѣмъ какъ *Döderlein*, *Черневскій* и *Ott* обнаружили главнымъ образомъ при болѣе тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ присутствіе стрептококковъ въ маточныхъ ложіяхъ, — докторъ *Hägler*, по моему предложенію, изслѣдовалъ главнымъ образомъ болѣе легкіе случаи родильныхъ заболѣваній, и это были такіе именно случаи, которые многими другими авторами относились въ категорію самозараженія. Изслѣдованія эти, произведенныя въ бактериологической лабораторіи моего коллеги, профессора *Socin*'а, обнаружили при болѣе легкіихъ родильныхъ заболѣваніяхъ, протекавшихъ въ видѣ резорпціонной лихорадки или легкаго пuerperального эндометрита, присутствіе однихъ только стафилококковъ въ полости матки, но вмѣстѣ съ тѣмъ, конечно, и во влагалищныхъ ложіяхъ; кромѣ того, они были найдены, — что я считаю заслуживающимъ вниманія, — въ наружныхъ половыхъ органахъ, на волосахъ лобковой области и т. д.

Особенно важны были результаты, полученные у одной многородящей, которая, поступивъ къ намъ уже во время родовъ, была подвергнута только наружной дезинфекціи, безъ всякаго промыванія влагалища и безъ внутренняго изслѣдованія; когда затѣмъ на 4-й день появилось лихорадочное повышеніе температуры, то на влагалищной части оказалась язва, покрытая дифтеритическимъ налетомъ, а въ полости матки было обнаружено присутствіе стафилококковъ.

Контрольные опыты вмѣстѣ съ тѣмъ показали, что у здоровыхъ родильницъ эти микроорганизмы не могли быть найдены ни въ полости матки, ни въ наружныхъ половыхъ частяхъ. Съ другой стороны, изслѣдованія эти подтвердили наблюденія другихъ авторовъ, согласно которымъ при болѣе тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ встрѣчались исключительно стрептококки, причемъ, смотря по мѣсту заболѣванія, микроорганизмы эти были находимы или въ маткѣ, или въ гнойномъ содержимомъ абсцесса при параметритѣ, или въ перитонеальномъ выпотѣ при воспаленіи брюшины, а въ одномъ случаѣ, у родильницы, представлявшей картину тяжелой септицеміи и у которой вмѣстѣ съ тѣмъ существовалъ *pemphigus vulgaris* на общихъ покровахъ, присутствіе стрептококковъ было обнаружено въ содержимомъ пемфигинозныхъ пузырей.

§ 65. Клиническихъ доказательствъ въ пользу такъ называемаго самозараженія существуетъ еще очень мало; большинство случаевъ, приводимыхъ въ литературѣ, вовсе не суть случаи самозараженія, а могутъ быть объяснены совершенно иначе.

Что задержаніе въ полости матки всей ворсистой оболочки плода или остатковъ плаценты можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ зловонное разложеніе содержамаго, высокую лихорадку и смерть при явленіяхъ отравленія крови, это всѣмъ извѣстно. *M. Duncan* впервые далъ этимъ случаямъ названіе сапреміи; возможно, въ самомъ дѣлѣ, что смерть обуславливается здѣсь преимущественно отравленіемъ крови. Но каждому

практику не менѣе извѣстно, что въ другихъ случаяхъ плацента, даже когда она оставалась въ маткѣ впродолженіе 4—8 недѣль, можетъ по удаленіи еще оказаться совершенно свѣжею, безъ всякихъ слѣдовъ дурнаго запаха, и что по удаленіи разложившихся остатковъ плаценты или яйцевыхъ оболочекъ иногда немедленно прекращается лихорадка, а иногда процессъ продолжается по прежнему, и больная умираетъ при явленіяхъ септицеміи. Поэтому возможно, что въ случаяхъ послѣдняго рода, на почвѣ токсическаго яда, еще продолжаютъ развиваться болѣзнетворныя бактеріи.

Самозараженію не должны быть приписываемы и такіе случаи, когда беременная ежедневно сама вправляетъ выпадающую матку съ кровоточащею ссадиною, а затѣмъ къ началу родовъ оказывается уже глубоко зараженною и умираетъ отъ этого зараженія вскорѣ послѣ родовъ; подобный случай недавно наблюдался въ нашей клиникѣ.

При вопросѣ о самозараженіи можетъ идти рѣчь лишь о такихъ случаяхъ, гдѣ совѣмъ не производилось наружнаго или внутренняго прикосновенія къ половымъ органамъ, ни въ концѣ беременности, ни во время родовъ,—гдѣ, слѣдовательно, болѣзнетворныя микроорганизмы сами собою попали въ благопріятную для ихъ развитія питательную среду.

Въ виду нѣкоторыхъ вполне достовѣрныхъ наблюденій, мы должны признать, что подъ конецъ беременности подобное зараженіе можетъ происходить—вѣроятно, чрезъ посредство дыхательныхъ или пищеварительныхъ путей—въ такихъ домахъ, гдѣ лежатъ дифтеритные больные; зараженіе подобнаго рода въ большинствѣ случаевъ даетъ чрезвычайно дурное предсказаніе, какъ для матери, такъ и для плода.

Затѣмъ, могутъ заболѣвать родильницы, которыя ни во время беременности, ни во время родовъ ни разу не были изслѣдуемы. Каждому изъ насъ приходилось наблюдать подобнаго рода случаи; систематически это было прослѣжено *Ahlfeld*'омъ на 15-ти случаяхъ; но такъ какъ въ родильномъ періодѣ изъ этихъ 15-ти женщинъ заболѣли 9, что составляетъ 60%, и слѣдовательно, процентъ заболѣваемости оказался гораздо болѣе высокимъ, чѣмъ это бываетъ обыкновенно, то нужно думать, что здѣсь существовали какія нибудь патологическія условія.

Поэтому гораздо большее значеніе имѣютъ случаи *Leopold*'а. Въ Дрезденскомъ родовспомогательномъ институтѣ за послѣдніе годы было 427 случаевъ, въ которыхъ роженицы вовсе не изслѣдовались, большею частью по причинѣ слишкомъ обильнаго матеріала; вмѣстѣ съ тѣмъ не производилось предварительное промываніе влагалища, и все дѣло ограничивалось тщательною дезинфекціею наружныхъ половыхъ органовъ. Изъ этихъ 427 женщинъ заболѣли въ родильномъ періодѣ только 7, что составляетъ 1,6%, и притомъ исключительно легкими формами, тогда какъ средняя заболѣваемость въ Дрезденскомъ родовспомогательномъ ин-

стигуть за послѣдній годъ составляла около 21<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Но если въ одномъ и томъ же родовспомогательномъ заведеніи, гдѣ роженицы и родильницы всегда живутъ въ однихъ и тѣхъ же условіяхъ, заболѣваютъ въ среднемъ выводѣ 21<sup>0</sup>/<sub>0</sub> изъ числа подвергавшихся изслѣдованію и всего 1,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> изъ числа тѣхъ, которыя изслѣдованію не подвергались, то мы, конечно, должны изъ этого заключить, что въ остальныхъ 19<sup>0</sup>/<sub>0</sub> причина заболѣванія была такъ или иначе связана съ производившимся изслѣдованіемъ. Между тѣмъ можно доказать, что руки наши послѣ дезинфекціи ихъ вполне свободны отъ микроорганизмовъ, и объ этомъ свидѣтельствуетъ цѣлый рядъ одновременно производимыхъ лапаротомій; если же, тѣмъ не менѣе, заболѣваютъ 19<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, хотя бы даже и легкими формами, то это доказываетъ, что акушерское изслѣдованіе создаетъ здѣсь извѣстныя условія, въ смыслѣ *Grawitz*'а, при которыхъ болѣзнетворные микроорганизмы, всегда имѣющіеся въ наличности, могутъ вновь пріобрѣтать вирулентныя свойства.

Этотъ рядъ случаевъ, которыхъ въ настоящее время уже накопилось болѣе 500, показываетъ самымъ убѣдительнымъ образомъ, до какой степени невѣрно было сдѣланное *Ahlfeld*'омъ заявленіе, что въ ряду 100 или еще большаго числа женщинъ, не подвергавшихся во время родовъ внутреннему изслѣдованію, должны наблюдаться совершенно такіе же случаи тяжелаго заболѣванія, какъ и у тѣхъ, которыя подвергались внутреннему изслѣдованію.

Вмѣстѣ съ тѣмъ этотъ рядъ случаевъ доказываетъ, что предварительное спринцованіе влагалища представляется довольно излишнимъ.

§ 66. Въ виду всего этого мы должны признать, что заболѣванія въ родильномъ періодѣ несомнѣнно встрѣчаются и у такихъ женщинъ, которыя во время беременности и во время родовъ *ни разу* не были подвергнуты изслѣдованію; но, въ противоположность *Ahlfeld*'у, *Kaltenbach*'у и др., я настаиваю на томъ, что заболѣванія эти встрѣчаются вообще рѣдко и имѣютъ по большей части легкую форму. Смертные случаи послѣ такъ называемаго самозараженія до сихъ поръ еще не были констатированы съ полною доказательностью. По крайней мѣрѣ, я лично, при разсмотрѣніи всѣхъ случаевъ смерти въ родильномъ періодѣ за время моей 12-лѣтней самостоятельной клинической дѣятельности, не нашелъ ни одного, который можно было бы сюда отнести.

Если же мы, тѣмъ не менѣе, должны въ извѣстныхъ случаяхъ признать возможность самозараженія, то возникаетъ вопросъ: откуда берутся болѣзнетворные микроорганизмы и когда именно они попадаютъ въ половые органы? Что извѣстное число микроорганизмовъ находится во влагалищѣ и маточной шейкѣ уже у беременныхъ и роженицъ, объ этомъ было сказано выше, и мы можемъ представить себѣ, что, благодаря процессамъ, совершающимся во время родового акта, благодаря образующимся въ это время ушибленнымъ ранамъ и разрывамъ, осо-

бенно при очень продолжительныхъ родахъ, или даже благодаря неумѣльному изслѣдованію, создается удобная почва для развитія этихъ микроорганизмовъ. Я сомнѣваюсь въ томъ, чтобы болѣзнетворныя бактеріи могли часто попадать въ половые органы изъ прямой кишки или при посредствѣ сокоупленія; прежде всего, здѣсь еще нужно было бы произвести на болѣе обширномъ матеріалѣ рядъ изслѣдованій на счетъ того, дѣйствительно ли мужской дѣтородный членъ представляетъ такое злое гнѣздо бактерій; между тѣмъ, достаточно извѣстно, что лица, еще совершающія сокоупленіе незадолго передъ наступленіемъ родовъ, въ большинствѣ случаевъ также дотрогиваются къ половымъ органамъ пальцами, обыкновенно не очень чистыми, такъ что стрептококки и стафилококки могутъ происходить и изъ этого источника. Далѣе, въ случаяхъ, гдѣ женщины очень быстро рожали на улицѣ, мнѣ приходилось узнавать, что роженица передъ прорѣзываніемъ головки сама удостовѣрялась оцупываніемъ относительно того, начала ли уже головка подвигаться внизъ.

Затѣмъ, въ родильномъ періодѣ болѣзнетворныя микроорганизмы могутъ и самостоятельно попадать извнѣ на ушибленные раны и разрывы наружныхъ половыхъ частей, или заноситься туда пальцами, инструментами и перевязочными матеріалами, или, наконецъ, они заносятся однимъ воздухомъ во влагалище и маточную шейку.

Послѣднее несомнѣнно возможно, такъ какъ мы знаемъ, что въ воздухѣ больничныхъ палатъ было доказано присутствіе стафилококковъ и стрептококковъ, а *Bergmann* еще недавно обратилъ вниманіе на то, что воздухъ его операционнаго зала, не смотря на самую совершенную вентиляцію, заключаетъ въ себѣ множество микроорганизмовъ, вѣроятно тождественныхъ со стафилококками и стрептококками.

Что въ родильномъ періодѣ микроорганизмы могутъ быть занесены вслѣдствіе чрезмѣрнаго обилія манипуляцій, это стало для меня очень вѣроятнымъ послѣ наблюденій, сдѣланныхъ въ моей клиникѣ.

Поэтому мы поступимъ всего лучше, если въ практикѣ вовсе не будемъ употреблять слова «самовараженіе»; если же слово это употребляется врачомъ, то и для повивальной бабки оно съ такимъ же правомъ будетъ служить оправданіемъ во всевозможныхъ грѣхахъ.

Гораздо правильнѣе, по самой сущности дѣла, называть подобнаго рода лихорадку асептической (отравленіе ферментами) или резорпціонною, или, въ соответственныхъ случаяхъ, обозначать ее подъ именемъ сепремін.

§ 67. Хотя внѣшнія причины, способствующія заболѣванію въ родильномъ періодѣ, для всѣхъ женщинъ одинаковы, но все-таки чаще заболѣваютъ первородящія, потому что раны, могущія подвергнуться зараженію, имѣются у нихъ въ большемъ количествѣ,—обстоятельство, на которое уже *Semmelweis* обратилъ вниманіе; кромѣ того, заболѣванія чаще встрѣчаются послѣ очень продолжительныхъ родовъ, а особенно когда очень долго продолжался періодъ раскрытія; затѣмъ они чаще встрѣ-

чаются при плодахъ крупной величины, такъ какъ послѣдніе причиняютъ болѣе многочисленныя раненія въ половомъ каналѣ, наконецъ—при кровотеченияхъ въ послѣродовомъ періодѣ съ задержкою въ полости матки кровяныхъ сгустковъ или остатковъ яйцевыхъ оболочекъ и плаценты.

Въ прежнія времена вѣроятность заболѣванія женщинъ, родившихъ въ родовспомогательномъ заведеніи, была гораздо болѣе велика, чѣмъ теперь. Перенесеніе заразы отъ одной родильницы на другую и частое соприкосновеніе акушерскаго персонала съ заразными веществами, какъ уже было сказано выше, играли до введенія антисептики такую значительную роль, что родильные дома, конечно, пользовались самою дурною славою, по причинѣ той опасности, которая съ ними была сопряжена. Но, благодаря введенію строгой антисептики и въ особенности дезинфекціи самой роженицы, это положеніе дѣла существенно измѣнилось, и можно сказать, что при отсутствіи какихъ либо особыхъ эндемическихъ условій возможность заболѣванія въ родильномъ домѣ въ настоящее время не болѣе велика, чѣмъ въ частной практикѣ.

§ 68. Послѣ этихъ разсужденій объ общей этиологіи мы должны еще сказать нѣсколько словъ объ общей профилактикѣ. Подробно разбирать здѣсь ученіе о дезинфекціи во время родовъ я не могу, такъ какъ въ планъ этой книги входятъ лишь болѣзни родильнаго періода; замѣчу только, что и въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ и въ частной практикѣ обязательно должны выполняться слѣдующія условія:

1) тщательная дезинфекція роженицы, состоящая въ основательной очисткѣ наружныхъ половыхъ органовъ и ихъ ближайшаго сосѣдства теплою мыльною водою и затѣмъ—дезинфицирующими веществами; профилактическаго спринцованія влагалища лучше не дѣлать вовсе, въ виду того, что роды обыкновенно ведутся однѣми повивальными бабками;

2) тщательная дезинфекція рукъ и въ особенности ногтей акушера, а также и инструментовъ, согласно установленнымъ для этого правиламъ, причемъ имѣть значеніе не столько самый способъ дезинфицированія, сколько продолжительность и тщательность его примѣненія;

3) асептическое веденіе всего родового акта, а особенно во время прорѣзыванія младенца и въ послѣдовомъ періодѣ;

наконецъ, 4) строго асептической уходъ за родильницей (см. выше—о нормальномъ послѣродовомъ періодѣ), причемъ прежде всего нужно строго воздерживаться отъ чрезмѣрнаго обилія манипуляцій.

Лучшимъ доказательствомъ того, что всѣ эти пункты еще не такъ строго соблюдаются, какъ бы слѣдовало, можетъ служить большое число заболѣваній и даже смертныхъ случаевъ, встрѣчающихся въ родильномъ періодѣ еще и теперь. Если нѣкоторые не затрудняются считать непредотвратимыми 97% всѣхъ заболѣваній, ссылаясь при этомъ на «самозараженіе», то я долженъ все-таки, по вышеизложеннымъ причинамъ, остаться при томъ убѣжденіи, что и большинство случаевъ самозараже-



нія также могутъ быть въ настоящее время предотвращены и что, следовательно, въ отношеніи этого пункта мы теперь уже не можемъ примѣнить къ мнѣнію *Semmelweis*'а.

1. Заразныя заболѣванія въ родильномъ періодѣ, имѣющія свой исходный пунктъ въ органахъ воспроизведенія.

§ 69. Съ моей стороны можетъ, пожалуй, показаться нѣсколько смѣлымъ, что я вздумалъ систематизировать послѣродовыя заразныя заболѣванія въ настоящее время, когда бактериологія еще не снабдила насъ достаточными средствами къ тому, чтобы расчленивъ формы этихъ заболѣваній по опредѣленнымъ видамъ самыхъ возбудителей болѣзни и по распространенію ихъ въ организмъ.

Отдѣльныя формы, какъ я уже говорилъ, переходятъ одна въ другую такъ постепенно, что рѣзкое разграниченіе ихъ всегда представляется нѣсколько насильственнымъ. Во всякомъ случаѣ, всего правильнѣе различать двѣ большія группы родильной горячки, именно септицемическую или лимфангитическую форму и венозную, флеботромботическую, съ ихъ различными подраздѣленіями. Но такъ какъ въ легкихъ случаяхъ отдѣльныя локалізаціи этихъ формъ представляются какъ-бы въ видѣ самостоятельныхъ заболѣваній, то мы должны, ради практическихъ соображеній, сначала рассмотретьъ эти локалізаціи какъ болѣзни самостоятельныя и уже затѣмъ описать симптомокомплексъ обѣихъ главныхъ большихъ группъ.

Можно только желать, чтобы успѣхи бактериологическаго изслѣдованія дозволили намъ спустя немногіе годы установить классификацію болѣе научную, и исполненіе этого желанія не невозможно; но теперь я не могу представить иной классификаціи, кромѣ слѣдующей:

- 1) Резорпціонная лихорадка въ родильномъ періодѣ; *ulcera puerperalia*; *kolpitis puerperalis*.
- 2) *Endometritis* и *Metritis puerperalis*.
- 3) *Parametritis puerperalis*.
- 4) *Peritonitis universalis*.
- 5) *Pelveoperitonitis circumscripta* (*Perimetritis*).
- 6) Совокупная картина лимфатической формы родильной горячки.
- 7) *Metrophlebitis* съ піеміей.
- 8) *Erysipelas puerperale*.
- 9) *Endocarditis puerperalis*.
- 10) *Scarlatina in puerperio*.

## ГЛАВА VII.

### 1. Резорпціонная лихорадка въ родильномъ періодѣ. *Ulcera puerperalia.* *Kolpitis puerperalis.*

§ 70. Резорпціонная лихорадка въ родильномъ періодѣ встрѣчается очень часто и составляетъ навѣрно половину тѣхъ 15—20% лихорадочныхъ заболѣваній, которые въ настоящее время еще не могутъ быть предотвращены въ родильныхъ домахъ. Хирургія въ этомъ отношеніи болѣе счастлива, такъ что въ хирургическихъ отдѣленіяхъ считалось бы очень дурнымъ признакомъ, еслибы въ 20% всѣхъ случаевъ послѣ операций появлялась лихорадка; это доказываетъ, что хирургія лучше умѣетъ предотвращать резорпціонную лихорадку, или что анатомическія условія хирургическихъ ранъ скорѣе дозволяютъ устранять опасность появленія такой лихорадки. Я считаю справедливымъ второе изъ этихъ двухъ предположеній.

Причина резорпціонной лихорадки заключается въ томъ, что возбудители воспаленія, а именно микроорганизмы, болшему частью не очень многочисленныя и не обладающіе особенно сильными болѣзнетворными свойствами, вронируютъ въ существующія у многихъ родильницъ ушибленныя раны наружныхъ половыхъ частей, или въ нѣсколько рѣже встрѣчающіяся раны влагалища, или въ многочисленныя надрывы шейки. Нельзя вполне отвергать и того, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, быть можетъ, дѣло идетъ только о всасываніи птомаиновъ въ ушибленныя ткани. Вліяніе того или другаго этиологическаго момента особенно легко можетъ обнаружиться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ во время родовъ образовались многочисленныя поврежденія, слѣдовательно въ особенности у первородящихъ, или послѣ очень продолжительныхъ и трудныхъ родовъ, а тѣмъ болѣе, когда они окончены оперативнымъ путемъ.

Въ прежнее время этиологическимъ моментомъ считалось сильное напряженіе груди, вызываемое начинающимся отдѣленіемъ молока, и поэтому процессъ обозначался подъ именемъ молочной лихорадки. Дѣйствительно, появленіе такъ называемой молочной лихорадки часто совпадало съ тѣмъ временемъ, когда груди становятся напряженными и твердыми; но насколько часто появляется такъ называемая молочная лихорадка безъ напряженія груди, — объ этомъ статистика умалчиваетъ.

Эти взгляды не должны намъ казаться странными для такого времени, когда во всасываніи и метастазахъ молока предполагалась сущность всѣхъ вообще послѣродовыхъ болѣзней. Но съ тѣхъ поръ, когда, наконецъ, проложили себѣ дорогу идеи *Semmelweis's*а, большинство врачей стало отвергать существованіе молочной лихорадки; впрочемъ, нѣкоторые авторы, къ удивленію, все еще никакъ не могутъ отказаться отъ этого понятія, и даже *Schröder* въ послѣднемъ изданіи своего руко-

водства признавалъ молочную лихорадку въ тѣхъ случаяхъ, когда при отсутствіи бросающихся въ глаза мѣстныхъ явленій обнаруживается легкое повышеніе температуры, *не достигающее* 38°,4. Но устанавливаніе такой опредѣленной границы для температуры уже само по себѣ является до извѣстной степени произвольнымъ, такъ какъ нельзя понять, почему застой молока не можетъ вызывать лихорадку болѣе высокую, коль скоро онъ вообще вызываетъ лихорадочныя повышенія температуры.

Основанія, въ виду которыхъ я считаю необходимымъ окончательно отказаться отъ понятія о молочной лихорадкѣ, заключаются въ слѣдующемъ:

Во всей остальной физиологій и патологій не существуетъ другаго примѣра, гдѣ нормальная дѣятельность железы имѣла бы своимъ послѣдствіемъ лихорадку. Резорпціонная лихорадка встрѣчается преимущественно у первородящихъ, именно потому, что у нихъ существуютъ болѣе многочисленные ушибы; между тѣмъ, по свидѣтельству всѣхъ авторовъ, отдѣленіе молока и напряженіе груди, вызываемое имъ на 3-й и 4-й день послѣ родовъ, оказываются у первородящихъ гораздо менѣе значительными, чѣмъ у многородящихъ; слѣдовательно, настоящую молочную лихорадку мы должны были бы, какъ-разъ наоборотъ, встрѣчать значительно чаще у многородящихъ. Лихорадочныя заболѣванія, тождественныя съ тѣмъ, что до сихъ поръ называли молочной лихорадкой, встрѣчаются въ родильныхъ домахъ чаще всего цѣлыми группами. Часто проходятъ недѣли и даже мѣсяцы, когда не бываетъ почти никакихъ заболѣваній, а затѣмъ внезапно въ тѣхъ же самыхъ палатахъ появляются заболѣванія цѣлыми группами, въ особенности когда многія женщины рожаютъ вскорѣ одна за другою; между тѣмъ было бы совершенно нелѣпо предполагать, что у всѣхъ этихъ женщинъ, по какимъ-то неизвѣстнымъ причинамъ, молоко стало отдѣляться въ болѣе значительномъ количествѣ, чѣмъ у прежнихъ родильницъ, и что это обстоятельство послужило причиною лихорадки. Кромѣ того, мы должны были бы встрѣчать молочную лихорадку гораздо чаще къ концу кормленія, когда ребенокъ болѣе или менѣе быстро отнимается отъ груди, чѣмъ въ началѣ его. Въ самомъ дѣлѣ, къ концу кормленія грудью количество молока, отдѣляемое ежедневно, бываетъ вѣдь гораздо болѣе значительнымъ, чѣмъ въ первые дни родильнаго періода; слѣдовательно, въ первомъ случаѣ скорѣе всего долженъ былъ бы явиться поводъ къ лихорадочному повышенію температуры, и однако оно здѣсь всегда отсутствуетъ, насколько я могу судить по моимъ наблюденіямъ.

Наконецъ, я могъ бы въ доказательство привести множество температурныхъ кривыхъ отъ такихъ родильницъ, которыя или съ самаго начала не могли кормить грудью, или были вынуждены внезапно отнять ребенка отъ груди на 1-й или 2-й недѣлѣ, причемъ, не смотря на силь-

ное напряженіе грудей, кривыя эти не представляют ни малѣйшаго повышенія температуры.

Въ дѣйствительности гораздо естественнѣе думать здѣсь о различныхъ микроорганизмахъ, для которыхъ открыты всѣ двери, благодаря многочисленнымъ поврежденіямъ во время родовъ, и дѣйствіе которыхъ при другихъ условіяхъ тоже обнаруживается лихорадкою по простествіи 2—4 дней.

§ 71. Что касается патолого-анатомической картины, то во многихъ случаяхъ мы не находимъ никакихъ объективныхъ измѣненій половыхъ органовъ. Въ другихъ случаяхъ мы встрѣчаемъ главнымъ образомъ пuerперальныя язвы (*ulcera puerperalia*). Во время прорѣзыванія головки наружныя половыя части подвергаются чрезвычайному растяженію, причемъ верхняя периферія ихъ, образуемая малыми губами, ущемляется съ особенною силою между затылкомъ плода и лонною дугою матери; поэтому у первородящихъ мы почти всегда находимъ ушибленныя раны около клитора и на внутренней поверхности малыхъ губъ, либо на одной только сторонѣ, либо на обѣихъ; раны эти образуются также у задней спайки, въ ладьеобразной впадинѣ, на одной или обѣихъ сторонахъ, и притомъ часто онѣ находятся здѣсь въ связи съ небольшими разрывами промежности. Эти ушибленныя раны, а во многихъ случаяхъ и небольшіе надрывы, встрѣчаются также въ нижней части влагалища. При нормальномъ теченіи родильнаго періода ушибленныя раны заживаютъ безъ дальнѣйшихъ измѣненій; но если въ нихъ попали болѣзнетворныя микроорганизмы, главнымъ образомъ — стафилококки или сапрофиты, то нормальный буро-красный цвѣтъ кровоподтека исчезаетъ, и на поверхности раны образуется матово-сѣрый, а при болѣе значительномъ развитіи процесса — желтоватый салыный налетъ, причемъ иногда отпадаютъ омертвѣвшіе черноватые обрывки ткани. Кромѣ гнойныхъ тѣлецъ и тканеваго распада, въ струпахъ этихъ пuerперальныхъ язвъ были найдены различныя микробы, прививка которыхъ дала, впрочемъ, у кроликовъ отрицательные результаты.

Зараженіе этихъ ушибленныхъ ранъ, слѣдовательно — прививка къ нимъ соотвѣствующихъ бактерий, производится во многихъ случаяхъ послѣ родовымъ очищеніемъ, но только не нормальными маточными лохіями, которыя, какъ извѣстно изъ изслѣдованій *Döderlein*'а, не обладаютъ заразными свойствами, а исключительно тогда, когда къ нормальнымъ лохіямъ примѣшиваются во влагалищѣ болѣзнетворныя микроорганизмы, которые или не были сдѣланы безвредными во время родовъ и вслѣдствіе этого вновь пріобрѣли вирулентныя свойства, или были уже въ родильномъ періодѣ запесены извнѣ, чрезъ посредство воздуха, бѣлья, подстилокъ, инструментовъ, въ особенности — рукавныхъ наконечниковъ, или, наконецъ, чрезъ посредство пальцевъ.

При простой травматической лихорадкѣ, язва вскорѣ очищается, дно

раны становится красноватымъ, сѣрый цвѣтъ исчезаетъ, начиная съ краевъ, и затѣмъ въ скоромъ времени вся поверхность раны покрывается красными грануляціями, при отдѣленіи нормальнаго гноя.

Превращеніе ушибленной раны въ пуэрперальную язву иногда сопровождается легкимъ отекомъ окружающихъ мягкихъ частей. Этотъ отекъ можетъ появляться и безъ лихорадки. Онъ встрѣчается главнымъ образомъ на малыхъ губахъ, на промежности и по бокамъ клитора, появляясь обыкновенно на 2—4-й день и затѣмъ исчезая въ большинствѣ случаевъ раньше конца первой недѣли; рѣдко онъ простирается еще на рыхлую соединительную ткань большихъ губъ; у отверстія мочеиспускательнаго канала онъ никогда не встрѣчается. Съ тѣхъ поръ, какъ въ акушерство введена антисептика, мы вообще уже никогда не видимъ такихъ большихъ отековъ, какіе наблюдались въ прежнее время.

Если процессъ распространяется дальше кверху, то тѣ же самыя измѣненія появляются въ ушибленныхъ ранахъ и разрывахъ влагалища, причемъ нерѣдко еще присоединяется катарральное набуханіе всей слизистой оболочки, съ увеличеннымъ отдѣленіемъ секрета или съ легкимъ отекомъ. Взаимная связь между инфекціей, ранюю и появленіемъ лихорадки состоитъ, по всей вѣроятности, въ томъ, что лихорадка вызывается поступившими въ кровеносную систему алкалоидами гніенія, которые подъ вліяніемъ микрококковъ образовались въ ушибленныхъ тканяхъ; всасываніе этихъ алкалоидовъ гніенія происходитъ почти исключительно въ наружныхъ половыхъ частяхъ, во влагалищѣ и маточной шейкѣ, что доказывается результатами терапіи.

§ 72. Симптомы резорціонной лихорадки и пуэрперальныхъ язвъ бывають въ большинствѣ случаевъ очень незначительны. Присутствіе резорціонной лихорадки часто даже проходило бы незамѣченнымъ, еслибы не производились тщательныя измѣренія температуры. Общее состояніе родильницы въ большинствѣ случаевъ остается ненарушеннымъ, аппетитъ и сонъ удовлетворительны, языкъ чистъ, отдѣленіе мочи находится въ порядкѣ, и только иногда существуетъ незначительная диурія, особенно вслѣдствіе смачиванія ушибленныхъ частей мочею, стекающею по ихъ поверхности; животъ мягокъ, не вздутъ; матка нечувствительна къ давленію, уменьшается нормальнымъ образомъ; послѣродовое очищеніе часто бываетъ нормальнымъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно представляется нѣсколько болѣе темнымъ, чѣмъ обыкновенно, въ особенности по краямъ пятенъ, оставляемыхъ на бѣльѣ, и издаетъ нѣсколько зловонный запахъ.

Единственнымъ достовѣрнымъ симптомомъ служитъ повышеніе температуры, появляющееся вечеромъ 3—5-го дня; отъ одного до трехъ разъ температура по вечерамъ поднимается въ подмышечной впадинѣ выше  $38^{\circ},0$ , но рѣдко превышаетъ  $38^{\circ},5$ — $38^{\circ},6$ ; частота пульса при этомъ нормальна или иногда увеличена до 80—86, рѣдко до 96 ударовъ, какъ это изображено на рисункѣ 16-мъ. Учащеніе пульса во многихъ случаяхъ зависитъ отъ индивидуальности родильницы. предска-

заніе, въ виду вышензложеннаго, чрезвычайно благопріятно, и лѣченіе во многихъ случаяхъ было бы почти излишнимъ.

§ 73. Если констатирована легкая резорціонная лихорадка, то врачъ и другія лица, ухаживающія за родильницей, должны быть осторожны, такъ какъ перенесеніе секрета на другую родильницу очень легко можетъ вызвать у этой послѣдней болѣе тяжелую форму родильной горячки. Уже въ виду этого полезно въ родильныхъ домахъ принимать мѣры къ разрушенію секрета, приобрѣвшаго болѣзнетворныя свойства.

Два раза въ день, съ помощью пульверизатора, дѣлается присыпка пуэрперальныхъ язвъ порошкомъ іодоформа, или смѣсью салициловой кислоты съ крахмаломъ (Ac. salicyl. 1, Amyl. trit. 5); іодоформъ, какъ я убѣдился вопреки одному прежнему сообщенію изъ моей же клиники, имѣетъ для большинства людей то преимущество передъ салициловой кислотой, что примѣненіе его безболѣзненно; но если неприятель запахъ іодоформа, то можно, пожалуй, примѣнить салициловую кислоту. Къ смазыванію растворомъ полуторохлористаго желѣза (*Winckel*), или іодною настойкою я ни разу не имѣлъ надобности прибѣгать.

Имѣетъ съ тѣмъ, какъ только температура достигаетъ  $38^{\circ},1$  въ подмышечной впадинѣ, я назначаю тепловатыя орошенія влагалища посредствомъ ирригатора, повторяемые отъ 2 до 4 разъ въ день; для этихъ орошеній лучше всего употреблять растворъ сулемы (1:4000) или растворъ карболовой кислоты (1—2‰); полезны также растворы тимола, креолина или марганцовокислаго кали; быстрое исчезаніе лихорадки послѣ этихъ спринцованій всего лучше доказываетъ, что для большинства случаевъ вѣрно то мнѣніе, согласно которому влагалищныя лохиі,

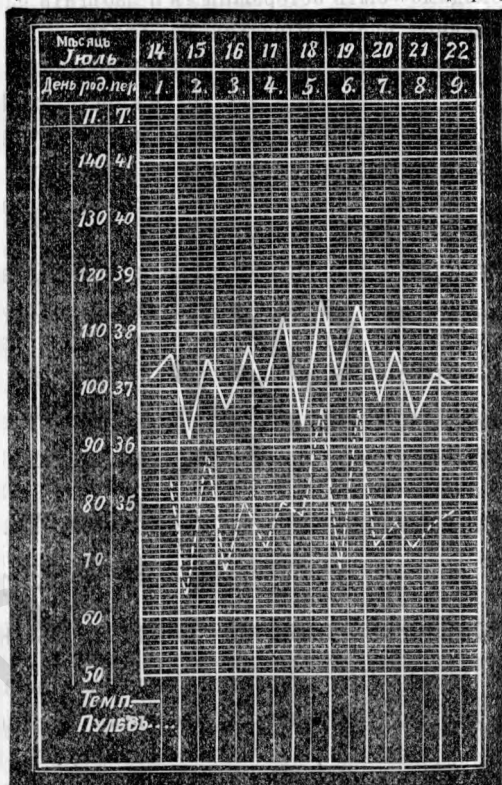


Рис. 16.  
Кривая № I.  
Резорціонная лихорадка.

получившія болѣзнетворныя свойства, всасываются въ разрывахъ шейки и вызываютъ своимъ всасываніемъ резорціонную лихорадку.

Давать жаропонижающія средства совершенно излишне. Если еще не было испраженія, то можно доставить облегченіе столовою ложкою растороваго масла или стаканомъ горькой воды (Franz-Josefsquelle). Что касается діеты, то до тѣхъ поръ, пока существуетъ лихорадка, необходимо быть осторожнымъ и избѣгать плотной пищи. Ребенокъ долженъ, конечно, прикладываться къ груди.

Влажныхъ примочекъ къ наружнымъ половымъ частямъ лихорадящихъ родильницъ я по возможности избѣгаю, тогда какъ въ прежнія времена примочки эти были весьма употребительны, особенно при отекахъ. Здѣсь слишкомъ велика опасность того, что сидѣлка или сама родильница заразятъ свои руки, или что будутъ заражены груди родильницы или глаза ребенка. Только при значительномъ напряженіи вслѣдствіе сильнаго отека или при болѣзненности мочеиспусканія прикладываются къ внутренней поверхности половыхъ губъ компрессы изъ перевязочной ваты, пропитанной 1% растворомъ карболовой кислоты или разведеннымъ растворомъ свинцоваго уксуса; эти компрессы должны быть укрѣплены Т-образнымъ бинтомъ.

---

## Глава VIII.

### Endometritis puerperalis.

#### Воспаленіе слизистой оболочки матки въ родильномъ періодѣ.

§ 74. Изолированный эндометритъ въ родильномъ періодѣ наблюдается хотя и рѣдко, но все-таки не настолько, какъ это утверждаютъ нѣкоторые авторы. Часто эндометритъ присоединяется къ предшествовавшему пуэрперальному кольниту и пуэрперальнымъ язвамъ, а въ другихъ случаяхъ къ первичному эндометриту очень скоро присоединяется метритъ, который, конечно, можетъ пройти незамѣченнымъ, если онъ существуетъ въ легкой степени развитія.

Описаніе эндометрита, встрѣчающагося изолированно въ родильномъ періодѣ, оправдывается здѣсь тѣмъ значеніемъ, которое онъ имѣетъ въ практикѣ.

*Этіология.* Начало эндометрита должно быть въ нѣкоторыхъ случаяхъ отнесено еще ко времени беременности, гдѣ онъ происходитъ отъ зараженія небольшихъ поврежденій слизистой оболочки въ маточной шейкѣ или въ нижнемъ сегментѣ матки надъ внутреннимъ зѣвомъ, чрезъ посредство изслѣдующаго пальца, или при введеніи бужей, палочекъ ламинарій, при введеніи колпегринтеровъ въ цервикальный каналъ, или отъ зараженія триппернымъ ядомъ и т. д. Еще чаще развивается endometritis

sub partu, вследствие зараженія во время родовъ: при очень продолжительныхъ родахъ, въ особенности послѣ преждевременнаго истеченія водъ, секретъ влагалища или воздухъ можетъ проникнуть въ полость матки, благодаря частому изслѣдованію, или же эндометритъ можетъ быть вызванъ непосредственно со стороны плода, умершаго во время родовъ, если въ матку проникли возбудители гніенія. Эндометритъ, обнаруживающійся лишь въ родильномъ періодѣ, несомнѣнно бываетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ обусловленъ прямымъ зараженіемъ, послѣдовавшимъ еще во время родовъ, т. е. прививкою возбудителей гніенія въ отпадающую оболочку или непосредственно въ слизистую оболочку шейки. Въ другихъ случаяхъ задержанные остатки отпадающей оболочки, особенно ея ампулярнаго слоя, или задержанные послѣ выкидыша остатки плаценты либо самого яйца готовятъ ту почву, на которой при доступѣ микрококковъ начинается гніеніе и вмѣстѣ съ тѣмъ развивается эндометритъ. Однако, нельзя допустить, чтобы задержаніе отпадающей оболочки и остатковъ яйца могло уже само по себѣ вызывать пуэрперальный эндометритъ, какъ это утверждали нѣкоторые авторы: каждому акушеру навѣрно приходилось, особенно послѣ преждевременныхъ родовъ, удалять по прошествіи недѣль куски плаценты, не представлявшіе никакихъ признаковъ гніенія. Слѣдовательно, при задержаніи этихъ остатковъ, обладающихъ способностью легко разлагаться, требуется еще нѣчто другое, а именно, чтобы въ матку проникли возбудители гніенія. Впрочемъ, самый механизмъ прониканія ихъ въ матку еще не выясненъ съ точностью для всѣхъ случаевъ; излишнее производство изслѣдованія въ родильномъ періодѣ навѣрно можетъ открыть имъ доступъ въ полость матки. Могутъ ли болѣзнетворные микроорганизмы, имѣющіеся во влагалищѣ, вызвать гніеніе просто въ силу того, что они сами собою проникаютъ въ полость матки, или же здѣсь необходимы еще и другія, по большей части внѣшнія условія, — этотъ вопросъ въ настоящее время остается еще открытымъ.

§ 75. *Патологическая анатомія.* Легчайшія степени пуэрперального эндометрита рѣдко наблюдаются патолого-анатомомъ, такъ какъ болѣзнь излѣчивается, и дѣло не доходитъ до анатомическаго вскрытія. Если же дѣло дошло до вскрытія трупа, то слизистая оболочка оказывается разрыхленною, припухшею, гиперемизованною, а отдѣленіе ея — слизистымъ или слизисто-гнойнымъ. Она не имѣетъ равномерно гладкой поверхности, такъ какъ почти всегда остаются островки ампулярнаго слоя отпадающей оболочки (см. также рис. 6, на стр. 19). Въ легкихъ случаяхъ обыкновенно бываетъ поражена и слизистая оболочка цервикальнаго канала, которая при этомъ представляетъ отечную припухлость, кровоточація ссадины и обильное отдѣленіе секрета.

Если послѣдовало зараженіе въ болѣе тяжелой формѣ, то прежде всего наступаетъ гнилостное разложеніе остатковъ отпадающей оболочки; задержанная слизистая оболочка матки принимаетъ вследствие этого



грязный, сѣрый, зеленоватый или даже черный цвѣтъ (такъ наз. дифтеритъ слизистой оболочки матки). При этомъ она можетъ распасться въ кашицеобразную, легко стирающуюся массу. Настоящій дифтеритъ слизистой оболочки матки, аналогичный дифтериту зѣва, вѣроятно, встрѣчается въ высшей степени рѣдко.

Самая стѣнка матки въ большинствѣ случаевъ пропитана серозною жидкостью. При тяжелѣхъ формахъ существуютъ измѣненія и въ области прикрѣпленія плаценты: область эта сильнѣе выпячена, а выступающіе на ней тромбы имѣютъ грязный цвѣтъ и находятся въ состояніи распада. Содержимое матки въ большинствѣ этихъ случаевъ уже не представляется чисто гнойнымъ, а имѣетъ грязный кровянистый цвѣтъ, заключаетъ въ себѣ остатки отпадающей оболочки и распавшіеся тромбы и издаетъ зловонный запахъ.

Крупозный эндометритъ представляетъ, во всякомъ случаѣ, болѣе рѣдкую форму заболѣванія слизистой оболочки матки; онъ бываетъ, по видимому, спутникомъ регенеративныхъ процессовъ. Въ неосложненныхъ случаяхъ извергается крупозная перепонка, гладкая, безструктурная, которая при микроскопическомъ изслѣдованіи оказывается состоящею изъ мелкой сѣти фибриновыхъ нитей съ заложеными между ними красными и безцвѣтными кровяными тѣльцами; кромѣ того, встрѣчаются микрококки и бациллы въ различномъ количествѣ. Крупозныя перепонки въ большинствѣ случаевъ извергаются отдѣльными кусками.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эндометрита, распространившагося на слизистую оболочку шейки, влагалищная часть при изслѣдованіи зеркаломъ оказывается покрытою со всѣхъ сторонъ крупозными перепонками.

Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ (*putrescentia uteri*, *endometritis nosocomialis*, *sphacelus uteri puerperalis*, какъ ихъ называли прежніе авторы) слизистая оболочка превращена въ бурый, черноватый, легко расплывающійся, зловонный струпъ; но все-таки процессъ явственно ограниченъ со стороны мышечнаго слоя, и только въ рѣдкихъ случаяхъ этотъ послѣдній тоже подвергается распаденію; тѣмъ не менѣе, вся матка имѣетъ тѣстоватую мягкую консистенцію, и на ея наружной поверхности часто замѣчаются вдавленія отъ покрывавшихъ ее кишечныхъ петель. Если процессъ распространяется въ болѣе сильной степени на маточную шейку, то вся слизистая оболочка ея представляется сильно припухшею и покрыта крупознымъ или даже дифтеритическимъ налетомъ.

Новѣйшими бактериологическими изслѣдованіями было обнаружено въ маточномъ секретѣ при эндометритѣ присутствіе стрептококковъ, то въ очень незначительномъ, то въ болѣе обильномъ количествѣ; кромѣ того, иногда еще были находимы *sarcina*, *bacterium termo*, рѣже — стафилококки, да и то лишь при болѣе легкихъ формахъ заболѣванія. Но были и такія заявленія, что въ маточномъ секретѣ у больныхъ родильницъ иногда не могло быть обнаружено никакихъ микрококковъ, хотя эти

отрицательные результаты, конечно, еще не доказывают, что микрококков не было в действительности. Затѣмъ, еще не имѣется точныхъ изслѣдованій относительно того, на какую глубину проникаютъ стрептококки въ ткань матки при различныхъ формахъ эндометрита; возможно, что они проникаютъ только въ поверхностные и болѣе глубокіе слои слизистой оболочки, которые вълѣдствіе этого быстро подвергаются некротическому распаденію. Въ пользу этого говоритъ, повидимому, то обстоятельство, что съ прекращеніемъ лихорадки микрококки быстро исчезаютъ изъ секрета матки.

§ 76. *Симптомы.* Время, когда начинается эндометритъ въ родильномъ періодѣ, бываетъ различно, смотря по свойству инфекции, по ея интенсивности и времени наступленія. Въ большинствѣ случаевъ первые симптомы обнаруживаются между 2-мъ и 4-мъ днями родильнаго періода, но иногда лишь въ концѣ первой недѣли. Если тщательно измѣрять температуру въ родильномъ періодѣ, то первымъ признакомъ является повышение температуры тѣла при легкомъ познабливаніи; настоящаго потрясающаго озноба при этомъ не встрѣчается. Въ первое время часто бываетъ трудно различить, имѣемъ ли мы дѣло съ эндометритомъ или резорпціонною лихорадкою. Температура въ подмышечной впадинѣ по вечерамъ обыкновенно колеблется между  $38^{\circ},5$  и  $39^{\circ},5$  и только въ рѣдкихъ случаяхъ достигаетъ  $40^{\circ},0$ , а по утрамъ она падаетъ ниже  $38^{\circ},0$  или, по крайней мѣрѣ, опускается до  $38^{\circ},1$  —  $38^{\circ},5$ . Лихорадка въ

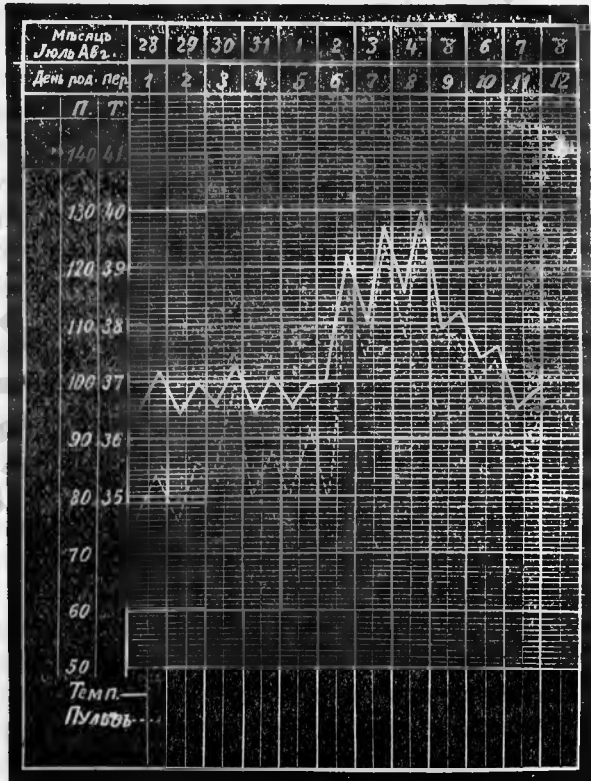


Рис. 17.  
Кривая № II.  
Лихорадка при эндометритѣ.

большинствѣ случаевъ продолжается 4 — 6 дней; большая продолжительность лихорадки и болѣе высокія температуры должны возбуждать подозрѣніе о томъ, что мы имѣемъ дѣло съ какимъ-нибудь осложненіемъ.

Если причиною эндометрита служатъ задержанные остатки яйцевыхъ оболочекъ или куски плаценты, то лихорадка можетъ начаться еще на второй недѣлѣ, послѣ неосторожнаго изслѣдованія, или она начинается лишь послѣ того, какъ родильница встала съ постели.

Частота пульса повышается вмѣстѣ съ температурою, но большею частью не въ одинаковой съ нею степени, такъ какъ при обыкновенныхъ формахъ неосложненнаго эндометрита серозный покровъ матки остается не пораженнымъ. Поэтому частота пульса въ большинствѣ случаевъ достигаетъ лишь 80—100 ударовъ въ минуту; значительное же учащеніе пульса, въ родѣ того, какое изображено на рисункѣ 17-мъ, встрѣчается вообще рѣдко.

При незначительныхъ степеняхъ лихорадки общее состояніе остается почти ненарушеннымъ. Если же лихорадка достигаетъ болѣе высокой степени, то она сопровождается обыкновенными лихорадочными явленіями, а именно—субъективнымъ чувствомъ недомоганія, чувствомъ жара, жаждою, головою болью, уменьшеніемъ аппетита, запоромъ и иногда ощущеніемъ тумана въ головѣ; сонъ рѣдко бываетъ нарушенъ. Языкъ въ то же время покрытъ налетомъ. Животъ остается мягкимъ и только въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ вздутъ; вѣтры отходятъ легко; матка обыкновенно не чувствительна къ давленію, если только она не сдѣлалась таковою вслѣдствіе продолжительнаго растиранія при атоническомъ послѣдовательномъ кровотеченіи. Иногда при этомъ существуетъ дизурія, которая, однако, не должна считаться симптомомъ, характеристичнымъ для эндометрита.

Послѣродовое очищеніе при болѣе легкихъ степеняхъ эндометрита не представляетъ макроскопическихъ измѣненій; но при болѣе значительныхъ степеняхъ этой болѣзни оно представляется водянистымъ, буроватымъ или даже чернымъ, издаетъ сильное зловоніе и иногда оказываетъ разъѣдающее дѣйствіе на кожу ягодицъ и бедеръ.

Пятна, оставляемые на бѣлѣ кровянистымъ послѣродовымъ очищеніемъ, имѣютъ по краямъ не свѣтлое, а буроватое или даже черное окрашиваніе.

При микроскопическомъ изслѣдованіи послѣродоваго очищенія, извлеченнаго изъ матки со всѣми необходимыми предосторожностями, въ большинствѣ случаевъ можетъ быть констатировано, какъ мы уже сказали, присутствіе стрептококковъ. Но въ болѣе легкихъ случаяхъ пuerperального эндометрита, и особенно въ тѣхъ, которые не могли быть объяснены прямымъ зараженіемъ, *Hägler*'у иногда удавалось констатировать присутствіе однихъ только стафилококковъ (*staphylococcus pyog. aureus*).

Отдѣленіе молока при этомъ въ большинствѣ случаевъ не уменьшено; если эндометритъ появился въ первые дни родильнаго періода, то груди, даже наоборотъ, бываютъ сильно напряжены, такъ что именно это

обстоятельство и подавало въ прежнее время поводъ къ діагнозу молочной лихорадки.

Діагнозъ неосложненнаго эндометрита не всегда можетъ быть сразу поставленъ съ полною увѣренностью; вначалѣ еще возникаютъ сомнѣнія относительно резорціонной лихорадки, и только большая продолжительность лихорадочнаго состоянія и болѣе высокія температуры даютъ затѣмъ право предположить эндометритъ. Иногда уже въ интересахъ леченія бываетъ необходимо констатировать изслѣдованіемъ, произведеннымъ со всеміи антисептическими предосторожностями, что въ данномъ случаѣ не существуетъ параметрита, который вначалѣ могъ бы быть по ошибкѣ принятъ за эндометритъ.

*Предсказаніе* въ болѣе легкихъ и среднихъ случаяхъ простаго эндометрита должно считаться благопріятнымъ, да и ~~и тяжелые случаи~~ септического эндометрита (не исключая даже такъ называемой *putrescentia uteri*) иногда излѣчиваются поразительно легко; какъ только мы удалили разлагающійся плодъ или гнѣющие остатки яйца и т. п. Иногда, но вообще рѣдко, процессъ снова обостряется послѣ того, какъ лихорадка уже прекратилась; это бываетъ преимущественно въ томъ случаѣ, если на почвѣ гнилостнаго отравленія развилась инфекция, обусловленная поступленіемъ микрококковъ нагноенія въ ткань матки.

Въ большинствѣ случаевъ только по дальнѣйшему теченію болѣзни можно узнать, распространился ли процессъ на околоматочную влѣтчатку или, чрезъ Фаллопиеву трубу, на брюшину; въ обоихъ случаяхъ предсказаніе существенно зависитъ отъ этихъ осложненій.

Если острый эндометритъ и проходитъ въ родильномъ періодѣ, то онъ все-таки легко становится хроническимъ, и предсказаніе насчетъ полнаго выздоровленія должно ставиться съ осторожностью, въ виду того, что нерѣдко остается хроническій катарральный эндометритъ, который можетъ повести къ недостаточному обратному развитію матки съ его дальнѣйшими послѣдствіями, т. е. съ измѣненіемъ въ положеніи матки и т. д.

§ 77. *Леченіе*. Профилактика эндометрита состоитъ въ строго антисептическомъ веденіи родовъ, о которомъ мнѣ здѣсь нѣтъ надобности распространяться.

Если поставленъ діагнозъ эндометрита, то прежде всего дѣлаютъ попытку устранить болѣзненный процессъ посредствомъ орошеній влагалища, для которыхъ употребляется растворъ сулемы (1 : 4000) или карболовой кислоты (1 — 2%), нагрѣтый до 26—28°P; орошенія повторяются черезъ каждые 2 часа. Лихорадка послѣ этого нерѣдко прекращается тотчасъ же или, по крайней мѣрѣ, понижается до нормальной температуры очень быстро, при послѣдовательномъ уменьшеніи вечернихъ температуръ. Кривая температуры при такомъ быстромъ паденіи лихорадки была уже мною описана подъ именемъ салициловой кривой вскорѣ послѣ того, когда стали въ практикѣ употреблять салициловую кислоту (см.

рис. 18). Такъ какъ впрыскиваемая при этомъ жидкость разрушаетъ выдѣленія только во влагалищѣ и во влагалищномъ сводѣ и такъ какъ въ полость матки она не попадаетъ вовсе или только въ очень маломъ количествѣ, то мы должны себѣ представлять дѣйствіе впрыскиваній такимъ образомъ, что они разрушаютъ болезнетворные микроорганизмы, которые, находясь въ сводѣ влагалища, заражали тамъ послѣродовое очищеніе или переходили оттуда въ полость матки.

§ 78. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ эти орошенія влагалища оказываются недостаточными, такъ какъ причина эндометрита находится въ

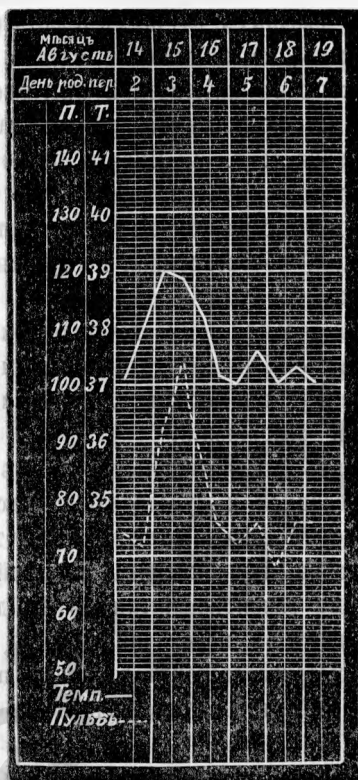


Рис. 18.  
Кривая № III.  
Салициловая кривая.



Рис. 19. Катетеръ à double courant для промыванія полости матки (1/2 естественной величины).

самой полости матки. Если температура не упала ко второму вечеру или поднялась еще выше, не смотря на сринцованія влагалища, то необходимо сдѣлать внутриматочное впрыскиваніе. *коль скоро изслѣдованіемъ доказано отсутствіе начинающагося экссудата въ околоматочной клетчаткѣ.* Съ этою цѣлью тщательно промываютъ влагалище и шейку антисептической жидкостью и затѣмъ стараются опре-

дѣлать осторожнымъ двойнымъ изслѣдованіемъ, существуетъ ли экссудатъ въ околоматочной клѣтчаткѣ, или нѣтъ. Изслѣдовать ошупываніемъ самую полость матки въ обыкновенныхъ случаяхъ пuerperального эндометрита нѣтъ никакой необходимости. Если не существуетъ экссудата, то дѣлается внутриматочное впрыскиваніе.

Для промыванія полости матки я рекомендую умѣренно изогнутый катетеръ à double courbantъ съ просвѣтомъ въ  $\frac{3}{4}$  сантиметра (см. рис. 19) или, пожалуй, инструментъ, предложенный *Fritsch*'емъ и *Bozeman*'омъ, но болѣе широкій, чѣмъ тѣ, которые употребляются обыкновенно. Непосредственно передъ употребленіемъ инструментъ долженъ пролежать 15 минутъ въ закрытомъ сосудѣ съ кипящею водою. Для промыванія полости матки я употребляю исключительно  $2\frac{1}{2}\%$  растворъ карболовой кислоты, но могу также рекомендовать  $1\%$  растворъ тимола, хлорную воду и растворъ марганцовокислаго кали.

Я долженъ безусловно высказаться противъ внутриматочныхъ впрыскиваній сулемы, даже въ слабыхъ растворахъ. Впервыхъ, доказано, что сулема мало дѣйствительна въ растворахъ, содержащихъ бѣлокъ; во вторыхъ, было опубликовано, особенно въ послѣдніе годы, такое большое число случаевъ отравленія сулемою (напомню только о демонстраціяхъ *Virchow*'а въ Берлинскомъ медицинскомъ обществѣ), что никто не имѣетъ права производить дальнѣйшіе опыты съ этимъ опаснымъ средствомъ. Отравленіе наступало даже при употребленіи слабыхъ растворовъ сулемы и у самыхъ крѣпкихъ субъектовъ. Хотя изъ нѣкоторыхъ клиникъ и изъ частной практики нѣкоторыхъ врачей и были сообщены благоприятные результаты, однако результаты неблагоприятные преобладаютъ до такой степени, что дальнѣйшее употребленіе сулемы для внутриматочной терапіи я считаю непростительнымъ. Легкія явленія отравленія прійдется видѣть каждому врачу, часто примѣняющему сулему для впрыскиваній во влагалище; легкое воспаленіе рта и десень встрѣчается при внимательномъ наблюденіи не особенно рѣдко, а иногда послѣ впрыскиванія сулемы во влагалище появляется даже начинающійся катарръ толстой кишки, съ тенезмами при испражненіи. Тяжелыхъ формъ дифтеритическаго катарра толстой кишки, или нефрита и ануріи, мнѣ ни разу не пришлось видѣть, такъ какъ я никогда не употреблялъ сулемы для промыванія полости матки.

Никогда не слѣдуетъ забывать, что промываніе полости матки уже и само по себѣ не безопасно, что при немъ были наблюдаемы явленія глубокаго упадка силъ и даже случаи смерти, которые, впрочемъ, не должны быть относимы на счетъ дезинфицирующаго средства, какъ таковаго, ибо они встрѣчались и при промываніяхъ чистою водою, а напротивъ того, должны быть объясняемы поступленіемъ воздуха или жидкости въ вены матки и иногда также, по всей вѣроятности, чрезмѣр-

нымъ растяженіемъ матки при воспрепятствованномъ оттогѣ впрыскиваемой жидкости.

Поэтому промываніе полости матки всегда должно производиться самимъ врачомъ, посредствомъ ирригатора; катетеръ направляется двумя пальцами въ маточную шейку, причемъ одна рука должна въ это время спокойно лежать на маткѣ; вмѣстѣ съ тѣмъ ассистентъ долженъ слѣдить за пульсомъ, выраженіемъ лица и дыханіемъ, особенно при хлороформированіи; если наступили какія либо угрожающія явленія, то промываніе матки должно быть немедленно прекращено. Во время промыванія пропускаются чрезъ полость матки  $1\frac{1}{2}$ —2 литра жидкости.

Послѣ промыванія, предпринятаго вслѣдствіе дѣйствительно существующаго показанія и хорошо выполненнаго, наблюдается въ большинствѣ случаевъ паденіе лихорадки; если же этого не оказалось, то можно спустя 24 часа сдѣлать еще одно промываніе; если и затѣмъ лихорадка не упала, то это означаетъ, что заразное вещество уже не локализуется въ слизистой оболочкѣ матки, а проникло на большую глубину, или что наступило общее зараженіе, такъ что дальнѣйшія промыванія полости матки будутъ бесполезны. Во всякомъ случаѣ, продолжать промыванія матки въ теченіе нѣсколькихъ дней или даже ежедневно въ теченіе 1—2 недѣль, какъ это практикуется нѣкоторыми еще и въ настоящее время, мы считаемъ крайне нераціональнымъ.

§ 79. Я ни разу не нашелъ нужнымъ прижигать язвы шейки чрезъ введенное зеркало растворомъ полуторохлористаго желѣза, какъ это совѣтуетъ *Winckel*; опасность свѣжаго зараженія причиненныхъ при этомъ новыхъ поврежденій всегда мнѣ казалась болѣе значительною, чѣмъ та польза, которая могла бы быть достигнута.

Напротивъ того, я считалъ необходимымъ при промываніяхъ влаглаща, а еще болѣе при промываніяхъ полости матки и послѣ него, давать препараты спорыньи, для того чтобы вызвать продолжительное сокращеніе матки. Спорынья при внутреннемъ употребленіи легко можетъ усилить катарръ желудка, уже и безъ того существующій при лихорадкѣ; поэтому я предпочитаю подкожныя впрыскиванія (*Ext. Bombalon 0,25 pro dosi*); если же больная боится подкожныхъ впрыскиваній, то можно также давать *Infus. Secalis corn. 10,0 : 100,0* съ прибавленіемъ *Syr. Cinnamom. 20,0*, или же *Ergotin. 2,0 : 100,0 Aq. Foeniculi*; та или другая микстура принимается по столовой ложкѣ 3—4 раза въ день.

Прикладывать къ животу пузырь со льдомъ или ледяные компрессы, если больная ихъ предпочитаетъ, или впоследствии—согрѣвающие компрессы, бываетъ необходимо лишь въ томъ случаѣ, когда животъ чувствителенъ. Если не существуетъ признаковъ перитонита, то можно дать на 3-й день послѣ родовъ столовую ложку кастороваго масла или небольшой стаканъ Офенской горькой воды (*Franz-Josefsquelle*), съ цѣлью

вызвать испражнение; приемъ того или другаго средства можетъ быть повторенъ по прошествіи двухъ дней, если это необходимо. Въ случаѣ надобности приходится еще послѣ приема слабительнаго ставить клистирь изъ простой воды, чтобы ускорить испражненіе.

Диета должна сообразоваться съ состояніемъ больной; твердой пищи слѣдуетъ въ первое время избѣгать; напротивъ того, крѣпкій мясной бульонъ, молоко, яйца, какао могутъ быть дозволены. Вино также можетъ быть дозволено; если лихорадка держится долгое время, то даютъ крѣпкіе сорта портвейна, марсалы, хереса и проч., о чемъ я еще буду подробнѣе говорить по поводу лѣченія тяжелыхъ формъ родильной горячки.

§ 80. Если септической эндометритъ въ родильномъ періодѣ обусловленъ задержанными остатками плаценты, яйцевыхъ оболочекъ или выкидыша, то рѣшить, каковъ долженъ быть здѣсь образъ дѣйствій врача, оказывается гораздо болѣе труднымъ.

Если съ положительностью доказано, что тяжелая септическая лихорадка обусловлена задержаннымъ остаткомъ плаценты, то въ такомъ случаѣ я еще и въ настоящее время безусловно стою за ручное удаленіе этого куска плаценты, коль скоро размѣры его достигаютъ величины орѣха или болѣе; но при этомъ предполагается, что не существуетъ околоматочной флегмоны или перитонита и что внутренній зѣвъ проходимъ для пальца. Правда, и мнѣ также пришлось убѣдиться, подобно другимъ и даже раньше другихъ, въ томъ, что послѣ ручнаго удаленія задержаннаго куска плаценты въ однихъ случаяхъ быстро прекращается лихорадка, тогда какъ въ другихъ, вслѣдствіе свѣжей прививки образовавшагося ихорознаго секрета въ область прикрѣпленія плаценты или въ околоматочную соединительную ткань, или же вслѣдствіе зараженія микроорганизмами, происходящаго на подготовленной къ этому почвѣ, развивается быстро прогрессирующая септицемія со смертельнымъ исходомъ. Въ настоящее время мы можемъ до нѣкоторой степени гарантировать себя отъ этой опасности, предпосылая ощупыванію полости матки и удаленію остатковъ плаценты промываніе влагалища и затѣмъ самой матки двухпроцентнымъ растворомъ карболовой кислоты, удаляя остатки плаценты въ одинъ или, самое большое, въ два приема и производя затѣмъ еще разъ промываніе полости матки дезинфицирующимъ растворомъ. Послѣ этого дается эрготинъ и прикладывается ледъ къ животу.

Если же съ достовѣрностью неизвѣстно, задержанъ ли въ маткѣ кусокъ плаценты, если дѣло идетъ только о задержанныхъ въ ней остаткахъ ворсистой оболочки плода или отпадающей оболочки, то послѣ преждевременныхъ или срочныхъ родовъ я выжидаю по возможности до первой половины 2-й недѣли родильнаго періода, такъ какъ выскабливаніе на 1-й недѣлѣ часто влечетъ за собою очень обильныя, угрожающія кровотеченія, или при этомъ можно прорвать мягкую еще матку.



Производить при септическомъ эндометритѣ выскабливаніе матки во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ промываніемъ полости ея не удалось достигнуть пониженія температуры, я считаю неправильнымъ.

При септическомъ эндометритѣ послѣ выкидыша нѣтъ надобности дожидаться второй недѣли. Если внутренній зѣвъ проходимъ для пальца, то полезно, послѣ предварительной дезинфекціи влагалища и шейки, произвести однократное ощупываніе полости матки съ цѣлью опредѣлить состояніе ея слизистой оболочки. Предварительное расширеніе шейки для введенія острой ложечки едва ли когда-нибудь бываетъ необходимо; наиболѣе цѣлесообразны были бы для этого стеклянные расширители *Hegar'a*, тогда какъ рекомендуемое другими авторами расширеніе посредствомъ ламинаріи именно здѣсь сопряжено съ большими опасностями.

Затѣмъ, въ положеніи на боку, введя зеркало *Sims'a* или *Simon'a*, захватываютъ пулевыми щипцами переднюю губу маточнаго зѣва, осторожно оттягиваютъ матку внизъ, дезинфицируютъ полость ея и, предварительно опредѣливъ посредствомъ зонда направленіе и длину полости матки, быстро и методически выскабливаютъ ея стѣнки острою ложечкою; у внутренняго отверстія Фаллопиевыхъ трубъ производятъ выскабливаніе маленькою ложечкою; при этомъ не слѣдуетъ смущаться кровотеченіемъ, часто очень обильнымъ. Послѣ этого промываютъ полость матки тепловатымъ или горячимъ 2% растворомъ карболовой кислоты. Послѣ промыванія я дѣлаю прижиганіе 50% карболовымъ спиртомъ при помощи длиннаго зонда *Playfair'a*, или вставляю іодоформную палочку, длиною въ 4 см. (съ 1,0 грм. іодоформа). Если продолжается обильное кровотеченіе, то можно затампонировать полость матки, или, по крайней мѣрѣ—влагалище, іодоформною марлею. Но тампонъ долженъ быть удаленъ спустя 6—8 часовъ, если поводомъ къ выскабливанію служила лихорадка. Послѣдовательное лѣченіе—то же самое, которое было описано выше.

Результаты этого выскабливанія при неосложненномъ септическомъ эндометритѣ часто бываютъ въ высшей степени поразительны, и во всякомъ случаѣ они гораздо удовлетворительнѣе тѣхъ, которые прежде получались при часто повторяемомъ введеніи и выниманіи пальца.

По излѣченіи эндометрита, родильница должна еще долгое время лежать въ постели; при непродолжительномъ теченіи болѣзненнаго процесса она должна встать съ постели никакъ не раньше 15-го дня; а при болѣе продолжительномъ—лишь на 3-й или 4-й недѣлѣ.

Для того чтобы предотвратить переходъ остраго эндометрита въ хроническую форму, мы должны въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, вмѣсто дезинфицирующихъ жидкостей, впрыскивать вяжущія средства: квасцы, сѣрнокислый цинкъ, буру (1 десертная ложка того или другаго средства на 1 литръ воды) или хлористый цинкъ (пополамъ съ водою, 1 столовая ложка этого раствора на 1 литръ впрыскиваемой жидкости). Къ мѣстному лѣченію пораженной слизистой оболочки матки раньше окон-

чанія 6-й недѣли не слѣдуетъ прибѣгать, а затѣмъ оно должно производиться по правиламъ, излагаемымъ въ учебникахъ гинекологіи; при этомъ особенно важно, чтобы мѣстное лѣченіе было примѣнено прежде, чѣмъ послѣдуетъ новая беременность.

## Глава IX.

### 3. Parametritis puerperalis. Phlegmone parauterina. Phlegmone ligamenti lati.

Послѣродовой параметритъ. Околоматочная флегмона. Воспаленіе клѣтчатки широкой маточной связки.

§ 81. Параметритъ въ родильномъ періодѣ встрѣчался въ до-анти-септическое время несравненно чаще, чѣмъ онъ встрѣчается теперь, при антисептическомъ веденіи родовъ. Но все-таки намъ еще слишкомъ часто представляется возможность видѣть подобные случаи, особенно въ практикѣ повивальныхъ бабокъ. Параметритъ въ болѣе тѣсномъ смыслѣ этого слова означаетъ воспаленіе тазовой клѣтчатки, прилегающей къ маткѣ; но въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни иногда еще присоединяется воспаленіе клѣтчатки, окружающей мочевого пузыря, влагалище или прямую кишку (paracystitis, parakolpitis, paraproktitis).

Этіологическимъ моментомъ во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ бываетъ зараженіе во время родовъ или въ родильномъ періодѣ. Зараженіе это происходитъ или такимъ образомъ, что микрококки, вызывающіе воспаленіе, именно — стафилококки или стрептококки, проникаютъ чрезъ разрывы шейки либо влагалища въ лимфатическіе сосуды соединительной ткани, обнаруживаютъ въ ней свое разрушительное дѣйствіе и затѣмъ вслѣдствіе образованія птомаиновъ приводятъ къ общему зараженію всего организма (могутъ ли сапрофиты вызывать такіе же формы заболѣванія, — это еще съ положительностью не доказано), или же происходитъ непосредственное зараженіе соединительной ткани матки, которое затѣмъ распространяется *per contiguitatem* на соединительную ткань широкихъ маточныхъ связокъ, причѣмъ исходнымъ пунктомъ въ большинствѣ случаевъ служатъ опять-таки поврежденія слизистой оболочки, а въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ — дифтеритическій эндометритъ.

§ 82. Видѣть на севціонномъ столѣ свѣжія стадіи параметрита намъ случается довольно рѣдко; рыхлая клѣтчатка, образующая содержимое такъ называемаго параметрія, представляетъ отечную припухлость съ сильнымъ налитіемъ сосудовъ, а затѣмъ очень скоро присоединяется мелкоклѣточковая инфильтрація. До тѣхъ поръ, пока преобладаетъ отечное пропитываніе ткани, образовавшійся экссудатъ остается еще мягкимъ; затѣмъ, спустя нѣсколько дней, жидкія составныя части его опять всасываются, но мелкоклѣточный инфильтратъ остается въ видѣ плотнаго отека, а вслѣдствіи изъ него развивается гиперплазія соединительной

ткани, такъ что внутренности малаго таза, спустя нѣкоторое время, представляются какъ бы облитыми твердою массою. Въ гнойномъ экссудатѣ были находимы пюгенные стрептококки, рѣже—стафилококки. Дальнѣйшее распространѣніе процесса совершается быстрѣе или медленнѣе, смотря по тому, насколько быстро эти микроорганизмы переходятъ въ сосѣднія ткани. Впрочемъ, въ послѣднее время несомнѣнно доказано *Vimm*'омъ, что стрептококки встрѣчаются и въ экссудатѣ не-гнойнаго параметрита.

Анатомическія отношенія экссудата при параметритѣ всего лучше видны на превосходныхъ разрѣзахъ тазовой кѣтчатки, представленныхъ *Freund*'омъ <sup>1)</sup> (см. рис. 20 и 21).

Первоначально процессъ локализуется въ оболоччатой кѣтчаткѣ, т. е. у основанія широкой маточной связки, непосредственно около бокового края матки. Затѣмъ экссудатъ, раздвигая оба листка брюшины, распространяется въ широкой связкѣ по направленію кверху, до мѣста отхожденія *lig. ovarii* и *lig. rotundi* (см. рис. 20), такъ что свободною

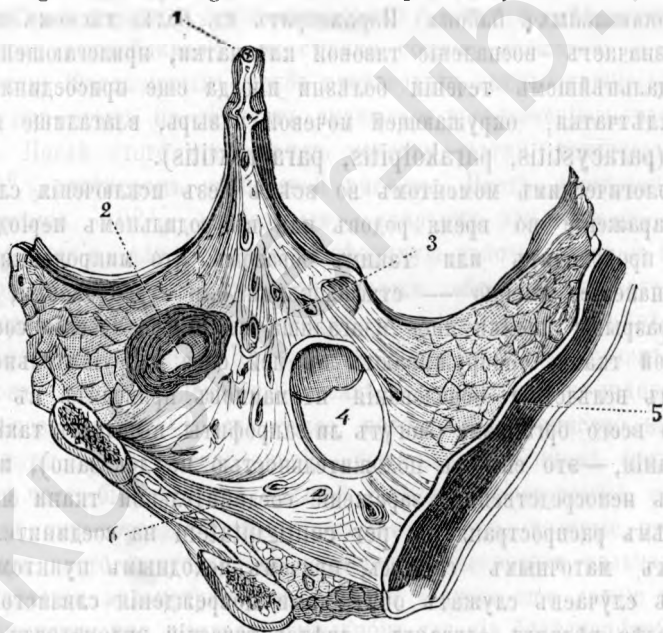


Рис. 20. Боковой сагиттальный разрѣзъ широкой маточной связки, по *W. A. Freund*у. 1—Фаллопіева труба; 2—мочевой пузырь; 3—мочеточникъ; 4—влагалище съ влагалищною частью матки; 5—прямая кишка; 6—*m. levator ani*.

остается только Фаллопіева труба. Экссудатъ можетъ такимъ образомъ подняться выше матки. Конечно, при этомъ не можетъ быть исключено участіе подбрюшинной ткани и даже серознаго покрова широкой маточной связки.

<sup>1)</sup> Gynäk. Klinik, Bd. I.

Въ другихъ случаяхъ процессъ остается болѣе въ глубинѣ малаго таза, распространяясь здѣсь въ боковомъ направленіи до тазовой стѣнки, кпереди — до запирающей дыры (foramen ovale) и къзади — до большой сѣдалищной вырѣзки. Если экссудатъ по боковой стѣнкѣ таза распространяется въ *cavum pelvis subperitoneale* кверху, то онъ можетъ смѣститься вверхъ брюшину, покрывающую внутреннюю поверхность крыльевъ подвздошной кости, и инфильтрація доходитъ до подвздошной впадины или даже вверхъ до подвздошнаго гребешка. Флегмона клѣтчатки, окружающей большіе бедренные сосуды при ихъ прохожденіи чрезъ малый тазъ подъ безымянной линіей, нерѣдко приводитъ къ тромбозу тазовыхъ венъ съ послѣдовательнымъ отекомъ нижнихъ конечностей (такъ наз. *phlegmasia alba dolens*, хотя названіе это ошибочно). Въ другихъ случаяхъ воспалительный процессъ прямо переходитъ надъ или подъ Пупартовой связкой на клѣтчатку бедра и вызываетъ здѣсь такія же воспалительныя явленія, съ послѣдовательнымъ прижатіемъ сосудовъ (*phlegmone cruralis*).

Если флегмонозный процессъ распространяется отъ маточной шейки болѣе кпереди и захватываетъ разрыхленную во время беременности пузырно-маточную соединительную ткань, то образуется такъ наз. *parametritis anterior* или, вѣрнѣе, *paracystitis* (см. рис. 21), которая, по *Fritsch*'у, будто бы очень часто встрѣчается въ родильномъ періодѣ; но, по моимъ наблюденіямъ, она гораздо чаще появляется въ подострой формѣ внѣ родильнаго періода, какъ осложненіе гнойнаго цистита. Если ин-

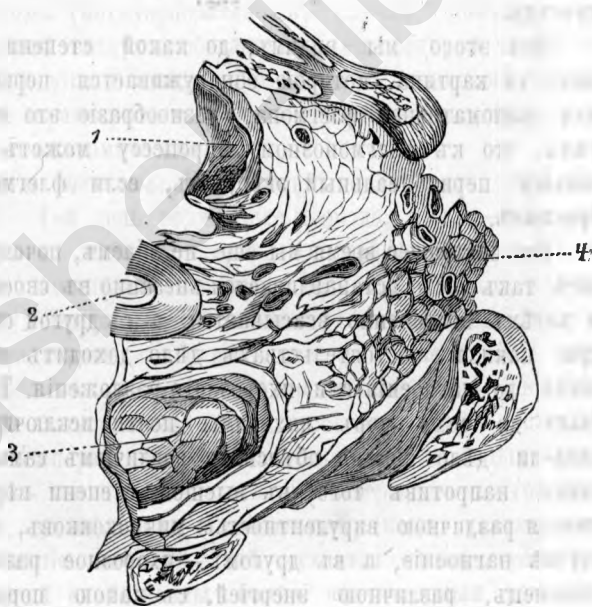


Рис. 21. Горизонтальный разрезъ таза чрезъ второй крестцовый позвонокъ и середину лоннаго сочлененія, по *W. A. Freund*у. 1—прямая кишка, 2—надвлагалищная часть матки; 3—мочевой пузырь; 4—мочеточникъ.

фильтрація распространяется по мочевому пузырю въ стороны, то она можетъ подъ брюшиною дойти до передней брюшной стѣнки, причемъ она переходитъ сюда либо съ передней части пузыря, либо поднимаясь вверхъ по его задней стѣнкѣ, и въ такомъ случаѣ образуется флегмона

предбрюшинной соединительной ткани (*savum praeperitoneale Retzii*); экссудатъ, суживаясь по направлению къверху, можетъ достигать до пупка. Эту форму воспаления я точно также лишь рѣдко встрѣчалъ въ родильномъ періодѣ.

Если процессъ спускается изъ околоматочной клѣтчатки по бокамъ влагалища, то образуется *parakolpitis*; если флегмона прорываетъ *diaphragma pelvis*, т. е. мышцу, поднимающую задній проходъ, и вмѣстѣ съ нею — тазовую фасцію, то процессъ обнаруживается въ *savum pelvis subcutaneum*, отчасти еще въ видѣ паракольпита, отчасти же въ видѣ флегмоны наружныхъ половыхъ частей, и главнымъ образомъ — большихъ губъ.

Въ другихъ случаяхъ процессъ съ самаго начала имѣетъ склонность обхватить прямую кишку, направляясь по соединительной ткани заматочныхъ складокъ брюшины, и распространиться къверху на околопочечную соединительную ткань; мало того, иногда инфильтратъ, обхватывая прямую кишку со всѣхъ сторонъ, доходить до передней поверхности крестца.

Изъ этого мы видимъ, до какой степени разнообразною можетъ быть та картина, которою обнаруживается первоначальный параметритъ или околоматочная флегмона; разнообразіе это еще болѣе увеличивается тѣмъ, что къ флегмонозному процессу можетъ присоединиться ограниченный перитонеальный экссудатъ, если флегмона подошла близко къ брюшинѣ.

Въ настоящее время мы еще не знаемъ, почему образовавшійся экссудатъ такъ часто останавливается внезапно въ своемъ дальнѣйшемъ развитіи и затѣмъ постепенно всасывается, а съ другой стороны намъ неизвѣстно, при какихъ обстоятельствахъ дѣло доходитъ до разрушительнаго процесса, до нагноенія или ихорознаго разложенія. Такъ какъ въ экссудатѣ были до сихъ поръ находимы почти исключительно стрептококки, то едва-ли дѣло можно объяснять различіемъ самыхъ возбудителей воспаления; напротивъ того, въ высшей степени вѣроятно, что дѣло объясняется различною вирулентностью микробовъ, вызывающею въ одномъ случаѣ нагноеніе, а въ другомъ — ихорозное разложеніе экссудата, или, наконецъ, различною энергіей, съ какою пораженные ткани препятствуютъ дальнѣйшему проникновенію микробовъ, образуя противъ нихъ оплотъ изъ безцвѣтныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Нагноенію можетъ подвергнуться или весь флегмонозный экссудатъ, или только часть его; въ первомъ случаѣ образуются иногда очень обширныя скопленія гноя въ маломъ тазу. Эти тазовые абсцессы содержатъ иногда доброкачественный густой гной, но очень часто гной бываетъ водянистый и, при сообщеніи съ кишками, чрезвычайно вонючій; въ этомъ случаѣ вмѣстѣ съ гноемъ извергаются большіе мертвѣвшіе клочки соединительной ткани. Гной можетъ прорваться и въ органы, лежащіе подъ брюшиною въ маломъ

таву, слѣдовательно — въ мочевоі пузырь, во влагалище, въ цервикаль- ный каналъ, въ нижнюю часть прямой кишки, или онъ можетъ выше- описаннымъ путемъ, опускаясь внизъ, прорваться наружу чрезъ брюш- ные покровы, надъ или подъ Пупартовою связкою, въ подвздошной впа- динѣ и т. д. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ очень тяжелыхъ случаяхъ тазо- вые абсцессы захватываютъ надкостницу тазовыхъ костей, особенно — подвздошной, и вызываютъ въ нихъ костоѣду и омертвѣніе.

Какъ о случаѣ единственномъ въ своемъ родѣ, я долженъ упомянуть объ одномъ тазовомъ абсцессѣ въ подвздошной впадинѣ; уже при пер- куссии получался тимпаническій звукъ, а по вскрытіи абсцесса оказалось, что изъ обширной полости, простиравшейся далеко внизъ по боковой стѣнкѣ таза, вышло всего нѣсколько капель чрезвычайно вонючаго гноя съ большимъ количествомъ воздуха. Въ высшей степени вѣроятно, что гнойное содержимое этого тазоваго абсцесса прорвалось въ кишечный ка- наль, изъ котораго чрезъ соединительное отверстіе, закрывавшееся кла- паномъ, прошелъ въ полость абсцесса воздухъ, но не прошли въ нее каловыя массы. Въ другомъ (не-пуэрперальномъ) случаѣ, помимо этой одной полости, содержащей воздухъ, образовалась еще вторая такая же полость въ подфасциальной ткани между приводящими мышцами бедра.

Клиническая картина параметрита и тазовой флегмоны такъ же разно- образна, какъ и патолого-анатомическая.

§ 83. *Симптомы и теченіе.* Параметритъ начинается въ боль- шинствѣ случаевъ на 2—4-й день родильнаго періода, рѣже — лишь къ концу первой недѣли или въ началѣ второй. Въ наблюдавшихся мною случаяхъ болѣзнь чаще начиналась легкимъ познобливаніемъ, нежели потрясающимъ ознобомъ. Температура обыкновенно поднимается быстро: въ первый день лихорадочнаго состоянія она достигаетъ  $39-40^{\circ}$  въ подмышечной впадинѣ; въ слѣдующее утро обыкновенно является ремиссія на  $\frac{1}{2}-1^{\circ}$ , но большею частью утренняя температура остается выше  $38^{\circ},5$ ; вечеромъ температура снова поднимается, въ большинствѣ случаевъ еще выше, чѣмъ въ предшествовавшей вечеръ; на другое утро опять является ремиссія, но не такая значительная, какъ утромъ на- канунѣ; затѣмъ впродолженіе многихъ дней остается сильно ремитти- рующая лихорадка, которой свойственны болѣе значительныя ремиссіи, чѣмъ при эндометритѣ; въ самыхъ благопріятныхъ случаяхъ параметрита лихорадка можетъ совершенно исчезнуть уже спустя 4—6 дней; но это бываетъ рѣдко, обыкновенно же лихорадочное состояніе продол- жается, по меньшей мѣрѣ, одну недѣлю, а въ очень многихъ слу- чаяхъ — гораздо дольше, отъ 3 до 4 недѣль; бывають даже и такіе случаи, гдѣ лихорадка продолжается 8—10 недѣль. При этой именно формѣ заболѣванія, въ разгаръ воспалительной стадіи, встрѣчаются наи- болѣе высокія температуры, если оставить въ сторонѣ самые тяжелые случаи септицеміи; температуры до  $41^{\circ}$  не представляютъ при этой

формъ параметрита особенной рѣдкости. Паденіе лихорадки, если наступаетъ всасываніе экссудата, никогда не совершается внезапно, а происходитъ медленно, путемъ постепенныхъ ремиссій, подобно тому какъ при брюшномъ тифѣ, но далеко не съ такою типичностью. Для возвращенія къ нормальной температурѣ, считая съ момента наиболѣе высокой лихорадки, требуется не менѣе 3—5 дней, а обыкновенно — еще болѣе долгое время. Въ другихъ случаяхъ амфиболическая стадія, съ высокою лихорадкою, тянется цѣлыми недѣлями, причемъ наивысшія температуры впродолженіе нѣсколькихъ дней заходятъ за  $40^{\circ}$  или, по меньшей мѣрѣ, за  $39^{\circ}$ . Если лихорадочная стадія продолжается

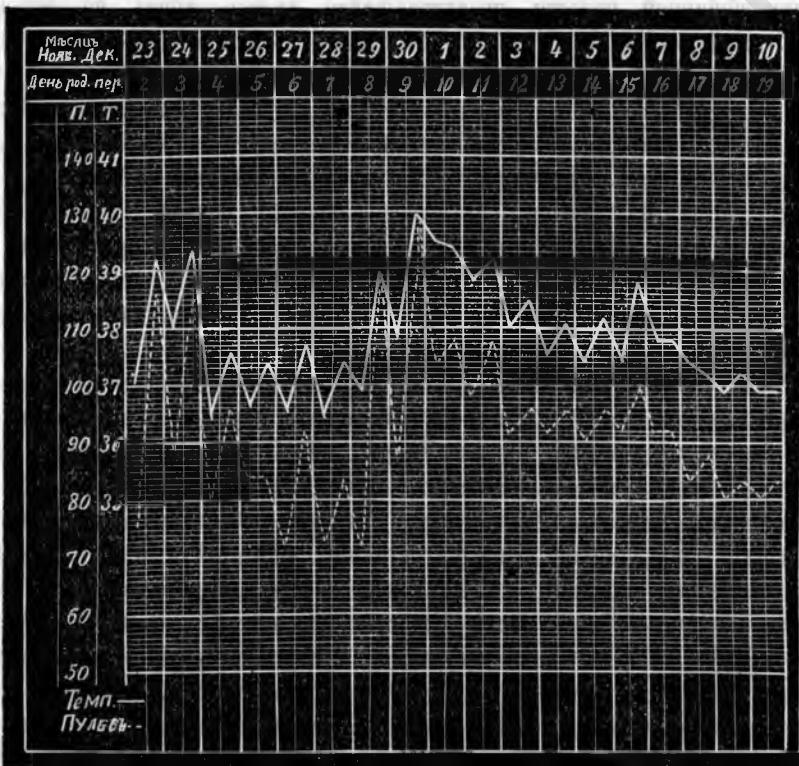


Рис. 22. Кривая № IV. Parametritis puerperalis non abscedens.

болѣе двухъ недѣль, то увеличивается вѣроятность того, что экссудатъ имѣетъ наклонность къ нагноенію. Однако, полной увѣренности здѣсь не можетъ быть: даже послѣ 3 или 4 недѣль, неизвѣстно по какой причинѣ, можетъ обнаружиться наклонность къ постепенному паденію лихорадки, и затѣмъ дѣло кончается всасываніемъ экссудата. Въ другихъ же случаяхъ температура остается чрезвычайно высокою, поднимается въ концѣ 3-й или въ началѣ 4-й недѣли еще выше и затѣмъ внезапно падаетъ до нормы, когда прорвался абсцессъ.

Точно также и по прекращеніи лихорадки никогда нельзя быть увѣ-

реннымъ, что она не возобновится внезапно черезъ 10—14 дней, либо при какомъ нибудь опредѣленномъ вредномъ вліяніи, подѣйствовавшемъ на родильницу, либо безъ всякой видимой причины. Чѣмъ больше случаевъ намъ приходится наблюдать, тѣмъ болѣе мы убѣждаемся въ томъ, что паденіе лихорадки не гарантируетъ отъ возобновленія ея спустя нѣкоторое время, а вмѣстѣ съ тѣмъ и отъ образованія абсцесса; съ другой стороны, мы часто бываемъ поражены, что ожидаемое нагноеніе экссудата не наступаетъ, не смотря на очень продолжительную лихорадку.

Частота пульса съ самаго начала поднимается вмѣстѣ съ температурою и постоянно держится на относительно высокихъ цифрахъ, соотвѣтственно флегмонозному характеру заболѣванія. Ремиссіямъ лихорадки соотвѣтствуютъ такія же ремиссіи въ частотѣ пульса; при этомъ всегда можно наблюдать, что пульсъ тѣмъ болѣе учащается, чѣмъ ближе экссудатъ подошелъ къ тазовой брюшинѣ и чѣмъ болѣе она сама вовлечена въ заболѣваніе. Предсказаніе, не смотря на высокую лихорадку, тѣмъ болѣе благоприятно, чѣмъ менѣе учащенъ пульсъ. Вообще можно сказать, что при температурѣ 38—39° Ц. мы находимъ отъ 80 до 96 ударовъ пульса въ минуту, при 39—40° отъ 90 до 110, при 40—41° отъ 110 до 130 и даже болѣе.

Частота дыханія въ большинствѣ случаевъ увеличена незначительно, и притомъ только въ зависимости отъ лихорадки; если процессъ продолжаетъ локализоваться исключительно въ маломъ тазу, такъ что грудобрюшная преграда не оттѣсняется вздутыми кишками кверху, то частота дыханія едва увеличена.

Во многихъ случаяхъ болѣзненность такъ незначительна, что родильница, помимо лихорадки, кажется совершенно здоровою, и только тщательное изслѣдованіе выясняетъ положеніе дѣла. Въ другихъ же случаяхъ болѣзненность живота доходитъ до такой степени, что больная, съ тоскливымъ выраженіемъ на лицѣ, лежитъ совершенно недвижимо, такъ какъ всякое движеніе тѣла и всякое вдыханіе причиняетъ ей боль. Это различіе зависитъ существенно оттого, развивается ли экссудативный процессъ вблизи брюшины или нѣтъ. Поэтому сильное учащеніе пульса должно считаться подозрительнымъ, хотя бы даже и наступило полное паденіе лихорадки.

Слѣдовательно, и расстройство общаго состоянія зависитъ больше отъ пораженія брюшины, а вмѣстѣ съ нимъ отъ учащенія пульса, нежели отъ высоты лихорадки. Однако, явленія перитонита въ собственномъ смыслѣ этого слова, именно рвота и метеоризмъ съ воспрепятствованнымъ отхожденіемъ вѣтровъ, наблюдаются вообще рѣдко. Аппетитъ, напротивъ того, съ появленіемъ болѣе высокой лихорадки обыкновенно разстраивается на болѣе долгое время, чѣмъ при эндометритѣ; больная жалуется на жажду, языкъ сильно обложенъ, запоръ обыкновенно бываетъ очень упорнымъ. Отдѣленіе мочи уменьшается уже въ раннемъ



періодъ болѣзни; однако, произвольное мочеиспускание, — помимо дизуриі, обыкновенно наблюдаемой у первородящихъ, — рѣдко бываетъ затруднено, если только экссудатъ не распространился на клѣтчатку по сосѣдству съ шейкою мочевого пузыря.

Рѣзко бросаются въ глаза мѣстные измѣненія половыхъ органовъ. Пуэрперальныя язвы, съ появленіемъ параметрита, въ большинствѣ случаевъ покрыты налетомъ; рана промежности, особенно когда она послужила исходнымъ пунктомъ для зараженія, точно также оказывается нѣсколько припухшею, чувствительною, и въ промежуткахъ между швами покрыта небольшимъ налетомъ. Свойства послѣродового очищенія бываютъ различны. Если дѣло идетъ о первичномъ параметритѣ, то послѣродовое очищеніе чрезвычайно быстро уменьшается въ количествѣ, но остальные свойства его — вѣшній видъ, цвѣтъ и запахъ — часто остаются приблизительно нормальными. Въ другихъ же случаяхъ, особенно когда исходнымъ пунктомъ былъ эндометритъ, послѣродовое очищеніе увеличивается въ количествѣ, становится чрезвычайно зловоннымъ и принимаетъ буроватый или даже черноватый цвѣтъ.

Между тѣмъ какъ болѣзненность живота въ большинствѣ случаевъ уже съ самаго начала довольно ясно указываетъ на параметриі, т. е. на область, лежащую подлѣ матки, — констатировать съ положительностью присутствіе экссудата не всегда сразу удается.

Не смотря на высокую лихорадку въ продолженіе нѣсколькихъ дней, экссудатъ вначалѣ обыкновенно не прощупывается, такъ какъ при начинающемся образованіи экссудата преобладаетъ отечное пропитываніе соединительной ткани; лишь въ то время, когда уменьшается это отечное пропитываніе и увеличивается мелкоклѣточковая инфильтрація, экссудатъ становится болѣе плотнымъ и начинаетъ ясно прощупываться.

Впрочемъ, необходимо остерегаться, чтобы слишкомъ тщательнымъ производствомъ двойнаго изслѣдованія въ первые дни болѣзни не вызвать ухудшенія; возможно, что сильное надавливаніе обѣими руками при этомъ методѣ изслѣдованія способствуетъ дальнѣйшему распространенію флегмоны въ соединительной ткани. Въ концѣ первой недѣли обыкновенно уже легко удается опредѣлить мѣстоположеніе экссудата, который въ большинствѣ случаевъ обнаруживается всего раньше сбоку матки или позади нея. Чѣмъ дольше уже существуетъ лихорадка, чѣмъ выше она поднимается, тѣмъ явственнѣе и на большемъ пространствѣ прощупывается экссудатъ въ видѣ плотнаго узла, который остается болѣзненнымъ въ продолженіе острой воспалительной стадіи параметрита, но становится тѣмъ менѣе болѣзненнымъ, чѣмъ больше прошло времени послѣ прекращенія лихорадки.

§ 84. Я говорилъ уже о томъ, до какой степени различными могутъ быть анатомическіе пути, по которымъ распространяется параметрический экссудатъ. При неосложненномъ параметритѣ экссудатъ всегда

помѣщается въ маломъ тазу, соответственно широкимъ маточнымъ связкамъ, и не прощупывается кверху отъ него. Если процессъ распространяется по направленію къзади, то прямая кишка со всѣхъ сторонъ обхватывается плотною массою экссудата, и тогда мы говоримъ о парапроктитѣ; если же процессъ распространяется впереди, по соединительной ткани между мочевымъ пузыремъ и маточною шейкою, то это означаетъ, что къ параметриту присоединился парадиститъ. Въ противоположность другимъ авторамъ, напр. *Fritsch*'у, я чрезвычайно рѣдко видалъ у родильницъ такіе случаи, гдѣ экссудатъ въ формѣ точильнаго бруска распространялся бы на предбрюшинную соединительную ткань. Въ другихъ случаяхъ процессъ начинается въ видѣ параметрита, но затѣмъ онъ очень скоро спускается по бокамъ влагалища (*paracolpitis*) и, проникнувъ чрезъ *diaphragma pelvis*, распространяется въ видѣ парапроктита книзу, доходя до промежности и половыхъ губъ. Экссудатъ долженъ достигнуть чрезвычайнаго распространенія, для того чтобы онъ могъ прощупываться снаружи; это бываетъ именно тогда, когда присоединяется пельвеоперитонитическій экссудатъ (о чемъ я буду подробно говорить въ другомъ мѣстѣ), или когда инфильтратъ, раздвинувъ брюшинные листки широкой маточной связки, поднимается по передней брюшной стѣнкѣ надъ Пупартовою связкою, или, еще чаще, когда онъ обнаруживается въ подвздошной впадинѣ, отгѣснивъ брюшину вверхъ и въ сторону.

Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ весь тазъ представляется какъ бы залитымъ твердою массою, въ которой матка укрѣплена совершенно неподвижно, такъ что иногда можетъ оказаться труднымъ опредѣлить, гдѣ находится тѣло матки.

Если экссудатъ начался на *одной* сторонѣ, какъ это бываетъ обыкновенно, то матка въ большинствѣ случаевъ смѣщена въ противоположную сторону.

Если флегмонозное воспаленіе переходитъ подъ Пупартовою связкою на соединительную ткань бедра, то оно прежде всего захватываетъ рыхлую клетчатку, окружающую большіе сосуды подъ этою связкою, и тогда образуется флегмона въ паховомъ треугольникѣ *Velpeau* и особенно вокругъ большихъ сосудовъ (*fossa ileopectinea*), которая въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ простираться еще ниже бедра. Эту форму заболѣванія называли въ прежнее время «*phlegmasia alba dolens*», — названіе, которое слѣдовало бы совсѣмъ изгнать изъ употребленія, такъ какъ еще и въ настоящее время описывается подъ тѣмъ же именемъ цѣлый рядъ процессовъ, сюда не относящихся, напр. первичные тромбозы бедренной вены, о которыхъ мы будемъ говорить ниже. Съ патолого-анатомической точки зрѣнія слѣдуетъ признать вѣрнымъ названіе «*phlegmone cruralis*». Я считаю также болѣе справедливымъ описывать эту форму въ главѣ о параметритѣ, съ которымъ она находится въ связи,

а не отводить для нея особаго мѣста въ качествѣ специальной формы заболѣванія, какъ это всегда дѣлалось до сихъ поръ.

Конечно, въ дальнѣйшемъ теченіи часто происходитъ послѣдовательнымъ путемъ полная или неполная облитерация венъ, т. е. часто присоединяется вторичный тромбозъ бедренной вены или ея развѣтвленій. Если первоначальная флегмона малаго таза не имѣетъ наклонности къ нагноенію, то и *phlegmone cruralis* ограничивается образованіемъ твердой флегмонозно-воспалительной припухлости въ подкожной клѣтчаткѣ бедра; въ другихъ случаяхъ, при наклонности тазовой флегмоны къ нагноенію, кожа становится красною и, вмѣстѣ съ подкожнымъ слоемъ, твердою какъ дерево, очень болѣзненною, а затѣмъ при размягченіи образовавшихся затвердѣній появляются абсцессы въ различныхъ мѣстахъ бедра. Эта *phlegmone cruralis* встрѣчается въ родильномъ періодѣ вообще чрезвычайно рѣдко, особенно съ тѣхъ поръ, какъ введена антисептика.

Гораздо чаще присоединяются къ процессамъ въ околوماتочной клѣтчаткѣ вторичные тромбозы венъ съ ихъ послѣдствіями, и эти именно тромбозы бедренныхъ венъ, всего чаще наблюдаемые въ родильномъ періодѣ, еще и въ настоящее время нерѣдко обозначаются ошибочнымъ названіемъ «*phlegmasia alba*». Если околوماتочная флегмона развивается главнымъ образомъ по направленію къ боковой стѣнкѣ таза, то прижимаются вены въ широкой маточной связкѣ, или *plexus pampiniformis*, или, въ заключеніе, сама *v. hypogastrica*, причемъ тромбозъ распространяется въ бедренную вену или въ ея развѣтвленія. Возможно, впрочемъ, что для появленія признаковъ застоя крови въ области нижней конечности иногда не требуется никакой закупорки сосудовъ и что экссудатъ, быстро распространяющійся по направленію къ боковой стѣнкѣ таза, а затѣмъ — на подвздошную впадину, производитъ иногда частичное или почти полное сдавленіе *v. ilacae ext.* безъ предварительнаго тромбоза.

Нерѣдко, вслѣдствіе распространенія процесса въ нижнюю полую вену, къ тромбозу одной бедренной вены присоединяется черезъ 10 — 14 дней тромбозъ той же вены на другой конечности.

Согласно изслѣдованіямъ патологовъ, тромбозъ венъ необходимо долженъ предшествоваться воспалительнымъ измѣненіемъ ихъ внутренней оболочки. Въ данномъ же случаѣ понятно, что острый флегмонозный процессъ въ соединительной ткани не можетъ оставаться безъ вліянія на стѣнки проходящаго въ ней сосуда. Если дѣло идетъ о тяжелой септической флегмонѣ, то венные тромбы также заражены, и отрывающіяся отъ нихъ частицы, попадая въ систему кровообращенія, вызываютъ на новомъ мѣстѣ такіе же септические процессы. Но если зараженіе существуетъ въ болѣе легкой формѣ, то венные тромбы не распадаются, а, напротивъ того, постепенно организуются, такъ что сосудъ опять становится вполне или отчасти проходимымъ для циркулирующей крови; этимъ и объясняется то, что тромбозъ бедренной вены, находящійся въ связи съ флегмоною,

далеко уже не имѣть теперь такого опаснаго характера, какъ прежде, что онъ въ большинствѣ случаевъ не влечетъ за собою пиэми.

Флегмона околоматочной влѣтчатки, благодаря прижатію проходящаго здѣсь мочеточника, можетъ также подать поводъ къ заставванію мочи въ почечной лоханкѣ, но этотъ процессъ въ большинствѣ случаевъ остается незамѣченнымъ, такъ какъ отдѣленіе мочи уже и безъ того уменьшено вслѣдствіе высокой лихорадки. Я видѣлъ всего одинъ случай, гдѣ при тяжеломъ обоюдостороннемъ параметритѣ совершенно прекратилось отдѣленіе мочи; впрочемъ, нужно замѣтить, что здѣсь уже раньше существовало незначительное заболѣваніе почекъ; больная, послѣ двухдневной анурии, внезапно умерла въ первомъ урэмическомъ приступѣ.

Продолжающаяся лихорадка обыкновенно указываетъ на увеличеніе экссудата; однако, при продолжающейся незначительной лихорадкѣ мнѣ случалось также наблюдать медленное уменьшеніе экссудата, безъ нагноенія. Насколько часто встрѣчается нагноеніе, — трудно опредѣлить; это существенно зависитъ отъ интенсивности заболѣванія. По *Winckel'*ю, образованіе абсцесса происходитъ въ 18<sup>0</sup>/<sub>100</sub> всѣхъ случаевъ; по моимъ же наблюденіямъ, цифра эта въ настоящее время значительно уменьшилась.

§ 85. Если наступаетъ нагноеніе, о чемъ съ вѣроятностью можно заключить по продолжительности и высотѣ лихорадки, то не всегда бываетъ вѣроятно прощупать размягченіе экссудата въ какомъ нибудь опредѣленномъ мѣстѣ. Абсцессъ въ большинствѣ случаевъ прорывается въ мочевой пузырь или въ кишечный каналъ (особенно въ flexur. sigmoid.), такъ что послѣ предшествовавшихъ, часто незначительныхъ, разстройствъ со стороны мочевого пузыря или кишечника внезапно появляется большое количество гноя въ мочѣ или въ испражненіяхъ, при быстромъ паденіи лихорадки; обыкновенно послѣ этого полость абсцесса быстро закрывается. Рѣже абсцессъ опускается книзу, такъ что въ окружности влагалища или даже въ большой губѣ прощупывается размягченное мѣсто. Нѣсколько чаще абсцессъ прорывается гдѣ-нибудь надъ Пупартовою связкою, соответственно ея внутренней или наружной трети, но особенно охотно въ подвздошной впадинѣ; менѣе часто онъ прорывается непосредственно подъ Пупартовою связкою, рѣдко — въ сводъ влагалища или въ маточную шейку; лишь въ исключительныхъ случаяхъ я наблюдалъ прободеніе абсцесса чрезъ переднюю брюшную стѣнку надъ мочевымъ пузыремъ, между нимъ и пупкомъ; прободеніе чрезъ foramen ischiadicum majus, съ образованіемъ абсцесса въ ягодичной области, извѣстно мнѣ только изъ литературы.

§ 86. Распознаваніе околоматочной флегмоны, въ виду пуэрперальнаго состоянія больной, обыкновенно бываетъ легкимъ. Если у родильницы появляется высокая лихорадка съ значительнымъ учащеніемъ пульса, то діагнозъ въ большинствѣ случаевъ можетъ колебаться только между пуэрперальнымъ эндометритомъ, параметритомъ и ограниченнымъ пельвеоперитонитомъ. При околоматочной флегмонѣ высота лихорадки и частота

пульса гораздо болѣе значительны, чѣмъ при эндометритѣ, и къ тому же очень скоро, помимо матки, становится чувствительною къ давленію та или другая широкая маточная связка; при эндометритѣ лихорадка обыкновенно падаетъ по истеченіи 3—5 дней, а при параметритѣ опытный врачъ можетъ уже въ это время ясно констатировать присутствіе экссудата.

О дифференціальномъ распознаваніи параметрита и пельвеоперитонита можно будетъ говорить только при описаніи этого послѣдняго; здѣсь же я долженъ напомнить лишь о томъ, что нерѣдко обѣ болѣзни встрѣчаются вмѣстѣ.

Параметритъ внѣ родильнаго періода встрѣчается гораздо рѣже. За исключеніемъ лихорадки, тѣ же самыя явленія внѣ родильнаго періода можетъ представлять заматочная кровяная опухоль, такъ какъ кровь изливается въ тѣ же промежутки соединительной ткани, въ которые изливается экссудатъ при послѣродовомъ параметритѣ.

Только при невнимательномъ изслѣдованіи экссудатъ въ Дугласовомъ пространствѣ могъ бы быть принятъ за искривленную вздѣ матку. Опухоли яичниковъ или самой матки констатируются еще во время родовъ, и кромѣ того онѣ болѣе рѣзко ограничены отъ окружающихъ частей; воспаленная, нагноившаяся киста яичника, фиксированная въ маломъ тазу, могла бы, конечно, давать тѣ же самыя явленія, что и при параметритѣ; однако, вначалѣ еще возможно поставить дифференціальный діагнозъ.

Опредѣлить степень распространенія процесса въ большинствѣ случаевъ бываетъ трудно; при этомъ необходима большая осторожность, чтобы слишкомъ тщательнымъ производствомъ изслѣдованія для постановки діагноза не способствовать еще дальнѣйшему распространенію процесса.

§ 87. *Предсказаніе* при параметритѣ сомнительно, и во всякомъ случаѣ оно бываетъ крайне различнымъ. Въ виду всего вышесказаннаго я считаю невозможнымъ провести границу между параметритомъ доброкачественнымъ и параметритомъ, встрѣчающимся въ теченіи септицеміи, какъ это дѣлаетъ *Olshausen* (въ 10-мъ изд. руков. *Schröder'a*). По моему мнѣнію, можно сказать только слѣдующее: Существуютъ легкія формы параметрита, при которыхъ экссудатъ скоро ограничивается, не имѣетъ наклонности къ нагноенію и быстро всасывается; предсказаніе здѣсь очень благопріятно. Съ другой стороны, существуютъ формы, въ которыхъ процессъ имѣетъ большую наклонность къ дальнѣйшему распространенію; прекратившись въ одномъ мѣстѣ, флегмона появляется въ другомъ, часто безъ всякой погрѣшности со стороны больной, и такимъ образомъ она можетъ обойти значительную часть таза, причемъ, конечно, продолжается и лихорадка; предсказаніе и здѣсь также въ большинствѣ случаевъ еще благопріятно, хотя процессъ тянется очень долго

и бывает сопряженъ съ болѣе значительнымъ истощеніемъ силъ; предсказаніе зависитъ именно оттого, могутъ ли силы больной продержаться достаточно долгое время; въ большинствѣ этихъ случаевъ я наблюдалъ переходъ въ выздоровленіе, не смотря на то, что лихорадка продолжалась 4—6 недѣль. Наконецъ, въ другихъ случаяхъ существуетъ большая склонность къ гнойному размягченію; уже на 3-й недѣль можетъ появиться нагноеніе, и образовавшійся абсцессъ можетъ прорваться въ мочевой пузырь или въ кишечный каналъ; но иногда для этого требуется 8—10 недѣль, особенно если абсцессъ прорывается по направлению къверху, надъ Пупартовою связкою или въ подвздошной впадинѣ. Предсказаніе и здѣсь въ большинствѣ случаевъ еще благопріятно, если только силы больной удовлетворительны и если мы при изслѣдованіи избѣгаемъ неосторожныхъ манипуляцій, которыя могутъ повлечь за собою абсолютно смертельное прободеніе абсцесса въ полость брюшины.

Рѣдко въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни развивается пиэмія, особенно при послѣдовательномъ заболѣваніи венъ, и тогда дѣло можетъ дойти до пиэмическихъ абсцессовъ въ легкихъ, печени, почкахъ, или до пиэмического лептоменингита, со смертельнымъ исходомъ.

Такъ какъ при легкихъ формахъ параметрита, оканчивающихся всасываніемъ, были найдены *Витт*'омъ тѣ же стрептококки, какіе встрѣчаются при самыхъ тяжелыхъ формахъ ихорозной септицемической флегмоны, и такъ какъ въ другихъ случаяхъ были находимы даже стафилококки, то въ настоящее время еще не можетъ быть рѣчи объ этиологической классификаціи по отдѣльнымъ видамъ микробокковъ. Предсказаніе, повидимому, въ большей мѣрѣ зависитъ отъ количества и степени вирулентности микробокковъ, проникшихъ въ систему кровообращенія.

§ 88. *Лѣченіе*. Профилактика — та же самая, какъ и по отношенію къ послѣдовымъ заболѣваніямъ вообще.

Если флегмона уже появилась, то первая напѣ задача — воспрепятствовать дальнѣйшему распространенію процесса, потому что здѣсь мы не можемъ немедленно разрушить ядъ на мѣстѣ его проникновенія въ организмъ, какъ это дѣлается при хирургическихъ ранахъ. Слѣдовательно, мы должны строжайшимъ образомъ предписать, чтобы больная соблюдала абсолютный покой и чтобы она ни въ какомъ случаѣ не садилась и не приподнималась въ постели; кромѣ того, не должно беспокоить больную переменною постельнаго бѣлья и нужно соблюдать величайшую осторожность при пережѣвѣ подушекъ. Если больная жалуется, что ей неудобно лежать, то необходимо какъ можно скорѣе положить ее на подушку, наполненную воздухомъ или водою. Бедра должны лежать спокойно, но при этомъ все-таки полезно два раза въ день производить осторожныя сгибанія и разгибанія, чтобы избѣжать первичнаго тромбоза. Дальнѣйшему распространенію процесса всего лучше можно воспрепятствовать, положивъ на животъ 1 или 2 пузыря со льдомъ, которые не должны быть слишкомъ наполнены, такъ

какъ при явленіяхъ перитонита больныя не выносятъ слишкомъ тяжелыхъ пузырей. Для того чтобы защитить кожу живота отъ влажнаго холода, подкладывается подъ пузырь со льдомъ сухой платокъ или гуттаперчевая бумага. Пузырь прикладывается до тѣхъ поръ, пока это пріятно больной; въ нѣкоторыхъ случаяхъ я прикладывалъ пузырь со льдомъ въ теченіе 10—14 дней. У очень малокровныхъ больныхъ требуется осторожность, чтобы не отморозить брюшныхъ крововъ; это можетъ быть предотвращено, если нѣсколько разъ въ день дѣлать перемежки на  $\frac{1}{4}$  часа. Пузырь со льдомъ, конечно, долженъ быть удаленъ, какъ только появились первые признаки начинающагося ознобленія брюшныхъ крововъ, а именно—краснота, потеря чувствительности и очень твердая инфильтрація.

Если пузырь со льдомъ, по своей тяжести, не выносится больною, то мы прикладываемъ къ животу въ первое время ледяные компрессы, а впоследствии холодныя примочки, которые вначалѣ перемѣняются черезъ каждый часъ, а затѣмъ лишь 2—3 раза въ день. Въ концѣ второй или началѣ третьей недѣли мы переходимъ къ примѣненію тепла, назначая или Присницевскіе компрессы, которые можно сразу прикладывать теплыми, или припарки, такъ какъ въ этой формѣ достигается гораздо болѣе сильное дѣйствіе теплоты; припарки тѣмъ болѣе цѣлесообразны, если имѣется въ виду достигнуть размягченія опухоли и вызвать нагноеніе.

Мѣстное дезинфицирующее лѣченіе въ началѣ параметрита должно ограничиваться рукавными душами, повторяемыми черезъ каждые два часа (растворъ карболовой кислоты 1 : 100 или растворъ сулемы 1 : 4000), такъ какъ само собою разумѣется, что невозможно разрушить ядь, проникшій уже въ околوماتочную клѣтчатку.

Иногда, особенно если вначалѣ еще не установленъ дифференціальный діагнозъ между эндометритомъ и параметритомъ, бываетъ трудно рѣшить вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли при зловонномъ выдѣленіи изъ матки сдѣлать промываніе ея полости, или нѣтъ.

Если при высокой лихорадкѣ и зловонномъ выдѣленіи еще не существуетъ въ околوماتочной клѣтчаткѣ ясно прощупываемаго экссудата, то мы можемъ совершенно спокойно сдѣлать промываніе полости матки, соблюдая при этомъ вышеуказанныя предосторожности. Но какъ только констатировано присутствіе экссудата, промываніе полости матки противопоказано, хотя бы даже при разлагающемся послѣродовомъ очищеніи. Въ этомъ случаѣ мы ограничиваемся выпрыскиваніями во влагалище.

Если существуетъ дизурія, то необходимо вводить катетеръ, и ни въ какомъ случаѣ нельзя дозволить больной, чтобы она садилась въ постели для опорожненія мочевого пузыря. Насчетъ слабительныхъ средствъ необходимо быть осторожнымъ; если діагнозъ параметрита несомнѣненъ

или даже только вѣроятнѣе, то мы должны подождать съ назначеніемъ слабительнаго до тѣхъ поръ, пока процессъ не локализовался; въ особенности при осложненіи симптомами перитонита нецѣлесообразное назначеніе слабительнаго можетъ значительно ухудшить всю картину болѣзни. Если уже необходимо назначить слабительное, то лучше всего дать касторовое масло, стаканъ горькой воды (Franz-Josefsquelle) или валомель (0,3—0,5 грм.). При явленіяхъ перитонита я охотнѣе назначаю 15 капель Tinct. Opii, внутрь или въ клистирѣ.

Втиранія въ животъ ртутной мази или другихъ мазей, способствующихъ всасыванію, были прежде очень употребительны, но я давно уже отъ нихъ отказался, такъ какъ считаю ихъ опасными въ виду того, что они производятъ сотрясеніе и перемѣщеніе содержимаго брюшной полости. Впрочемъ, *Kehrer* горячо рекомендуетъ эти втиранія.

Точно также и къ мѣстнымъ кровоизвлеченіямъ намъ рѣдко придется прибѣгать. Хотя я много лѣтъ тому назадъ видалъ случаи, гдѣ при очень сильной болѣзненности оказывалось полезнымъ приставленіе 10—12 пиявокъ къ паховой области, но съ тѣхъ поръ мнѣ не приходилось болѣе прибѣгать къ этому средству.

Внутреннія лѣкарственные средства въ большинствѣ случаевъ излишни. Прежде всего я долженъ предостеречь отъ шаблоннаго примѣненія жаропонижающихъ средствъ. Въ высшей степени нелѣпо давать жаропонижающія средства при всякомъ повышеніи температуры на  $\frac{1}{2}$ — $1^{\circ}$ , какъ мнѣ часто приходилось это видѣть въ консультаціонной практикѣ. Для врача это представляетъ въ началѣ болѣзни то неудобство, что ступеневывается ея картина и такимъ образомъ теряется возможность сдѣлать вѣрное предсказаніе. Больнымъ эти противулихорадочныя средства не приносятъ никакой пользы, такъ какъ понизить температуру удается лишь на короткое время, и она всякій разъ немедленно опять повышается; съ другой стороны, я довольно часто имѣлъ случай убѣдиться въ томъ, что родильницы удивительно хорошо переносятъ лихорадку по цѣлымъ недѣлямъ и мѣсяцамъ.

Я не хочу здѣсь вдаваться въ разсмотрѣніе спорнаго вопроса, представляетъ ли лихорадка нѣчто необходимое для того, чтобы сдѣлать безвредными проникшіе въ организмъ возбудители гніенія и воспаления, но долженъ вполнѣ присоединиться къ мнѣнію большинства специалистовъ на гинекологическомъ конгрессѣ въ Мюнхенѣ и вмѣстѣ съ ними признать, что жаропонижающія средства здѣсь не только бесполезны, но и вредны, такъ какъ разстраиваютъ аппетитъ и пищевареніе.

При чрезмѣрномъ повышеніи температуры (до  $40^{\circ}$  и болѣе) мы должны для пониженія ея назначить холодныя обмыванія водою съ уксусомъ, но лучше всего большіе холодныя компрессы на всю переднюю поверхность тѣла, а въ видѣ исключенія можно дать одинъ приемъ антифебрина (0,2—0,3 грм.) или фенацетина (0,5 грм.).



При сильныхъ боляхъ, если пузырь со льдомъ оказывается недостаточно для ихъ успокоенія, мы даемъ небольшіе приемы морфія (0,015 грм. въ порошокъ или 0,02 грм. въ видѣ суппозиторія), или назначаемъ кодеинъ (0,03 грм. pro dosi). Подкожныхъ впрыскиваній морфія слѣдуетъ избѣгать у больныхъ, къ нимъ непривычныхъ, такъ какъ они легко вызываютъ рвоту. Поэтому еще благоприятѣе морфія обыкновенно дѣйствуетъ опій въ видѣ суппозиторія (Extr. Opii 0,05 — 0,08 : Ol. Sasaо 2,0), или клистирь изъ 15 — 20 капель настойки опія на 2 столовыя ложки воды.

§ 89. Большое значеніе имѣетъ надлежащее питаніе больныхъ параметритомъ. До тѣхъ поръ, пока продолжается лихорадка, слѣдуетъ давать исключительно жидкую пищу; но такъ какъ всегда нужно рассчитывать на большую продолжительность болѣзни, то и жидкая пища должна быть съ самаго начала очень питательна: молоко, въ чистомъ видѣ или вмѣстѣ съ кофе, какао, чаемъ, — бульонъ съ яйцомъ или безъ яйца, крѣпкій супъ съ рисомъ; ячвеною крупною и т. д. съ прибавленіемъ мяснаго экстракта и пептона (но не въ слишкомъ большомъ количествѣ, для того чтобы вкусъ не былъ для больной неприятенъ), или, наконецъ, чисто выжатый мясной сокъ. Съ самаго начала полезно давать крѣпкія вина, въ особенности такія, которыя не производятъ запора, а именно: портвейнъ, хересъ, марсала, греческія вина, токайское, ромъ или коньякъ, послѣдній лучше всего въ видѣ грога, съ прибавленіемъ яичнаго желтка (1 желтокъ на 60,0 грм. Spig. sacch.), затѣмъ — крѣпкія Рейнскія или Мозельскія вина, или шампанское.

Прибѣгать къ ваннамъ при простомъ параметритѣ и тазовой флегмонѣ я никогда не могъ рѣшиться, такъ какъ мнѣ казалось, что гораздо болѣе важное значеніе здѣсь имѣетъ абсолютный покой; но при тяжелыхъ септицемическихъ формахъ дѣло представляется, какъ показалъ *Runge*, въ нѣсколько иномъ видѣ, такъ какъ въ этихъ случаяхъ всего важнѣе поддержать способность организма къ противодѣйствию.

Если экссудатъ переходитъ въ нагноеніе, то образъ дѣйствій врача будетъ различенъ, смотря по мѣстоположенію абсцесса. Если послѣдній прорывается въ мочевой пузырь, то обыкновенно уже за нѣсколько дней раньше обнаруживаются расстройства со стороны пузыря, и затѣмъ внезапно появляется въ мочѣ большое количество гноя. Выдѣленіе гноя обыкновенно продолжается 1 — 2 дня и затѣмъ быстро прекращается. Промывать мочевой пузырь только потому, что въ него прорвался абсцессъ, было бы положительно нецѣлесообразно, и только тогда, когда послѣ прободенія абсцесса долго продолжается нагноеніе и когда въ виду этого представляется вѣроятнымъ присутствіе гнойнаго цистита, были бы умѣстны антисептическія промыванія пузыря чрезъ катетеръ à double courantъ растворомъ салициловой кислоты (1 : 1200). Обыкновенно, повидимому, доступъ изъ мочевого пу-

зѣря въ полость абсцесса бываетъ загражденъ нѣкоторымъ подобіемъ клапана, такъ что никакой инфильтраціи мочею не происходитъ. То же самое относится и къ прободенію абсцесса въ кишечный каналъ. Въ этомъ случаѣ изливается чрезъ кишечникъ большое количество зловоннаго гноя, обыкновенно при внезапномъ паденіи лихорадки; отверстіе сидитъ обыкновенно такъ высоко, что добраться до него снизу невозможно; но, во всякомъ случаѣ, промыванія полости абсцесса, находящейся по сосѣдству съ кишкою, могли бы скорѣе причинить вредъ.

Если экссудатъ уже близокъ къ тому, чтобы прорваться наружу въ паховой области или въ подвздошной впадинѣ, то полезно предупредить самопроизвольное прободеніе абсцесса и сдѣлать разрѣзъ, какъ только появилось ясное зыбленіе; послѣ разрѣза мы вставляемъ 1—2 дренажа или полоски іодоформной марли, чтобы поддерживать полость абсцесса открытою. Гной, опорожняющійся въ этомъ мѣстѣ, часто бываетъ очень зловоннымъ, благодаря близкому сосѣдству кишки; но, не смотря на то, полость абсцесса при правильномъ хирургическомъ лѣченіи вскорѣ закрывается. Наложить противоотверстіе въ большинствѣ случаевъ бываетъ невозможно; промываніе полости скорѣе причиняетъ вредъ; стѣнки ея въ большинствѣ случаевъ быстро приходятъ между собою въ соприкосновеніе, благодаря внутрибрюшному давленію. Если размягченіе происходитъ гдѣ нибудь соотвѣтственно влагалищу, то можно предпослать пробный проколь троакаромъ и расширить отверстіе пуговчатымъ ножомъ. Если полость очень велика, то послѣ разрѣза вставляется дренажъ съ поперечной перекладиной; но если полость менѣе велика, то достаточно выдолбить ее іодоформною марлею. Вскрытія абсцесса чрезъ кишку слѣдуетъ по возможности избѣгать. Напротивъ того, уже нѣсколько разъ производилось вскрытіе тазовыхъ абсцессовъ послѣ предварительной резекціи крестца, какъ это предложилъ *Kraske*. Если абсцессъ помѣщается очень низко, близъ тазоваго выхода, то въ такомъ случаѣ иногда бываетъ цѣлесообразно, разрѣзавъ кожу, проникнуть въ *sacrum ischio-rectale*, а затѣмъ, разрѣзавъ мышцу, поднимающую задній проходъ, пройти дальше вверхъ.

При очень глубоко сидящихъ параметральныхъ экссудатахъ, особенно, когда существовало осложненіе пельвеоперитонитомъ, *Wiedow* вскрывала абсцессъ въ два приѣма; такимъ образомъ лучше удается предотвратить раненіе брюшины.

Случается не очень рѣдко, что при продолжительной лихорадкѣ и обширномъ экссудатѣ мы ожидаемъ прободенія абсцесса, а между тѣмъ всѣ наши старанія отыскать размягченное мѣсто, въ которомъ могъ бы прорваться абсцессъ, оказываются тщетными. Дѣло въ томъ, что прободеніе абсцесса часто не наступаетъ даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ оно повидимому казалось очень близкимъ, и тогда возникаетъ вопросъ, слѣдуетъ ли сдѣлать разрѣзъ наудачу, хотя бы нигдѣ и не было яснаго зыбленія; вообще, конечно, этого не слѣдуетъ дѣлать, и только при очень сильныхъ

лихорадочныхъ явленіяхъ, особенно когда они имѣютъ септической характеръ, можно еще уклониться отъ обычнаго правила и сдѣлать снаружи пробную аспирацію Правацовскимъ шприцомъ, а затѣмъ продолжать операцію, смотря по результатамъ, которые при этомъ были получены.

Если экссудатъ просуществовалъ уже долгое время, а между тѣмъ не наступаетъ опорожненія гноя, то въ большинствѣ случаевъ терпѣніе врача и самой больной подвергается тяжкому испытанію. Обыкновенно здѣсь причиняется чрезвычайно много вреда тѣмъ, что больныя очень рано принимаютъ сидячее положеніе и встаютъ съ постели; врачъ долженъ давать на это свое разрѣшеніе только тогда, когда уже исчезли послѣдніе остатки экссудата. Я видѣлъ нѣсколько случаевъ, гдѣ больныя платились своею жизнью за отступленіе отъ этого правила. Но, конечно, со стороны врача здѣсь требуется большая настойчивость, чтобы, опираясь на свой опытъ и на тщательное изслѣдованіе даннаго случая, удержать въ постели иногда еще въ продолженіе нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ такую больную, которая во всѣхъ отношеніяхъ чувствуетъ себя уже здоровою. Если больная встаетъ съ постели слишкомъ рано, т. е. прежде чѣмъ исчезли послѣдніе остатки экссудата, то остатки эти даютъ по временамъ небольшія обостренія, и женщина часто хвораетъ всю свою жизнь.

Слѣдовательно, дѣло идетъ здѣсь о томъ, чтобы горизонтальное положеніе строго соблюдалось не только тогда, когда еще существуетъ лихорадка, но и по прекращеніи лихорадки оно должно соблюдаться еще долгое время, пока не наступитъ полное всасываніе экссудата.

Для того чтобы способствовать всасыванію экссудата, прикладываются къ животу влажно-теплыя примочки, иногда съ прибавленіемъ Крейцнахскаго маточнаго разсола (2 стол. ложки на 1 стаканъ воды); но количество этого послѣдняго не должно быть слишкомъ велико, такъ какъ можетъ появиться упорная экзема. Съ этою же цѣлью можно прибавлять припарки, а въ позднѣйшемъ періодѣ болѣзни смазывать больную сторону живота черезъ каждые два дня іодною настойкою (Tinct. Jodi и Tinct. Gallagum aa). Затѣмъ, дней черезъ 8 послѣ паденія лихорадки, можно приступить къ горячимъ впрыскиваніямъ во влагалище, начиная съ 28° и постепенно восходя до 40° R.; вмѣсто этихъ впрыскиваній можно ставить клистиры изъ горячей воды. Къ лѣченію ваннами можно приступить лишь въ послѣдствіи, примѣрно черезъ 14 дней по прекращеніи лихорадки; но если еще существуетъ экссудатъ, то и въ это время бываетъ необходимо сажать и вынимать больную изъ ванны.

За дѣйствіемъ вервыхъ ваннъ нужно слѣдить съ помощью термометра. Послѣ нѣсколькихъ ваннъ можно прибавлять къ водѣ 10—30 литровъ разсола или 5—10 фунтовъ морской соли, вмѣстѣ съ которою, для усиленія дѣйствія, иногда еще прибавляется 1—2 литра Крейцнахскаго маточнаго разсола. Въ самой ваннѣ полезно дѣлать продолжи-

тельными тепловатыя промыванія влагалища 6—10 литрами жидкости, приче́мъ однако́ слѣдуетъ избѣгать слишкомъ соленого раствора. Сидячія ванны не должны быть назначаемы, такъ какъ больная при этомъ вынуждена принимать неудобное положеніе тѣла.

Вообще экссулаты, величиною до кулака, часто всасываются паразитально быстро. Если процессъ идетъ слишкомъ медленно, то для ускоренія его можно смазывать влагалищную часть матки и сводъ влагалища іодною настойкою, вводить во влагалище тампоны, пропитанные растворомъ іода въ глицеринѣ (Jodi 0,4 и Kalii jodat. 4,0: Glycer. 100,0), или назначить іодъ въ видѣ суппозиторіевъ (Jodi 0,01 и Kalii jodat. 0,1: Ol. Casao 2,0), вставляемыхъ во влагалище или въ прямую кишку.

§ 90. Относительно лѣченія экссулатовъ по очень любимому въ настоящее время методу *Thure-Brandt'* а я еще не имѣю достаточныхъ наблюденій. Во всякомъ случаѣ, здѣсь требуется большая осторожность. Изъ опыта извѣстно, что уже сидячаго положенія или вставанія съ постели часто бываетъ достаточно для того, чтобы вновь вызвать лихорадку, давно прекратившуюся; это доказываетъ, что уже активныхъ движеній тѣла достаточно для того, чтобы болѣзнетворные микроорганизмы, находившіеся въ замкнутой полости, были механически выдавлены изъ нея въ сосѣднюю здоровую клѣтчатку и чтобы они, понавѣ такимъ образомъ въ новую питательную среду, вызвали свѣжее обостреніе процесса. И дѣйствительно, самъ *Brandt* высказывается по этому поводу съ большою осторожностью. Онъ выставляетъ на видъ, что, прежде чѣмъ приступить къ лѣченію, необходимо самымъ тщательнымъ образомъ удостовѣриться насчетъ состоянія экссудата, такъ какъ при существованіи абсцесса лѣченіе это можетъ подать поводъ къ изліянію гноя въ брюшную полость. Далѣе, лѣченіе это, согласно *Brandt'*у, должно быть исключительно отвлекающее, т. е. должно состоять изъ активныхъ мышечныхъ движеній спины и конечностей, тогда какъ брюшныя мышцы должны оставаться пассивными; кромѣ того, въ области самаго экссудата, одинъ разъ въ день и никакъ не болѣе двухъ разъ, производятся легкія круговыя растиранія, съ постепеннымъ усиленіемъ и ослабленіемъ давленія, приче́мъ больная лежитъ въ такомъ же положеніи, какъ при операциі камнеобтѣченія. Дальнѣйшія указанія, дѣлаемая *Brandt'*омъ, свидѣтельствуютъ о большой его осторожности, которую онъ при этомъ лѣченіи экссулатовъ считаетъ необходимою, такъ какъ въ противномъ случаѣ хроническій процессъ легко можетъ опять превратиться въ чрезвычайно острый.

Если затѣмъ *Brandt* заявляетъ, что лѣченіе хроническихъ экссулатовъ продолжается долгое время, что оно обыкновенно требуетъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ, то это показываетъ, что результаты лѣченія массажемъ не особенно рѣзко бросаются въ глаза.

Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ я примѣнялъ при экссудатахъ лѣченіе массажемъ, появлялись такія сильныя боли, что больныя вскорѣ

начинали чрезвычайно бояться этого лѣченія и отказывались отъ него. Во всякомъ случаѣ, лѣченіе массажемъ должно быть поручаемо только очень опытнымъ въ этомъ дѣлѣ рукамъ.

Осложненія параметрита — флегмона бедра или гораздо чаще встрѣчающіеся тромбозы венъ — лѣчатся по тѣмъ же правиламъ. Приподнятое положеніе больной конечности, съ умѣреннымъ сгибаніемъ въ тазобедренномъ и колѣнномъ сочлененіяхъ, составляетъ здѣсь первое условіе. При настоящей флегмонѣ настоятельно необходимъ пузырь со льдомъ. Если же дѣло идетъ о послѣдовательномъ тромбозѣ венъ, то полезно по направленію ихъ прикладывать холодные компрессы, которые впоследствии замѣняются теплыми; втиранія ртутной мази и вообще всякое механическое сотрясеніе конечности я считаю чрезвычайно опасными, въ виду того, что можетъ быть вызвана эмболія; укладываніе конечности и перемѣна ея положенія должны производиться одновременно двумя лицами, съ величайшею осторожностью.

Для послѣдовательнаго лѣченія пригодны всякаго рода ванны, сильно возбуждающія дѣятельность кожи, т. е. разсолныя и грязевыя ванны, а иногда также индифферентныя термы. Здѣсь необходима только та предосторожность, чтобы лѣченіе ваннами не назначалось слишкомъ скоро вслѣдъ за родильнымъ періодомъ; нужно также избѣгать часто дѣлаемой ошибки, состоящей въ томъ, что больныя сильно напрягаютъ свои мышцы большими прогулками, вслѣдствіе чего незначительные остатки экссудата часто вызываютъ новое ухудшеніе процесса.

Изъ разсолныхъ источниковъ наиболѣе цѣлесообразны Kreuznach, Münster, Kissingen, Nauheim, различныя Тюрингенскія воды, затѣмъ Rheinfelden, Ischl, Berchtesgaden, Reichenhall, Jagstfeld, Hall, Donaueschingen и др. Для лѣченія грязевыми ваннами можно посылать больныхъ во Franzensbad, Elster, Schwalbach или Kissingen. Такъ какъ многія больныя страдаютъ малокровіемъ вслѣдствіе большой продолжительности родильнаго періода, то очень полезно назначать для внутренняго употребленія имѣющіяся во многихъ изъ этихъ курортовъ желѣзистыя воды. Наконецъ, изъ индифферентныхъ термъ, дѣйствующихъ во всякомъ случаѣ слабѣе, я назову Teplitz, Wildbad, Ragaz и Gastein.

Я могу только настоятельно поддержать совѣтъ, даваемый *Fritsch* емъ въ его руководствѣ къ женскимъ болѣзнямъ, а именно, чтобы всякая подобная больная была направляема къ опытному врачу, практикующему въ данномъ курортѣ; ложная экономія часто бываетъ причиною того, что больная извлекаетъ мало пользы изъ своего лѣченія на минеральныхъ водахъ.

---

## ГЛАВА X.

### 4. Peritonitis puerperalis.

#### Общее воспаление брюшины.

§ 91. Хотя общій послѣродовой перитонитъ бываетъ въ большинствѣ случаевъ лишь симптомомъ лимфатической формы родильной горячки, т. е. септицеміи, но такъ какъ нерѣдко при этомъ картина перитонита преобладаетъ настолько, что заболѣванія другихъ органовъ отступаютъ на второй планъ, то въ виду практическихъ соображеній оправдывается отдѣльное описаніе перитонита, наряду съ послѣродовымъ эндометритомъ и параметритомъ.

Общій перитонитъ есть воспаление всей брюшины, паріетальной и висцеральной, выстилающей какъ малый, такъ и большой тазъ. А такъ какъ поверхность всей брюшины приблизительно равна поверхности кожи, то для насъ становится понятною серьезность этого заболѣванія.

Самою частою причиною этой наиболѣе губительной формы перитонита бываетъ зараженіе во время родовъ. Заразное начало, конечно, чаще всего проникаетъ чрезъ мелкія поврежденія шейки въ лимфатическіе сосуды матки и параметрія, а изъ этихъ сосудовъ оно очень быстро попадаетъ на свободную поверхность брюшины. Въ другихъ случаяхъ первичнымъ явленіемъ бываетъ септический эндометритъ, въ томъ числѣ и *endometritis colli* послѣ очень продолжительныхъ трудныхъ родовъ при узкомъ тазѣ съ сильнымъ разможеніемъ шейки, особенно, если тѣмъ временемъ наступила смерть плода и если онъ подвергся разложенію; отъ этого эндометрита злокачественный отекъ быстро распространяется на всю соединительную ткань матки, на рыхлую подсерозную клетчатку параметрія и отсюда на брюшину. Въ третьемъ рядѣ случаевъ воспалительный процессъ переходитъ со слизистой оболочки матки на слизистую оболочку Фаллопиевыхъ трубъ (*salpingitis*), а отсюда, чрезъ *ostium abdominale*,—на брюшину;—это есть тотъ самый путь, которымъ такъ часто возникаетъ трипперное зараженіе брюшины. Въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ перитонитъ происходитъ влѣдствіе разрыва *pyosalpinx'a*, пuerperального абсцесса яичника, или пельвеоперитонитическаго либо параметрального абсцесса, съ изліяніемъ гноя въ свободную полость брюшины. Слѣдовательно, мы можемъ, какъ это дѣлаетъ *Kehrer*, различать восходящій перитонитъ (*peritonitis ascendens*) или, вѣрнѣе, перитонитъ, являющійся путемъ распространенія, и гораздо болѣе рѣдкія формы трубнаго перфоративнаго перитонита; кромѣ того, можно было бы еще различать метастатическій перитонитъ, развивающійся иногда въ теченіи пѣміи.

§ 92. *Патологическая анатомія.* Въ самыхъ раннихъ стадіяхъ общаго перитонита серозная оболочка кишекъ и паріетальная брюшина

представляются розоватыми вслѣдствіе инъекціи сосудовъ, особенно въ маломъ тазу, и имѣютъ гладкую блестящую поверхность; затѣмъ въ скоромъ времени поверхность брюшины становится помутнѣвшею, шероховатою, утолщенною, инъекція сосудовъ (особенно на поверхности кишекъ) — неравномѣрною, пятнистою, на паріетальной и висцеральной брюшинѣ отлагаются нѣжные хлопья фибрина, сначала сѣрые, а впослѣдствіи принимающіе болѣе желтоватый оттѣнокъ, а въ полость брюшины изливается обильный выпотъ.

Экссудатъ, количество котораго составляетъ не менѣе  $\frac{1}{2}$ —1 литра, но можетъ доходить до 3—4 литровъ и еще болѣе, бываетъ въ относительно доброкачественныхъ случаяхъ сначала чисто-серознымъ, затѣмъ фибринозно-гноиннымъ, а въ другихъ случаяхъ — водянисто-гноиннымъ. Преимущественно въ отлогихъ боковыхъ мѣстахъ брюшной полости, но также и въ Дугласовомъ пространствѣ малаго таза, мы находимъ мутный экссудатъ, смѣшанный съ хлопьями фибрина, а въ самыхъ глубокихъ мѣстахъ иногда оказывается чистый густой гной. Между петлями кишекъ, но также на поверхности печени и подъ грудобрюшной преградой, находятся желтыя, клочковатыя фибринозныя массы, которыя содержатъ обильное количество гнойныхъ тѣлецъ и при посредствѣ которыхъ органы иногда уже въ раннемъ періодѣ болѣзни склеиваются между собою; въ мѣстахъ этого склеиванія характеристичны красныя полосы инъцированныхъ сосудовъ. Кишки инъцированы неравномѣрно, представляясь блѣдными въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ онѣ уплощены вслѣдствіе взаимнаго сдавливанія; кромѣ того, онѣ сильно вздуты газами, въ особенности — толстыя кишки.

При болѣе неблагоприятныхъ формахъ перитонита образуется, благодаря болѣе или менѣе обильной примѣси крови, водянистый, буроватый, грязный, сильно вонючій экссудатъ, причѣмъ, по *Klob*'у, воспалительныя явленія всего сильнѣе бываютъ выражены на серозномъ покровѣ половыхъ органовъ. При такомъ свойствѣ экссудата рѣдко дѣло доходитъ до выдѣленія фибрина и склеиванія органовъ между собою. Эта форма, по *Birch-Hirschfeld*'у, чаще всего присоединяется къ обширному гангренозному разрушенію матки и ея придатковъ. Въ экссудатѣ при серозно-фибринозномъ, а также гѣморрагическомъ и ихорозномъ перитонитѣ самыми различными изслѣдователями были найдены цѣпочки пиогеннаго стрептококка.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ перитонитъ, первоначально общій, ограничивается и принимаетъ хроническое теченіе; фибринозно-гноинныя скопленія инкапсулируются, гной подвергается жировому перерожденію или всасывается; въ другихъ же случаяхъ, при продолжающемся нагноеніи и значительномъ истощеніи силъ, дѣло впослѣдствіи доходитъ до прободенія инкапсулированнаго гнойнаго фокуса въ кишечный каналъ или наружу.

Съ давнихъ поръ очень важная роль въ этихъ процессахъ приписы-

вадась измѣненіямъ лимфатическихъ сосудовъ; еще *Cruveilhier* описалъ рѣзкія измѣненія ихъ при этой формѣ родильной горячки.

Въ связи съ послѣдовымъ метритомъ и эндометритомъ, чрезвычайно часто встрѣчается при перитонитѣ тромбозъ лимфатическихъ сосудовъ матки, а нѣкоторыми авторами было еще описано, наряду съ этимъ тромбозомъ, воспаленіе лимфатическихъ сосудовъ (*lymphangitis*).

Впрочемъ, связь между этими заболѣваніями состоитъ въ большинствѣ случаевъ навѣрно не въ томъ, чтобы именно вслѣдствіе воспаленія лимфатическихъ сосудовъ матки появлялся тромбозъ, благодаря которому сосуды эти въ боковыхъ стѣнкахъ матки и подъ ея серознымъ покровомъ бывають иногда сильно переполнены, какъ это видно на извѣстномъ рисункѣ въ знаменитомъ атласѣ *Cruveilhier* (см. учебникъ *Zweifel*'я). *Virchow*, въ противоположность *Hecker*'у и *Buhl*'ю, указалъ на то, что здѣсь имѣется дѣло не съ первичнымъ воспаленіемъ лимфатическихъ сосудовъ, а съ первичнымъ тромбозомъ, который, правда, стоитъ въ связи съ пуэрперальной флегмоной и опасность котораго обусловлена опасностью этой послѣдней болѣзни. Въмѣстѣ съ тѣмъ *Virchow* давно уже, за долгое время прежде, чѣмъ стало извѣстно, что въ основѣ этой болѣзни лежатъ тѣ же микрококки, которыми вызывается подкожная флегмона, указалъ на сходство обоихъ процессовъ и далъ пуэрперальной флегмонѣ названіе «*erysipelas puerperale malignum internum*». Тромбозъ лимфатическихъ сосудовъ можетъ распространиться за предѣлы малаго таза на сосуды большаго, иногда даже въ грудной лимфатическій протокъ, или, чрезъ отверстія (*stomata*) въ брюшинномъ покровѣ диафрагмы, перейти на плевру и сердечную сорочку.

Соотвѣтствуютъ ли различнымъ формамъ перитонита различные виды бактерий, — это мнѣ кажется еще подлежащимъ большому сомнѣнію; до сихъ поръ, по крайней мѣрѣ, при самыхъ различныхъ формахъ, доброкачественныхъ и злокачественныхъ, были въ большинствѣ случаевъ находимы исключительно стрептококки, а иногда, наряду съ ними, сапрофиты и стафилококки (*E. Fränkel*). Во время одной маленькой эпидеміи, описанной *Pfannenstiel*'емъ изъ клиники *Fritsch*'а, были находимы въ органахъ и въ метастатическихъ гнѣздахъ микрококки, которые, не смотря на все свое сходство съ пиогеннымъ и рожистымъ стрептококками, представляли однако нѣкоторыя существенныя отличія. Въ настоящее время еще очень невѣроятно, чтобы въ близкомъ будущемъ оказалось возможнымъ различать отдѣльныя формы перитонита по отдѣльнымъ видамъ инфицирующихъ бактерий. Послѣ того какъ *Grawitz* показалъ, что гнойныя бактеріи могутъ быть введены въ полость брюшины и не вызвать перитонита, дѣло имѣетъ такой видъ, что, помимо количества и степени вирулентности поступившихъ бактерий, возникновеніе той или другой формы перитонита существенно еще зависитъ отъ состоянія самой брюшины. Поэтому понятно, что если вслѣдъ за продол-



жительнымъ и сильнымъ сдавливаніемъ дѣло доходить до разрыва релі-  
топей и поступления птомаиновъ вмѣстѣ съ излившеюся жидкостью въ  
полость брюшины, то организмъ можетъ быстро погибнуть отъ общей  
интоксикаціи прежде еще, чѣмъ успѣетъ развиваться тяжелый перитонитъ<sup>1)</sup>.

§ 93. *Симптомы.* Послѣродовой перитонитъ начинается въ боль-  
шинствѣ случаевъ медленно, исподоволь. Явственный потрясающій ознобъ  
въ началѣ болѣзни бываетъ рѣдко, если она развилась вслѣдствіе зара-  
женія во время родовъ; обыкновенно же замѣчается умѣренное позпабли-  
ваніе тотчасъ послѣ родовъ или еще въ первый либо второй день родиль-  
наго періода. Только въ случаяхъ остраго перфоративнаго перитонита,  
наступившаго вслѣдствіе прободенія гнойнаго фюкуса, мы видимъ яв-  
ственный потрясающій ознобъ. Болѣзнъ начинается обыкновенно въ 1-й  
или 2-й день родильнаго періода.

Лихорадка поднимается въ большинствѣ случаевъ медленно. При  
рѣзко выраженномъ перитонитѣ съ жидкимъ выпотомъ температура  
обыкновенно бываетъ менѣе высока, чѣмъ при параметритѣ безъ пораже-  
нія брюшины. Въ первый день температура часто достигаетъ всего  
38°,5 — 39°,0, а въ послѣдующіе дни она медленно поднимается, съ  
незначительными утренними ремиссіями или даже безъ таковыхъ, до 40°,0 Ц.

Если съ самаго начала присоединяется рѣзко выраженная флегмона  
подбрюшинной клѣтчатки, то въ такомъ случаѣ наблюдаются чрезвычайно  
высокія температуры. При перитонитѣ ремиссіи далеко не такъ значи-  
тельны, какъ при параметритѣ и эндометритѣ; въ самыхъ тяжелыхъ  
случаяхъ септического ихорознаго перитонита температура часто едва  
превышаетъ 38°, доходя въ нѣкоторые вечера до 38°,2 — 38°,5, и  
развѣ только въ послѣдніе часы передъ смертью она еще поднимается  
очень высоко. Я видѣлъ больныхъ, умиравшихъ отъ чрезвычайно  
остраго ихорознаго перитонита, у которыхъ температура ни разу не  
достигала 38°.

Существенную противоположность этому представляетъ состояніе  
пульса; его кривая съ самаго начала круто поднимается вверхъ. Между  
тѣмъ какъ при доброкачественныхъ заболѣваніяхъ наблюдается по утрамъ  
соотвѣтственно пониженію температуры уменьшеніе числа пульсовыхъ  
ударовъ, при общемъ перитонитѣ частота пульса по утрамъ не умень-  
шается, а въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ даже увеличивается. Частота  
пульса въ первый день болѣзни достигаетъ 80—90, затѣмъ обыкно-  
венно уже на второй день поднимается выше 100, а по истеченіи  
еще 2—5 дней, смотря по серьезности заболѣванія въ каждомъ данномъ

<sup>1)</sup> Появившаяся во время печатанія этой книги работа *Лавловскаго* (*Virch. Arch*,  
Vd. 117) подтверждаетъ вышесказанное новѣрніе, что въ основѣ различныхъ формъ  
перитонита не должны обязательно лежать различные микробы, но что одна и тѣ же  
носители инфекціи, смотря по степени зараженія, вызываютъ микстическую, гэморраги-  
ческую, фибринозно-гнойную или, наконецъ, въ самыхъ легкихъ случаяхъ—гнойную  
форму перитонита.

случаѣ, она доходить до 140—160 ударовъ въ минуту. При этомъ пульсъ уже въ раннемъ періодѣ болѣзни очень малъ, легко сжимаемъ, но совершенно правиленъ и никогда не бываетъ дикротиченъ; къ концу жизни онъ сжимается очень легко, а въ заключеніе становится настолько частымъ, что его нельзя сосчитать. Характеристичнымъ является быстрое поднятіе кривой пульса въ сравненіи съ медленно поднимающеюся кривою температуры; вслѣдствіе этого на температурныхъ таблицахъ, составленныхъ по приложенному образцу, уже очень рано получается перекрещиваніе кривой пульса съ кривою температуры, которому иные авторы справедливо даютъ названіе «смертнаго креста» и которое во всякомъ случаѣ представляетъ дурной прогностическій признакъ. Однако, нельзя утверждать, чтобы появленіе этого перекрещиванія всегда указывало на абсолютно смертельное предсказаніе; этотъ признакъ имѣетъ подобное значеніе главнымъ образомъ тогда, когда онъ обнаруживается уже при температурѣ 38°—39°.

Уже очень рано выступаютъ на первый планъ мѣстные симптомы перитонита. Такъ какъ перитонитъ рѣдко протекаетъ совершенно изолированно, а въ большинствѣ случаевъ ему сопутствуетъ или еще предшествуетъ острый метритъ, то первымъ симптомомъ бываетъ весьма замѣтная чувствительность матки при дотрогиваніи; очень скоро къ этому присоединяется чувствительность параметривъ, которая при быстромъ теченіи болѣзни обыкновенно распространяется отсюда вверхъ по всему животу. Хотя въ большинствѣ случаевъ наиболѣе чувствительными остаются части, лежащія ниже пупка, однако даже надчревная область при общемъ перитонитѣ можетъ сдѣлаться чувствительною къ самому легкому давленію. Если животъ въ то же время вздутъ, то иногда даже становится чувствительнымъ давленіе одѣяла; не только дотрогиваніе, но и всякое движеніе усиливаетъ боль, такъ что больныя тщательно избѣгаютъ малѣйшаго движенія и боятся даже приподниматься на подкладное

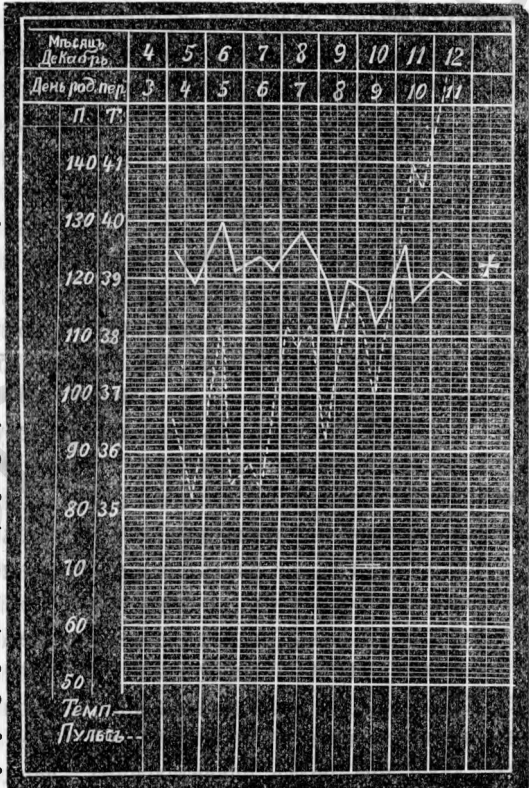


Рис. 23. Кривая № V. Peritonitis puerperalis septica.

жесткое. Если животъ въ то же время вздутъ, то иногда даже становится чувствительнымъ давленіе одѣяла; не только дотрогиваніе, но и всякое движеніе усиливаетъ боль, такъ что больныя тщательно избѣгаютъ малѣйшаго движенія и боятся даже приподниматься на подкладное

судно. Степень чувствительности бывает различна: въ случаяхъ самыхъ неблагоприятныхъ относительно предсказанія, чувствительность къ давлению и самопроизвольная болѣзненность часто бываютъ чрезвычайно ничтожны, но не потому, чтобы въ этихъ очень остро протекающихъ случаяхъ дѣло не доходило до обильнаго серознаго выпота, а повидимому потому, что при тяжелой септицеміи уже очень рано наступаетъ помраченіе сознанія, такъ что болевья ощущенія не воспринимаются, и больныя, даже наоборотъ, чувствуютъ себя вполне удовлетворительно. Поэтому и болѣзненность имѣетъ свое прогностическое значеніе; напр. при пельвеоперитонитѣ съ уже существующимъ или только угрожающимъ общимъ перитонитомъ сильная самопроизвольная болѣзненность представляетъ относительно благопріятный симптомъ, который указываетъ на начинающееся инкапсулированіе экссудата и локализованіе процесса.

При перитонитѣ почти всегда существуютъ отклоненія въ послѣродовомъ очищеніи; обыкновенно оно бываетъ разложившееся, зловонное, буроватаго или даже черноватаго цвѣта, а въ рѣдкихъ случаяхъ — очень водянистое, ѣдкое; количество его обыкновенно увеличено, а въ другихъ случаяхъ рѣзко уменьшено, и даже въ первые дни послѣ родовъ оно можетъ почти равняться нулю. Ёдкія разложившіяся лохи часто производятъ эритему наружныхъ половыхъ частей, промежности и бедеръ, которая при дурномъ уходѣ за больною и недостаточномъ соблюденіи чистоты можетъ быстро привести къ глубокимъ пролежнямъ. Въ то же время пурперальныя язвы обыкновенно бываютъ покрыты салынымъ, сѣроватымъ налетомъ.

Съ другой стороны, въ нѣкоторыхъ случаяхъ я видѣлъ даже при самой тяжелой формѣ перитонита поразительно ничтожныя количества послѣродоваго очищенія, которое въ остальныхъ отношеніяхъ макроскопически ничѣмъ не отличалось отъ нормальнаго.

Микроскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ при перитонитѣ присутствіе стрептококковъ въ маточныхъ ложахъ.

Перитонитическій выпоть обнаруживается при перкуссіи прежде всего въ отлогихъ мѣстахъ живота; но отъ точнаго опредѣленія его количества посредствомъ изслѣдованія при различныхъ положеніяхъ тѣла обыкновенно приходится отказаться, вслѣдствіе болѣзненности живота. Кромѣ того, даже при болѣе значительномъ скопленіи жидкости лишь рѣдко получается характерно вогнутая кверху фигура притупленія, какъ при брюшной водянкѣ, такъ какъ этому мѣшаетъ сильный метеоризмъ кишекъ.

Если количество выпота болѣе значительно, то и Дугласово пространство выпячено внизъ и представляетъ упругую консистенцію, воль скоро въ немъ не преобладаетъ плотный экссудатъ. Если процессъ продолжается уже болѣе долгое время, то скопленіе жидкости въ брюшной полости можетъ быть очень значительно, достигая нѣсколькихъ литровъ.

Воспалительный процесс уже очень рано переходит, какъ сказано выше, на серозную оболочку всего желудочно-кишечнаго канала. Мускулатура кишекъ парализуется вслѣдствіе серознаго пропитыванія, такъ что кишки уже очень рано вздуваются, и этотъ параличъ, захватывая въ скоромъ времени толстую кишку, быстро распространяется по всему животу. Впрочемъ, *Kehrer* справедливо обращаетъ вниманіе на то, что одного паралича кишечной мускулатуры недостаточно для объясненія метеоризма, часто достигающаго столь колоссальныхъ размѣровъ, но что здѣсь, вѣроятно, имѣютъ значеніе процессы разложенія и гніенія въ желудочно-кишечномъ каналѣ, которые происходятъ, быть можетъ, уже подъ вліяніемъ циркулирующихъ въ крови птомалиновъ и бактерій. Слѣдствіемъ этого паралича кишекъ является абсолютная задержка газовъ, которая можетъ быть до такой степени полною, что въ теченіе всей болѣзни, продолжающейся иногда 8 дней, газы совершенно не отходятъ, къ великому мученію больныхъ. Только при сильной рвотѣ по временамъ отходить съ громкимъ шумомъ немного газовъ, вслѣдствіе бурныхъ сокращеній брюшнаго пресса. Точно также отхожденіе небольшого количества газовъ иногда еще появляется въ раннемъ періодѣ болѣзни, если въ это время было дано слабительное. Больная сама вскорѣ обращаетъ вниманіе на это отсутствіе вѣтровъ, какъ на самый дурной признакъ, который сильно ее тревожитъ, и поэтому она, подобно врачу, привѣтствуетъ всякое отхожденіе вѣтровъ при наступающемъ улучшеніи, какъ благоприятный прогностическій симптомъ. Въмѣсто того чтобы отходить внизъ, газы проталкиваются антиперистальтическими движеніями вверху, такъ что частая отрыжка въ сопровожденіи метеоризма и задержки вѣтровъ уже очень рано характеризуетъ печальную въ прогностическомъ отношеніи картину перитонита. Спустя короткое время, дѣло уже не ограничивается простою отрыжкой безъ запаха и вкуса: вмѣстѣ съ газами отрыгаются изъ желудка сначала небольшія, а впослѣдствіи болѣе значительныя количества жидкости; съ 3-го дня болѣзни начинается обыкновенно сильная рвота съ жестокими болями, причемъ сначала извергается содержимое желудка — вода, слизь, принятая пища, — а когда въ желудкѣ уже ничего не осталось, потому что нѣкоторыя больныя въ виду постоянной рвоты отказываются отъ дальнѣйшаго приема пищи, то извергается содержимое тонкихъ кишекъ, и наступаетъ обильная рвота желчью, съ примѣсью кишечнаго и панкреатическаго сока. Когда уже извергнуто все содержимое тонкихъ кишекъ, то часто все-таки до самой смерти продолжаютъ тягостныя рвотныя движенія, которыми не извергается уже ничего больше, развѣ только немного слизи. Почти во всѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло кончается смертью, извергаются рвотою подъ конецъ жизни круглыя глисты (*ascaris lumbricoides*). Только первоначальную отрыжку можно еще считать симптомомъ антиперистальтическихъ движеній кишекъ; что же касается продолжающейся

затѣмъ рвоты, то она должна быть отнесена на счетъ рефлекторнаго раздраженія чувствительныхъ волоконъ брюшины или на счетъ непосредственнаго раздраженія стѣнокъ желудка и кишекъ разложившимся, въ большинствѣ случаевъ зловоннымъ содержимымъ, такъ какъ въ виду другихъ данныхъ мы вынуждены признать, что при перитонитѣ уже въ раннемъ періодѣ наступаетъ параличъ кишечной мускулатуры. Слѣдствіемъ непрерывной рвоты является абсолютное нежеланіе больныхъ принимать какую бы то ни было пищу. Между тѣмъ какъ въ самомъ началѣ болѣзни аппетитъ часто еще бываетъ довольно хорошъ, онъ съ усиленіемъ болѣзни исчезаетъ совершенно, уступая мѣсто мучительной жаждѣ, которая во многихъ случаяхъ вынуждаетъ больныхъ безпрестанно пить, не смотря на то, что все выпитое немедленно извергается рвотой. Поэтому языкъ уже въ раннемъ періодѣ болѣзни покрывается толстымъ налетомъ и вскорѣ становится желтовато-бурымъ, фуллигинознымъ; губы сухи, зубы и дѣсна при постоянной рвотѣ покрываются фуллигинознымъ налетомъ.

Въ связи съ параличемъ кишечной мускулатуры существуетъ абсолютный запоръ; больная жаждетъ испраженія, такъ какъ она надѣется, что послѣ этого ей станетъ легче; но всѣ средства обыкновенно оказываются тщетными, и развѣ только въ рѣдкихъ случаяхъ извергаются послѣ клистира нѣсколько комковъ твердаго кала (*scybalae*). Гораздо рѣже въ дальнѣйшемъ теченіи неосложненнаго перитонита появляется поносъ; при этомъ вскорѣ начинаютъ выдѣляться, въ большинствѣ случаевъ—непроизвольно, очень обильныя вонючія испраженія. Въ началѣ своего появленія поносъ не имѣетъ особенно неблагоприятнаго прогностическаго значенія, такъ какъ септическое воспаленіе толстыхъ кишекъ, отъ котораго онъ могъ бы зависѣть, обыкновенно отсутствуетъ при очень остро протекающемъ перитонитѣ, а съ другой стороны, воспаленіе это развивается какъ-разъ при ограниченномъ пельвеоперитонитѣ. Но, конечно, слишкомъ обильный поносъ, не уступающій никакому лѣченію, опасенъ въ томъ смыслѣ, что онъ истощаетъ силы больной.

§ 94. Отдѣленіе мочи вначалѣ обыкновенно бываетъ нормальнымъ, но затѣмъ вскорѣ уменьшается вслѣдствіе обильной рвоты и недостаточнаго питья, а также и вслѣдствіе того, что въ большинствѣ случаевъ существуетъ паренхиматозное перерожденіе обѣихъ почекъ. Можетъ ли больная произвольно мочиться или нѣтъ,—это, какъ мнѣ кажется, не имѣетъ большаго прогностическаго значенія; даже въ случаяхъ, быстро оканчивавшихся смертью, мнѣ приходилось видѣть, что больныя съ самаго начала могли произвольно испускать мочу. Моча вскорѣ принимаетъ темный цвѣтъ, содержаніе хлоридовъ значительно увеличивается, и обыкновенно также въ мочѣ появляется небольшое количество бѣлка.

Селезенка уже въ раннемъ періодѣ болѣзни начинаетъ сильно увеличиваться въ длину и въ ширину, и это увеличеніе ея почти всегда

легко можетъ быть констатировано изслѣдованіемъ, не смотря на метеоризмъ. Паренхиматозное перерожденіе печени въ большинствѣ случаевъ не обнаруживается дальнѣйшими симптомами; но иногда къ концу жизни появляется легкая желтуха.

Грудобрюшная преграда, вмѣстѣ съ печенью и желудкомъ, оттѣснена чрезвычайно растянутыми кишками вверхъ, обыкновенно до 4-го, но иногда и до 3-го ребра; дыханіе уже вслѣдствіе этого затруднено, такъ какъ легкія сдавлены и кровообращеніе въ нихъ воспрепятствовано; дыханіе поэтому становится учащеннымъ, поверхностнымъ, и происходитъ при сильномъ содѣйствіи носовыхъ крыльевъ; но еще болѣе оно учащается благодаря тому, что при тяжелыхъ септическихъ формахъ перитонита, въ послѣдніе дни жизни, разрушается большое число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Пока сердце еще остается достаточно сильнымъ для производства своей обычной работы, никакихъ расстройствъ кровообращенія въ легкіхъ не существуетъ, тѣмъ болѣе, что обыкновенно дѣло идетъ здѣсь о женщинахъ самаго цвѣтущаго возраста; но когда вслѣдствіе перерожденія сердечной мышцы является несостоятельность сердца, дѣло доходитъ до застоя крови въ маломъ кругу, и развивается серозное пропитываніе или отекъ легкіхъ, которымъ въ большинствѣ случаевъ и заканчивается печальная картина болѣзни. Отекъ легкіхъ появляется обыкновенно лишь въ послѣдніе 6—10 часовъ жизни. Напротивъ того, другой признакъ слабости сердца, именно очень сильное охлажденіе конечностей и лица при неощутимомъ пульсѣ и иногда довольно сносномъ самочувствіи, обнаруживается почти всегда въ послѣдніе 24 часа передъ смертью.

Внѣшній видъ больной уже рано измѣняется: вслѣдствіе потери воды обильною рвотою, при недостаточномъ питъѣ, исчезаетъ изъ подкожной кѣлѣчатки вся находившаяся въ ней жидкость, кожа повсюду западаетъ, а особенно сильно вваливаются глазныя яблоки, далеко отступая за края глазницы, причѣмъ взглядъ въ большинствѣ случаевъ остается яснымъ; лицо уже рано западаетъ, становится желтоватымъ, и для опытнаго практика вскорѣ дѣлается яснымъ, какое значеніе имѣетъ эга *facies hippocratica*.

Рѣдко болѣзнь тянется такъ долго, чтобы успѣло присоединиться поражение головного мозга или его оболочекъ; въ нѣкоторыхъ очень рѣдкихъ случаяхъ я видѣлъ появленіе септического лептоменингита уже за 48 часовъ передъ смертью или еще раньше, причѣмъ наступало благоприятное для больныхъ помраченіе сознанія. Но въ большинствѣ случаевъ сознаніе остается совершенно яснымъ до послѣдняго получаса или омрачается лишь вслѣдствіе присоединяющагося отека головного мозга за нѣсколько часовъ передъ смертью; не смотря на полное сознаніе, лишь весьма немногія больныя ясно понимаютъ, въ какой опасности находится ихъ жизнь; но нѣкоторыя больныя уже съ самаго начала ясно сознаютъ

свое положение, и ни одинъ врачъ не забудетъ тѣхъ грустныхъ сценъ прощанія съ мужемъ и дѣтьми, которыя ему приходилось видѣть при подобныхъ обстоятельствахъ; многія больныя, напротивъ того, чувствуютъ себя въ послѣдніе 24—48 часовъ жизни пораазительно хорошо, воображаютъ опасность уже миновавшею и, ничего не подозрѣвая, спокойно засыпаютъ и продолжаютъ спать до самой смерти.

Продолжительность болѣзни бываетъ различна, смотря по тому, какимъ путемъ возникло заболѣваніе и насколько оно интенсивно; въ самыхъ неблагопріятныхъ случаяхъ смерть наступаетъ уже спустя 4—5 дней, обыкновенно же въ концѣ первой недѣли родильнаго періода, а нѣкоторыя больныя доживаютъ до 10—12-го дня. Конечно, болѣзнь будетъ протекать иначе, если при существовавшемъ раньше пельвеоперититѣ или сальпингитѣ дѣло въ послѣдствіи доходитъ до прободенія въ полость брюшины.

Мнѣ кажется, какъ будто даже въ частной практикѣ самые тяжелые септические случаи, оканчивающіеся смертью въ 5—7 дней, сдѣлались теперь гораздо болѣе рѣдкими; въ клиникахъ эти случаи, къ счастью, почти совсѣмъ уже не встрѣчаются.

Поэтому предсказаніе вообще довольно неблагопріятно. Только при серозно-фибринозномъ перитонитѣ можетъ еще наступить исцѣленіе путемъ инкапсулированія и ограниченія процесса; при септическомъ перитонитѣ предсказаніе абсолютно неблагопріятно. Большая или меньшая быстрота теченія болѣзни обыкновенно, но не всегда, можетъ быть предсказана на основаніи существующихъ симптомовъ.

§ 95. *Лѣченіе.* Здѣсь мы должны прежде всего сознаться, что при общемъ септическомъ перитонитѣ мы совершенно безсилны. Самое большое, чего мы еще можемъ достигнуть при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ, состоитъ въ томъ, чтобы перитонитъ не сдѣлался общимъ, а остался ограниченнымъ. Лѣченіе обыкновенно начинается съ того, что при лихорадочномъ повышеніи температуры, сопровождаемомъ зловонными лохіями, производится дезинфицирующее промываніе влагалища и матки. О необходимыхъ при этомъ предосторожностяхъ я уже достаточно говорилъ (см. стр. 112). Если сдѣлано промываніе полости матки, при которомъ навѣрно была промыта вся ея слизистая оболочка, и если, не смотря на то, лихорадка и гнилостныя лохія продолжаютъ по прежнему, то можно спустя 12 часовъ повторить промываніе. Но производить его еще чаще, напр. въ продолженіе нѣсколькихъ дней по 2 раза ежедневно, какъ это дѣлалось многими авторами, было бы положительно нераціонально; во первыхъ, послѣ однократной или двукратной дезинфекціи слизистой оболочки матки обыкновенно на ея внутренней поверхности уже нечего болѣе дезинфицировать, а во вторыхъ, зараженіе въ это время уже успѣваетъ сдѣлаться настолько общимъ, что мѣстная дезинфекція не можетъ принести никакой пользы.

Съ другой стороны, при ясно выраженномъ общемъ перитонитѣ, если при немъ существуетъ надежда на локализованіе процесса, слишкомъ частыя промыванія полости матки прямо даже опасны.

Поэтому врачъ не долженъ безъ надобности мучить больную, обреченную на вѣрную смерть; кромѣ того, слѣдуетъ еще имѣть въ виду, что въ смертельныхъ случаяхъ перитонита существуетъ большая опасность перенесенія заразы на другихъ родильницъ, если врачъ слишкомъ часто производитъ промываніе полости матки.

Постояннаго орошенія полости матки, рекомендуемаго для такихъ случаевъ *Schüking*'омъ, я никогда не примѣнялъ въ полномъ объемѣ и поэтому не считаю себя вправе высказать о немъ окончательное сужденіе; но примѣнять этотъ способъ въ частной практикѣ бываетъ въ большинствѣ случаевъ трудно, даже почти невозможно; да и самая польза его представляется сомнительною, по вышеуказаннымъ теоретическимъ соображеніямъ. Точно также при общемъ перитонитѣ было бы безцѣльно вводить іодоформныя палочки, которыя рекомендуются, въ особенности Вѣнскою школою, для лѣченія эндометрита.

Поэтому, какъ только діагнозъ перитонита не подлежитъ уже сомнѣнію, мы должны ограничиваться промываніемъ влагалища растворомъ сулемы (1 : 2000) или карболовой кислоты (2 : 100); но эти промыванія, какъ и вообще вся дезинфекція половыхъ органовъ родильницы, должны быть въ подобныхъ случаяхъ поручаемы не повивальной бабкѣ, а сидѣлкѣ или какому нибудь другому лицу.

Въ ряду симптомовъ, требующихъ лѣченія при перитонитѣ, первое мѣсто занимаетъ боль. Наилучшимъ средствомъ здѣсь оказывается опій, но его нужно давать въ смѣлыхъ дозахъ, именно отъ 15 до 20 капель *Tinct. Opii*, нѣсколько разъ очень быстро одинъ за другимъ, до наступленія дѣйствія; если уже существуетъ отрыжка и склонность ко рвотѣ, то посредствомъ небольшого шприца ставится крахмальный или ромашковый клистиръ, въ количествѣ 2-хъ столовыхъ ложекъ, съ 15—20 каплями *Tinct. Opii*, или назначается опій въ суппозиторіяхъ (*Extr. Opii* 0,08—0,1 : *Ol. Sasaо* 2,0).

Опій имѣетъ передъ морфіемъ то большое преимущество, что онъ останавливаетъ перистальтическія движенія кишекъ, и поэтому особенно умѣстно назначать его въ такихъ случаяхъ, гдѣ имѣется въ виду локализовать перитонитъ; кромѣ того, опій далеко не такъ легко вызываетъ рвоту у непривычныхъ къ нему больныхъ, какъ ее вызываетъ морфій.

Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно также съ пользою примѣнить морфій, въ порошкахъ или капляхъ, или въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній.

Очень важное значеніе имѣетъ вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли при начинающемся перитонитѣ давать слабительное, или нѣтъ. Отсутствие перистальтики, метеоризмъ и задержка газовъ, повидимому, прежде всего требуютъ назначенія слабительнаго, и къ тому же несчастныя больныя



заявляют пламенное желаніе, чтобы врач перепробовалъ всё средства, которыми можетъ быть достигнуто испражненіе. Въ тѣ времена, когда причиною родильной горячки считались вредныя вещества, оставшіяся невыдѣленными изъ организма, или когда за такуюю принимались метастазы молока, слабительныя назначались очень часто. Извѣстно, что и въ Пражской школѣ *Sejfert*'а первое мѣсто въ лѣченіи родильной горячки занимали слабительныя средства, а именно: каломель, касторовое масло и горькія воды. Я думаю, что при ясно выраженномъ септическомъ перитонитѣ совершенно безразлично, къ какимъ бы средствамъ мы ни стали прибѣгать, такъ какъ эти больныя обречены на вѣрную гибель; но въ случаяхъ серозно-фибринознаго или серозно-гнойнаго перитонита, гдѣ еще возможно исцѣленіе путемъ инкапсулированія, а также при пельвеоперитонитѣ съ угрожающимъ общимъ перитонитомъ, назначеніе слабительныхъ составляетъ въ моихъ глазахъ большую ошибку, такъ какъ они усиливаютъ перистальтику и препятствуютъ локализованію перитонита; въ этихъ случаяхъ, какъ уже было сказано, главнымъ средствомъ является опій.

Поэтому мнѣ кажется очень страннымъ, что *Kehrer*, вопреки вышеприведеннымъ соображеніямъ, очень тепло высказывается въ пользу слабительныхъ, между тѣмъ какъ *Schröder*, *Scanzoni* и др. отвергаютъ ихъ. *Kehrer* назначаетъ въ началѣ болѣзни *Infusum Sennae compositum*, а затѣмъ каломель (по 0,25—0,5 грм. нѣсколько разъ въ день), и въ то же время—втиранія ртутной мази (8,0 грм. pro die) въ нижнія конечности.

Не смотря на то, что ртутные препараты, какъ извѣстно, обладаютъ въ сильной степени антипаразитарнымъ дѣйствіемъ, рассчитывать на таковое здѣсь невозможно, такъ какъ они превращаются въ ртутныя альбуминаты; слѣдовательно, здѣсь возможно развѣ только то, что послѣдніе предотвращаютъ въ организмѣ образованіе птомаиновъ и амидовъ.

Примѣненіе самыхъ различныхъ слабительныхъ, въ большинствѣ случаевъ перитонита, оказывается къ тому же не въ состояніи вызвать испражненіе.

§ 96. Рационально и вмѣстѣ съ тѣмъ для больныхъ перитонитомъ очень пріятно прикладываніе къ животу одного или двухъ пузырей со льдомъ; но вслѣдствіе существующаго метеоризма обыкновенно бываетъ трудно удерживать пузыри на мѣстѣ. Если въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни пузырь со льдомъ оказывается для больной уже слишкомъ тяжелымъ, то можно его замѣнить ледяными примочками, или впослѣдствіи перейти къ Присницевскимъ компрессамъ.

Если больная не можетъ произвольно испускать мочу, то необходимо въ положеніи на спинѣ вводить катетеръ 2—3 раза въ день.

Если метеоризмъ очень тягостенъ, то можно попытаться доставить выходъ накопившимся газамъ чрезъ кишечную трубочку съ широкимъ

боковымъ отверстіемъ, продвинутою за третій сфинктеръ прямой кишки. Иногда удается, къ большому облегченію больной, нѣсколько продвинуть кишечные газы впередъ посредствомъ осторожнаго массажа, который при обильномъ намазываніи жиромъ производится по направленію толстыхъ кишекъ, начиная отъ слѣпой. Въ прежнее время я примѣнялъ также клистиры съ терпентиннымъ масломъ (1 столовая ложка *Ol. Terebinth.* съ 1 яичнымъ желткомъ на небольшое количество воды); но польза отъ этихъ клистировъ въ большинствѣ случаевъ не велика.

Наконецъ, при чрезмѣрномъ метеоризмѣ совѣтовали также дѣлать проколъ тонкою иглою Правацовскаго шприца, чтобы доставить больнымъ нѣкоторое облегченіе; *B. Schultze* предложилъ для производства прокола особый кишечный шнепперъ. Но такъ какъ здѣсь не вполне исключена опасность выступленія содержимаго кишекъ, хотя бы и въ минимальномъ количествѣ, то я прибѣгалъ къ проколу только въ безусловно смертельныхъ случаяхъ; иногда послѣ этого являлось облегченіе.

Смазываніи іодною настойкою при остромъ перитонитѣ лучше не дѣлать вовсе, да и при хроническомъ польза ихъ сомнительна. Точно также я давно отказался и отъ смазыванія коллодіемъ, которыя въ прежнее время были очень употребительны.

Какъ только возникаетъ подозрѣніе о начинающемся перитонитѣ, необходимо предписать абсолютный покой, причѣмъ больная должна постоянно лежать на спинѣ, какъ послѣ лапаротоміи; приведеніе постели въ порядокъ, дезинфицированіе половыхъ частей и т. д. должны совершаться съ величайшею осторожностью; кромѣ того, никоимъ образомъ не должно сажать больную для изслѣдованія легкихъ и проч., какъ это дѣлаютъ многіе врачи.

Затѣмъ, важное значеніе имѣетъ цѣлесообразная діета. Когда при септическомъ перитонитѣ уже началась зловѣщая рвота, то, разумѣется, въ это время довольно безразлично, какая бы ни давалась пища, потому что все извергается рвотой; но въ случаяхъ, гдѣ еще возможно надѣяться на локализованіе процесса, важно давать съ самаго начала исключительно жидкую пищу и притомъ въ возможно маломъ количествѣ на одинъ разъ. При отрыжкѣ и наклонности ко рвотѣ, сопровождаемыхъ явленіями перитонита, лучше всего запретить всякую пищу впродолженіе 24 — 48 часовъ, или давать развѣ только немного чаю или кофе безъ молока, съ прибавленіемъ столовой ложки чистаго коньяку, если для больной это не противно на вкусъ; другія предпочитаютъ шампанское, коньякъ съ водою, охлажденное на льду пиво, кефиръ или холодное молоко, и здѣсь мы можемъ спокойно предоставить выборъ на усмотрѣніе самой больной. При обильной рвотѣ больная должна почаще пить воду или глотать кусочки льда, для утоленія мучительной жажды.

Иногда мы бываемъ вынуждены питать больныхъ чрезъ прямую кишку, какъ это дѣлается и при неукротимой рвотѣ беременныхъ. Уже выпрыс-

живаніе одной воды доставляетъ нѣкоторое облегченіе этимъ больнымъ, страдающимъ мучительною жаждою; но еще лучше впрыскивать тепловатую воду съ прибавленіемъ пептона или молока и яицъ; клистиры съ виномъ оказываютъ раздражающее дѣйствіе и поэтому переносятся недолго. Болѣе  $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$  литра жидкости въ одинъ приемъ не слѣдуетъ впрыскивать при перитонитѣ.

Строгимъ ограниченіемъ діеты, употребленіемъ опія и задержкою испражнений на 8 дней иногда удается локализовать фибринозно-гнойный перитонитъ, уже сдѣлавшійся общимъ. Неприятная отрыжка въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть облегчена растворомъ кокаина (0,1 : 100,0).

§ 97. Если пульсъ постоянно держится выше 140 ударовъ и если рвота не прекращается, то при этихъ условіяхъ всякое лѣченіе бессильно. Подкожныя впрыскиванія камфоры, часто употреблявшіяся въ прежнее время, съ цѣлью задержать наступленіе паралича сердца, способны только протянуть мучительную картину. Съ другой стороны, если грозитъ упадокъ дѣятельности сердца, а между тѣмъ еще существуетъ надежда на локализованіе процесса, то можно съ величайшею пользою и безъ всякой опасности вырыскивать камфору до 8—10 разъ въ день, по 1 шприцу въ каждый разъ (Camphor. 1, Ol. Papaveris 4).

Такъ какъ при неосложненномъ перитонитѣ температура въ большинствѣ случаевъ не очень высока, то нѣтъ никакого повода обращаться къ жаропонижающимъ средствамъ.

Поносъ, появляющійся въ теченіи перитонита, обыкновенно не требуетъ никакой терапіи; но когда онъ становится слишкомъ изнурителенъ, то дальнѣйшихъ попытокъ лѣченія опіемъ не слѣдовало бы дѣлать, такъ какъ опій въ этихъ случаяхъ бесполезенъ; въ позднѣйшемъ теченіи болѣзни можно съ успѣхомъ примѣнить слабительное (касторовое масло, каломель) или промыть кишечникъ 1—2% растворомъ борной кислоты; вливаніе это должно быть прекращено, какъ только больная начинаетъ чувствовать боль; кромѣ того, здѣсь полезно ставить клистиры съ танниномъ (Acid. tannic. 5,0 per clysm.), или давать внутрь Decoct. Colombo (15 : 100) или Decoct. Cort. Chin. reg. (15 : 1000) съ прибавленіемъ 1,0—2,0 грм. Acid. sulfur. dil.

Старинныя средства для лѣченія перитонита, какъ напр. кровопусканія, рвотныя, потогонныя, наружныя раздраженія кожи и проч., справедливо забыты и изгнаны изъ употребленія.

Успѣхи оперативной терапіи на почвѣ антисептическаго метода должны были естественно повести къ попыткѣ оперативнаго лѣченія перитонита. Послѣ того какъ *Sims* предложилъ дренажъ для лѣченія перитонита, развивающагося вслѣдъ за оваріотоміей, должна была явиться мысль о томъ, нельзя ли и пуэрперальный перитонитъ исцѣлять съ помощью разрѣза и дренажа. Это дѣйствительно и дѣлалось различными авторами, но всегда безъ успѣха. И въ самомъ дѣлѣ, очевидно, что при

общемъ септическомъ заболѣваніи вскрытіе полости брюшины и выпущеніе септического эксудата не можетъ само по себѣ оказать цѣлительное дѣйствіе, такъ какъ зараженъ весь организмъ; съ другой стороны, въ относительно доброкачественныхъ случаяхъ перитонита болѣе цѣлесообразно выждать локализованія процесса и затѣмъ доставить гною выходъ наружу, когда наступили явственные симптомы нагноенія.

Вскрытіе полости брюшины при общемъ перитонитѣ всегда производилось въ срединной линіи живота, затѣмъ изъ Дугласова пространства прорѣзывалось отверстіе во влагалище, проводился толстый дренажъ, и полость брюшины промывалась растворомъ борной или салициловой кислоты, или марганцовокислаго кали.

Достигнутые результаты не ободряютъ къ тому, чтобы производить подобныя операціи на умирающихъ, за исключеніемъ только тѣхъ случаевъ, когда дѣло идетъ о перфоративномъ перитонитѣ послѣ гнойнаго сальпингита (*pyosalpinx*), или о прободеніи пельвеоперитонитического эксудата, хотя и здѣсь были достигнуты неблестящіе результаты.

Вскрытіе полости брюшины имѣетъ смыслъ только тогда, когда перитонитъ наступилъ вслѣдствіе разрыва матки во время родовъ; при этихъ условіяхъ мы удаляемъ плодъ, плаценту и излившуюся кровь, зашиваемъ рану матки однимъ или двумя рядами швовъ и развѣ еще дренажируемъ рану іодоформною марлею по направленію къ маточной шейкѣ, или при очень сильномъ септическомъ эндометритѣ удаляемъ матку по способу *Porro* и закрѣпляемъ ножку экстраперитонеально.

## Глава XI.

### 5. *Pelveoperitonitis puerperalis circumscripta* (*Perimetritis*).

#### Ограниченное воспаленіе брюшины.

§ 98. Пельвеоперитонитъ въ прежнее время часто назывался периметритомъ, но это названіе слѣдовало бы окончательно изгнать изъ употребленія. Периметритъ, строго говоря, означаетъ только воспаленіе серознаго покрова матки, и слѣдовательно названіе это слишкомъ узко для той болѣзни, о которой мы здѣсь будемъ говорить. Изолированный периметритъ въ родильномъ періодѣ, вѣроятно, никогда не встрѣчается, хотя многіе авторы прежняго времени утверждали противоположное; конечно, я здѣсь оставляю въ сторонѣ приводящій къ склеиванію органовъ сухой перитонитъ (*peritonitis sicca*), который въ большинствѣ случаевъ встрѣчается внѣ родильнаго періода. Локализованное воспаленіе брюшины въ родильномъ періодѣ, какъ было выставлено на видъ *Klob* омъ еще 25 лѣтъ тому назадъ, захватываетъ серозные покровы всѣхъ органовъ малаго таза, и поэтому лучше обозначать периметритъ, періоофоритъ, перисальпингитъ и воспаленіе серознаго покрова широкой маточной связки подъ общимъ названіемъ ограниченаго пельвеоперитонита.

Я рѣшительно не могу также присоединиться къ заявленію нѣкоторыхъ авторовъ, утверждающихъ, будто бы обыкновенно бываетъ невозможно клинически отдѣлить пельвеоперитонитъ отъ параметрита; конечно, обѣ болѣзни нерѣдко существуютъ вмѣстѣ; но какъ параметритъ въ родильномъ періодѣ встрѣчается изолированно, точно также встрѣчается и пельвеоперитонитъ безъ одновременнаго пораженія параметрія, и поэтому вполне возможно составить для него опредѣленную клиническую картину.

До какой степени часто встрѣчается пельвеоперитонитъ въ родильномъ періодѣ, — это всего лучше видно изъ сообщеній *Beigel'*я, который нашелъ периметритъ въ 90%, изъ числа 600 вскрытыхъ имъ женскихъ труповъ; равнымъ образомъ *Bandel* говоритъ, что послѣдствія пельвеоперитонитическихъ процессовъ встрѣчаются въ 66% всѣхъ женскихъ труповъ. Конечно, не слѣдуетъ забывать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти процессы могутъ очень медленно развиваться въ родильнаго періода.

Согласно этому я подразумѣваю подъ именемъ пельвеоперитонита воспаленіе паріетальной и висцеральной брюшины въ области малаго таза.

Въ этиологическомъ отношеніи первую роль, конечно, здѣсь играетъ септический ядъ; мы еще не знаемъ, почему зараженіе въ одномъ случаѣ ведетъ къ эндометриту или параметриту, а въ другомъ — къ общему перитониту или ограниченному пельвеоперитониту; отчасти здѣсь можетъ имѣть значеніе неодинаковое качество поступившаго яда, но главную роль, вѣроятно, играютъ различная степень его вирулентности и поступленіе его въ различномъ количествѣ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что пельвеоперитонитъ нерѣдко присоединяется къ параметриту, и если симптомы этого послѣдняго преобладаютъ, то пельвеоперитонитъ часто проходитъ незамѣченнымъ; но въ другихъ случаяхъ первоначальный параметритъ совершенно отстаетъ въ своемъ развитіи, и уже спустя короткое время является на первомъ планѣ картина пельвеоперитонита; пельвеоперитонитъ, въ свою очередь, конечно, также отстаетъ далеко на задній планъ, если присоединился общій перитонитъ. Пельвеоперитонитъ безъ вышеупомянутыхъ осложненій присоединяется особенно часто къ септическому послѣродовому эндометриту, главнымъ образомъ послѣ выкидыша, или также къ послѣродовому сальпингиту и оофориту. Нерѣдко также трипперный сальпингитъ вызываетъ въ родильномъ періодѣ ограниченный пельвеоперитонитъ въ сильной степени развитія. Зараженіе можетъ здѣсь послѣдовать еще въ началѣ беременности, во время которой трипперный сальпингитъ не обнаруживается никакими или почти никакими симптомами, и только послѣ родовъ быстро выдвигаются на первый планъ симптомы пельвеоперитонита. Этиологию пельвеоперитонита въ родильнаго періода я здѣсь совершенно оставляю въ сторонѣ.

§ 99. *Патологическая анатомія.* По *Klob'*у, острый пельвеоперитонитъ начинается значительнымъ налитіемъ сосудовъ брюшины,

покрывающей тазовые органы и всю стѣнку малаго таза, причѣмъ брюшина разрыхляется и становится болѣе влажною; въ этомъ разрыхленіи будто бы всегда очень характернымъ образомъ принимаютъ участіе ближайшіе слои мускулатуры матки, а также периферическіе слои яичника. Затѣмъ образуется альбуминозный или серозно-альбуминозный выпотъ, который вначалѣ бываетъ прозраченъ, но вскорѣ становится мутнымъ отчасти вслѣдствіе примѣси гноя, а отчасти вслѣдствіе изліянія крови; во второмъ случаѣ хлопья фибрина остаются взвѣшенными въ серозной жидкости и затѣмъ скоро опускаются въ самое глубокое мѣсто малаго таза.

Слѣдовательно, экссудатъ бываетъ или чисто серозный, или гнойный, или ихорозный.

Когда пельвеоперитонитъ просуществовалъ уже нѣсколько болѣе долгое время, то брюшина становится мутною, шероховатою, и начиная съ ея поверхности происходитъ новообразованіе соединительной ткани, въ которую вростаютъ со стороны брюшины множество новообразованныхъ волосныхъ сосудовъ. Вслѣдствіе этого, смотря по большей или меньшей продолжительности процесса, образуются сращения, которыми такъ разно-

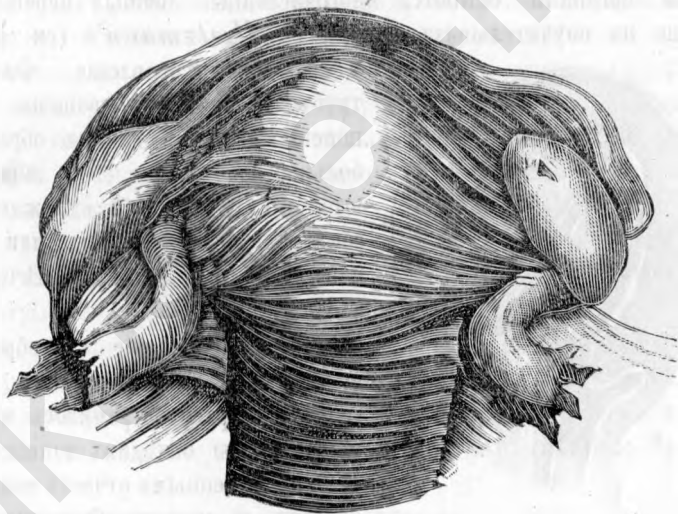


Рис. 21. (По *Heitzmann*'у). Матка и придатки ея послѣ пельвеоперитонита.

образно бываютъ склеены между собою органы женскаго таза и которыя, по заявленіямъ вышеупомянутыхъ авторовъ, встрѣчаются въ 66—90% всѣхъ женскихъ труповъ.

Чѣмъ болѣе интензивно воспаленіе, тѣмъ болѣе экссудатъ принимаетъ гнойный характеръ, тѣмъ болѣе значительно его количество и тѣмъ болѣе новообразованныя ложныя перепонки имѣютъ склонность инкапсулировать гной и разобщить его съ органами малаго таза. Если гнойный выпотъ былъ не великъ, то онъ медленно или быстро подвергается жиро-

вому перерожденію; но иногда элементы его, какъ было замѣчено еще *Klob'*омъ, сравнительно долго повидимому сохраняютъ свою жизнеспособность, т. е. по нашимъ современнымъ воззрѣніямъ нужно понимать это въ такомъ смыслѣ, что между фагоцитами еще существуютъ способные къ развитію микробы или продукты ихъ, присутствіе которыхъ, дѣйствуя въ качествѣ раздраженія на окружающую ткань, обуславливаетъ дальнѣйшее хроническое разроженіе соединительной ткани.

Въ другихъ случаяхъ, при быстромъ увеличеніи количества гноя, дѣло доходитъ до размягченія окружающихъ его стѣнокъ, съ прободеніемъ абсцесса въ одинъ изъ прилегающихъ органовъ, или наружу чрезъ брюшные покровы. Еще хуже, если жидкое содержимое подвергается ихорозному разложенію; въ этомъ случаѣ организмъ можетъ погибнуть прежде, чѣмъ ихорозное содержимое успѣло проложить себѣ дорогу куда бы то ни было, или онъ погибаетъ неизбѣжно, если ихорозное содержимое прорывается въ свободную полость брюшины, между тѣмъ какъ прободеніе чисто гнойнаго экссудата въ полость брюшины обыкновенно предотвращается инкапсулированіемъ его.

Если при этихъ процессахъ наступаетъ исцѣленіе, то между отдѣльными органами остаются многочисленныя ложныя перепонки, какъ это видно на поучительныхъ рисункахъ *Heitzmann'a* (см. рис. 24 и 25). На отправления Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ сращения эти обыкновенно вліяютъ такимъ образомъ, что больныя часто всю свою жизнь страдаютъ отъ послѣдствій однажды перенесеннаго пельвеоперитонита или, по крайней мѣрѣ, страдаютъ неизлѣчимымъ бесплодіемъ.

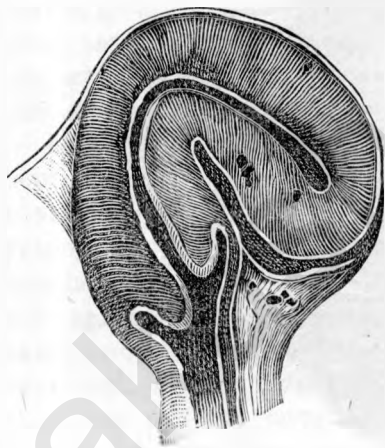


Рис. 25 (По *Heitzmann'u*). Фиксированная *retroflexio uteri*.

Если воспаленіе съ образованіемъ выпота не ограничивалось малымъ тазомъ, а распространилось въ большой тазъ, то мы находим тонкія и толстыя кишки склеенными отчасти между собою, отчасти съ маткою, Фаллопиевыми трубами, широкими маточными связками и т. д., а влѣдствіе скопленія серозной

или гнойной жидкости часто возникаютъ обширныя опухоли надъ Пупартовой связкою той или другой стороны, рѣдко въ срединной линіи живота.

§ 100. *Симптомы* существенно носятъ характеръ перитонитическихъ явленій, такъ какъ анатомическимъ субстратомъ воспаленія при послѣродовомъ пельвеоперитонитѣ служитъ брюшина. Болѣзнь начинается въ большинствѣ случаевъ очень быстро, и притомъ обыкновенно въ пер-

вые дни родильнаго періода, рѣдко позднѣе. Если пельвеоперитонитъ развился вслѣдствіе эндометрита или присоединился къ параметриту, то онъ начинается исподоволь, легкимъ познабливаніемъ и общимъ недомоганіемъ; если же пельвеоперитонитъ развился какъ послѣдствіе триппернаго сальпингита, то онъ начинается сильнымъ потрясающимъ ознобомъ.

При неосложненномъ пельвеоперитонитѣ лихорадка съ незначительными ремиссіями нарастаетъ медленно, въ чемъ я убѣдился по собственнымъ наблюденіямъ, хотя другіе авторы утверждаютъ противоположное; но, конечно, если пельвеоперитонитъ осложняется околоматочною флегмоною, то въ такомъ случаѣ высота лихорадки будетъ зависѣть отъ степени развитія этого послѣдняго процесса. Частота пульса быстро увеличивается, поднимаясь выше 100—120 и даже 130-ти ударовъ; пульсъ становится малымъ, «перитонитическимъ»; частота его зависитъ отъ обширности пораженія брюшины, такъ что числомъ пульсовыхъ ударовъ можно руководствоваться и для постановки предсказанія.

Характеристичнымъ симптомомъ является то, что вся подчревная область, а особенно — матка и параметрии, чрезвычайно болѣзненна при надавливаніи; но область эта обыкновенно бываетъ очень чувствительна даже къ давленію одѣяла. При пельвеоперитонитѣ, имѣющемъ склонность инкапсулироваться, болѣзненность всегда бываетъ гораздо болѣе сильною, чѣмъ при общемъ перитонитѣ, и поэтому я всегда считаю сильную болѣзненность живота относительно благопріятнымъ признакомъ. При пельвеоперитонитѣ никогда не отсутствуютъ симптомы перитонита вообще, съ умѣреннымъ метеоризмомъ и задержкою газовъ, съ отрыжкою и склонностью ко рвотѣ. Языкъ обложенъ, аппетитъ совершенно отсутствуетъ, но зато существуетъ очень сильная жажда, испражненія задержаны, и часто проходитъ нѣсколько часовъ или дней прежде, чѣмъ отойдутъ вѣтры; если воспалительный процессъ захватилъ область мочевого пузыря, то результатомъ этого являются *dysuria* и *stranguria*; общее состояніе страдаетъ здѣсь гораздо сильнѣе, чѣмъ при параметритѣ; но если пельвеоперитонитъ отступаетъ на задній планъ въ сравненіи съ параметритомъ, то, конечно, серьезность болѣзни не такъ рѣзко бросается въ глаза.

Если дѣло доходить до образованія жидкаго экссудата, то онъ можетъ накапливаться въ Дугласовомъ пространствѣ, оттѣсняя его слѣдовательно внизъ, а матку — впередъ и вверхъ, или же онъ развивается преимущественно между яичниками и Фаллопиевыми трубами въ боковыхъ и заднихъ частяхъ малаго таза. Но въ то время, когда начинается образованіе экссудата, матка довольно часто еще стоитъ высоко надъ малымъ тазомъ, а вмѣстѣ съ нею оттянуты кверху широкія маточныя связки; въ результатѣ является то, что экссудатъ, развивающійся по бокамъ матки, прощупывается около ея наружнаго края надъ Пупартовой связкою; гораздо рѣже я встрѣчалъ образованіе подобнаго рода экс-



судатовъ въ области срединной линіи, слѣдовательно—въ пузырьно-маточномъ углубленіи брюшины.

При пельвеоперитонитѣ, соотвѣтственно малому числу участвующихъ въ немъ сосудовъ, экссудатъ образуется положительно не въ такомъ обильномъ количествѣ и не такъ быстро, какъ при параметритѣ; экссудатъ отлагается не въ замкнутомъ пространствѣ между щелями соединительной ткани, какъ при параметритѣ, а, напротивъ того, между органами большого и малаго таза; поэтому онъ имѣетъ относительно больше мѣста для своего распространенія, и въ результатѣ является то, что онъ оплотнѣваетъ не такъ быстро, какъ параметральный экссудатъ, особенно когда склеенныя между собою кишечныя петли ограничиваютъ его сбоку

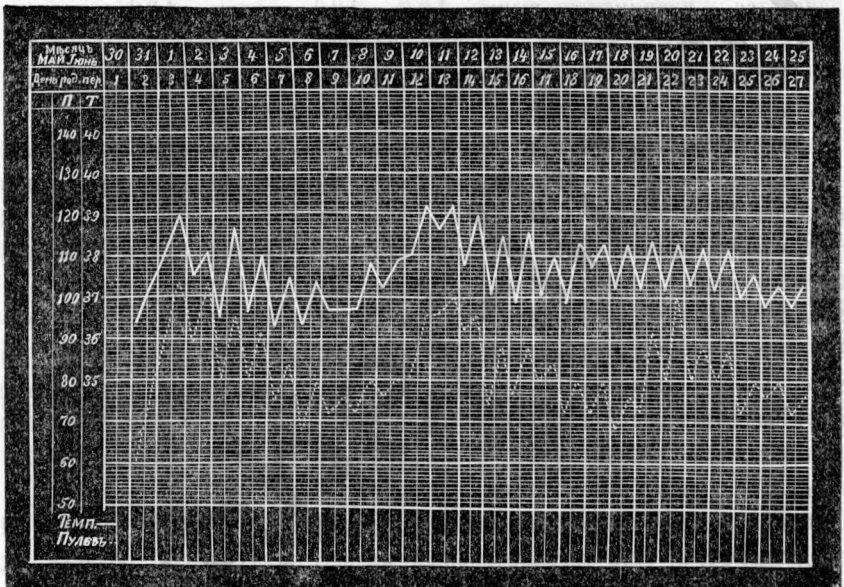


Рис. 26. Кривая № VI. Pelveoperitonitis circumscripta non abscedens.

и сверху. При ощупываніи онъ часто въ продолженіе долгаго времени даетъ ощущение кажущагося новообразованія, въ родѣ того, которое описано *König*'омъ для ограниченаго бугорчатаго перитонита. Поэтому я рѣшительно не могу согласиться со *Spiegelberg*'омъ и др. авторами, которые утверждаютъ, что экссудатъ въ большинствѣ случаевъ уже на второй день прощупывается сбоку матки; обыкновенно же, и тѣмъ болѣе еще благодаря напряженію и чувствительности брюшныхъ покрововъ и мягкой консистенціи экссудата, окруженнаго кишечными петлями, границы его могутъ быть явственно опредѣлены лишь спустя болѣе долгое время, чѣмъ границы параметрального экссудата. Конечно, врачъ долженъ помнить, что въ подобныхъ случаяхъ нельзя слишкомъ рано добиваться того, чтобы вполне точно опредѣлить двойнымъ изслѣдованіемъ величину, форму и распространеніе экссудата, такъ какъ этимъ самымъ можетъ быть вызвано сильное обостреніе процесса.

Если экссудат образуется лишь на одной сторонѣ большого таза и если онъ при этомъ очень обилень, то матка оттѣсняется въ противоположную сторону; если же онъ помѣщается въ пузырно-маточномъ углубленіи брюшины, то матка оттѣсняется назадъ, а мочевой пузырь — внизъ. Если пельвеоперитонитъ развивается главнымъ образомъ въ маломъ тазу, и притомъ именно въ Дугласовомъ пространствѣ, то является та же картина, что и при заматочной кровяной опухоли: Дугласово пространство сильно оттѣснено внизъ, а матка — впередъ и вверхъ; но экссудатъ лишь рѣдко развивается до такой степени соотвѣтственно срединной линіи, какъ заматочная кровяная опухоль, а болѣе на одной или на другой сторонѣ, позади соотвѣтствующей широкой маточной связки, такъ что и здѣсь дѣло не обходится безъ смѣщенія органовъ.

Послѣродовое очищеніе иногда бываетъ сначала нѣсколько увеличено въ количествѣ и имѣетъ зловонный запахъ; но въ большинствѣ случаевъ

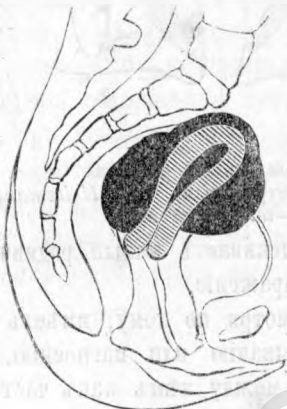


Рис. 27.

Сагиттальный разрѣзъ.

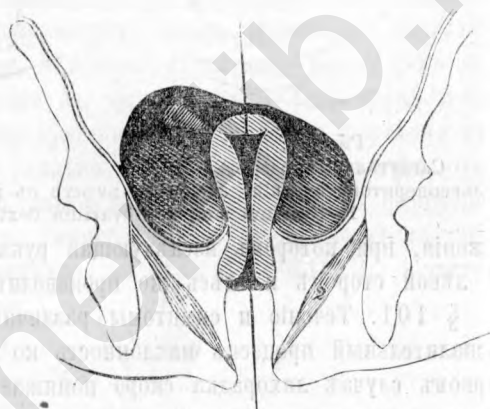


Рис. 28.<sup>1</sup>

Фронтальный разрѣзъ.

Пельвеоперитонитическій экссудатъ (по *Heitzmann'y*).

1—ovarium dextrum; 2—m. levator ani.

оно вслѣдствіе выдѣленія перитонеальнаго выпота паразитально уменьшается въ количествѣ и даже вскорѣ совершенно прекращается.

Картина болѣе или менѣе видоизмѣняется при осложненіи параметритомъ, симптомы котораго я предполагаю уже извѣстными, такъ какъ они были описаны выше. Единственно для такихъ случаевъ вѣрно то, что обѣ болѣзни не могутъ быть клинически отдѣлены одна отъ другой.

Въ клиникѣ не легко просмотрѣть пельвеоперитонитъ, если родильницы, прежде чѣмъ будутъ отпущены, подвергаются тщательному изслѣдованію; поэтому главнымъ образомъ въ частной практикѣ и въ родильныхъ домахъ могутъ встрѣчаться такіе случаи, что женщина, лихорадившая въ началѣ родильнаго періода, а затѣмъ на второй недѣлѣ чувствующая себя уже здоровою, встаетъ съ постели, дѣлаетъ попытку перейти къ своимъ обычнымъ занятіямъ, и только спустя нѣкоторое время, когда

она снова поступает под наблюдение, в брюшной полости констатируется опухоль, иногда величиною в кулак.

Наблюдавшееся многими авторами болѣе частое появленіе пельвеоперитонитическихъ и параметральныхъ экссудатовъ на лѣвой сторонѣ, конечно, стоитъ въ связи съ болѣею частотою перваго затылочнаго по-

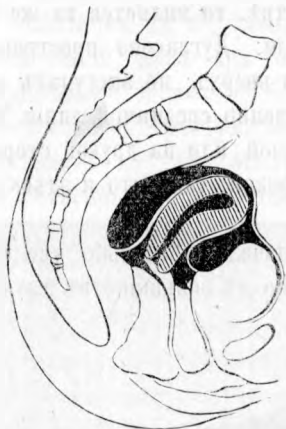


Рис. 29.  
Сагиттальный разръзъ.

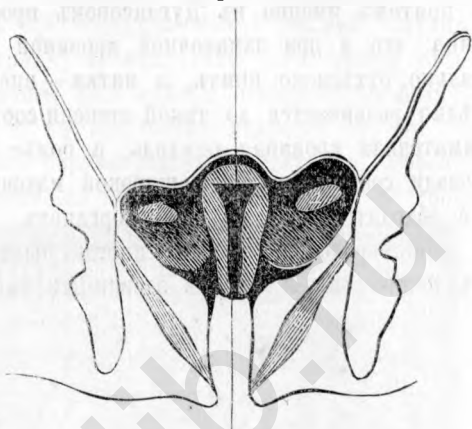


Рис. 30.  
Фронтальный разръзъ.

Пельвеоперитонитическій экссудатъ вмѣстѣ съ параметральнымъ (по *Heitzmann'y*).  
1—ovarium sin.; 2—ovarium dextr.; 3—m. levator ani.

ложенія, при которомъ изслѣдующая рука отыскиваетъ малый родничекъ на лѣвой сторонѣ и здѣсь же производитъ зараженіе.

§ 101. Теченіе и симптомы различны, смотря по тому, имѣть ли воспалительный процессъ наклонность ко всасыванію или нагноенію. Въ первомъ случаѣ лихорадка скоро понижается, между тѣмъ какъ частота пульса еще остается увеличенною; лихорадка обыкновенно вскорѣ падаетъ до нормальной температуры, но иногда, даже при начавшемся всасываніи экссудата, температура по вечерамъ еще остается нѣсколько повышенною, подъ вліяніемъ процессовъ, ведущихъ къ слипчивому перитониту; пельвеоперитонитическій экссудатъ всасывается всегда гораздо медленнѣе параметральнаго, и это не можетъ насъ удивлять при той громадной разницѣ, какую представляетъ число кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ въ полости брюшины, съ одной стороны, и въ параметрии—съ другой. Продолжительное существованіе такой опухоли есть признакъ очень достойный вниманія даже въ тѣхъ случаяхъ, когда діагнозъ первоначально оставался подъ сомнѣніемъ.

Если экссудатъ переходитъ въ нагноеніе, то лихорадка, представляя въ большинствѣ случаевъ ясно выраженныя утреннія ремиссіи, значительно повышается, до 40° Ц. и еще выше, болѣзненность все болѣе и болѣе сосредоточивается въ одномъ мѣстѣ, и иногда, послѣ жестокихъ болей въ мочевоомъ пузырьѣ, является сильно учащенный позывъ къ мочеиспусканію, которое сопровождается болью, причежь моча содер-

жить обильное количество гноя; въ другихъ же случаяхъ появляется краснота брюшинныхъ покрововъ надъ Пунартовой связкою или въ срединной линіи надъ лоннымъ сочлененіемъ, и гной въ одномъ изъ этихъ мѣстъ прорывается наружу, либо самопроизвольно, либо при пособіи искусства. Мѣстами для такого прободенія могутъ еще служить маточная шейка, пупочное кольцо и дно Дугласова пространства.

Если гной прорвался въ полость брюшины, что особенно можетъ случиться при неосторожномъ поведеніи больной, то внезапно, въ большинствѣ случаевъ—при потрясающемъ ознобѣ, развивается сильный перитонитъ съ самыми тяжелыми симптомами, который быстро убиваетъ больную.

§ 102. Дифференціальное распознаваніе неосложненнаго послѣродоваго пельвеоперитонита и параметрита не въ такой степени трудно или невозможно, какъ это многіе говорятъ; картина болѣзни часто бываетъ неясною только потому, что параметритъ почти никогда не проходитъ безъ осложненія незначительнымъ пельвеоперитонитомъ, между тѣмъ какъ послѣдній обыкновенно встрѣчается въ чистомъ видѣ, безъ параметрита.

При неосложненномъ пельвеоперитонитѣ преобладаютъ перитонитическіе симптомы, частота пульса сильно повышена, а температура относительно низка, тогда какъ при параметритѣ, соотвѣтственно флегмонозному характеру этого процесса, температура въ большинствѣ случаевъ бываетъ чрезвычайно высока, нерѣдко достигая 40—41° Ц., а частота

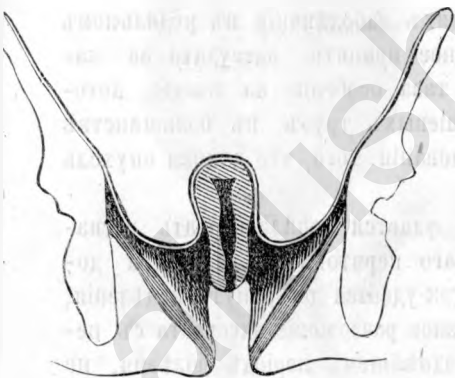


Рис. 31. Схема экссудата при параметритѣ

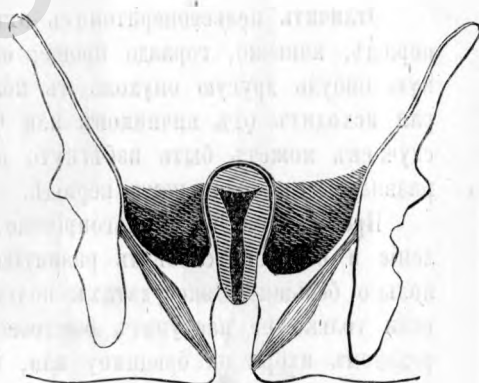


Рис. 32. Схема экссудата при пельвеоперитонитѣ.

пульса хотя и повышена, но не въ такой степени, какъ температура. Экссудатъ при параметритѣ образуется прежде всего у маточной шейки, обхватывая ее сбоку, сзади или спереди, и только отсюда уже онъ начинаетъ вышеописанными путями распространяться въ маломъ и большомъ тазу; этотъ экссудатъ становится доступнымъ ощупыванію раньше, чѣмъ при пельвеоперитонитѣ, такъ какъ онъ быстро оплотнѣваетъ, благодаря обширной эмиграціи безцвѣтныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Пельвеопе-

ритонитическій экссудатъ образуется первоначально у тѣла матки, сбоку или свади, причемъ во второмъ случаѣ онъ опускается глубоко въ Дугласово пространство; экссудатъ, особенно если онъ развивается сбоку между кишечною стѣнкою и брюшными покровами, уплотнѣваетъ медленно и поэтому становится доступнымъ ошупыванію спустя болѣе долгое время, чѣмъ параметральный экссудатъ. Послѣ паденія лихорадки параметральный экссудатъ всасывается гораздо быстрѣе пельвеоперитонитическаго; онъ въ большинствѣ случаевъ обхватываетъ шейку со всѣхъ сторонъ и при этомъ неподвиженъ, какъ и самая шейка; сводъ влагалища на сторонѣ экссудата оттѣсненъ далеко внизъ, иногда даже до уровня наружнаго маточнаго зѣва. Пельвеоперитонитическій экссудатъ, если онъ не слишкомъ великъ и при этомъ не осложненъ параметритомъ, въ большинствѣ случаевъ бываетъ подвиженъ вмѣстѣ съ маткою; но, конечно, мы должны остерегаться того, чтобы слишкомъ раннимъ и тщательнымъ констатированіемъ этого діагностическаго признака не вызвать сильнаго обостренія процесса. Слѣдовательно, параметральные экссудаты помѣщаются всегда въ маломъ тазу, а пельвеоперитонитическіе, соотвѣтственно возникновенію ихъ въ первые дни родильнаго періода, когда матка еще стоитъ очень высоко, обыкновенно помѣщаются въ большомъ тазу или, по крайней мѣрѣ, только во входѣ малаго таза; но если присоединяется параметритъ, то, конечно, при изслѣдованіи будутъ получаться иные результаты.

Отличить пельвеоперитонитъ отъ другихъ заболѣваній въ родильномъ періодѣ, конечно, гораздо проще; ошибочное принятіе экссудата за какую нибудь другую опухоль въ полости таза, особенно за такую, которая исходитъ отъ ячниковъ или Фаллопиевыхъ трубъ, въ большинствѣ случаевъ можетъ быть избѣгнуто на основаніи того, что данная опухоль развилась въ родильномъ періодѣ.

Предсказаніе не неблагоприятно, если удастся локализовать воспаленіе и воспрепятствовать развитію общаго перитонита; даже при довольно большихъ экссудатахъ почти всегда удается достигнуть исцѣленія, если только не наступитъ быстрое ихорозное разложеніе экссудата съ переходомъ ихора на брюшину или, въ позднѣйшемъ періодѣ болѣзни, не послѣдуетъ прободеніе инкапсулированнаго экссудата въ полость брюшины.

§ 103. Лѣченіе при неосложненномъ пельвеоперитонитѣ должно вначалѣ стремиться къ устраненію перитонитическихъ симптомовъ; слѣдовательно, мы должны прикладывать пузыри со льдомъ, но въ виду очень сильнаго метеоризма необходимо принять мѣры къ тому, чтобы пузыри дѣйствительно лежали на животѣ, а не охлаждали одну только кожу бедра. Если больная не переноситъ пузыри со льдомъ, по причинѣ его тяжести, то прикладываются ледяные компрессы, которые должны перемѣняться почаще. Довольно практичны тепловые регуляторы *Leiter'a*, если имѣется въ распоряженіи достаточное количество воды, чтобы можно

было постоянно пропускать ее через аппаратъ; менѣ цѣлесообразны, какъ мнѣ кажется, тепловые регуляторы для влагалища, устроенные *Heitzmann*'омъ; въ этихъ послѣднихъ аппаратахъ система трубокъ, изображенная на рис. 33, помещается внутри овальнаго цилиндра, какъ это устроено и въ тампонахъ изъ твердаго каучука, предложенныхъ *Vozemin*'омъ; введеніе и выведеніе этихъ регуляторовъ при поврежденіяхъ наружныхъ половыхъ частей и влагалища и при разрывахъ промежности, слѣдовательно—въ особенности у первородящихъ, и даже продолжительное оставленіе аппаратовъ во влагалищѣ, причемъ послѣ-родовое очищеніе не можетъ вытекать наружу,—все это, по моему мнѣнію, не вполне безопасно. Примѣненіе холода въ одной изъ вышеука-

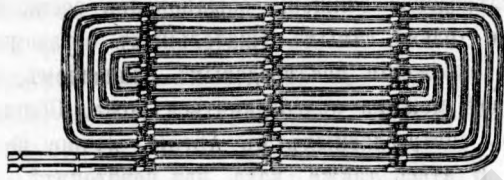


Рис. 33 (по *Heitzmann*'у). Тепловой регуляторъ *Leiter*'а.

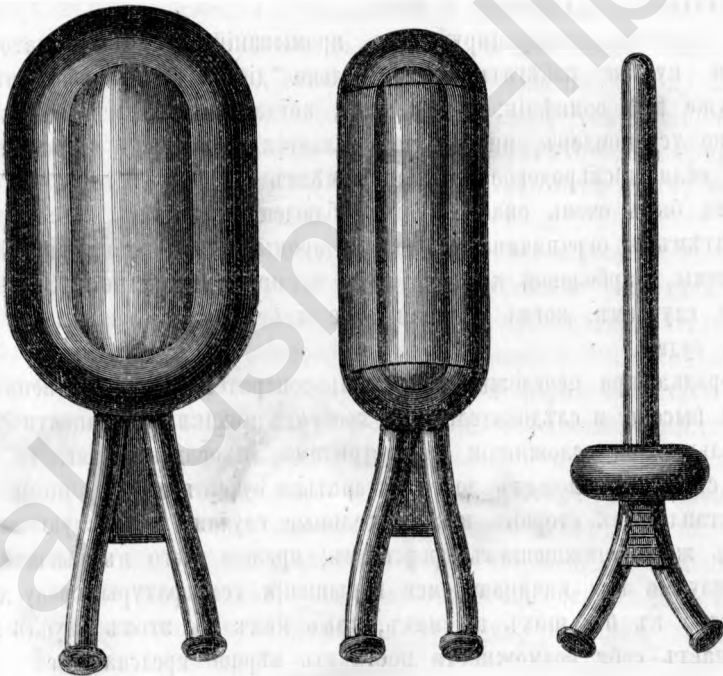


Рис. 34. Влагалищные тепловые регуляторы *Heitzmann*'а.

занныхъ формъ продолжается до тѣхъ поръ, пока это пріятно больной, т. е., въ большинствѣ случаевъ, отъ одной до двухъ недѣль.

Кровоизвлеченія въ прежнія времена употреблялись чаще, чѣмъ теперь; вѣрно то, что при очень сильныхъ боляхъ въ подчревной области мѣстное кровоизвлеченіе пиявками (10—12 на обѣ стороны) иногда оказы-

васть благоприятное дѣйствіе; въ прежнее время я самъ прибѣгалъ къ пивкамъ довольно часто, но въ послѣднія 10 лѣтъ ни разу къ этому средству не обращался; было бы, конечно, рациональнѣе прибѣгать иногда къ пивкамъ у больныхъ крѣпкихъ, полнокровныхъ, тѣмъ болѣе, что послѣродовое очищеніе обыкновенно очень быстро прекращается; необходимо только самымъ тщательнымъ образомъ ограждать пивочныя ранки отъ зараженія послѣродовымъ очищеніемъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ можетъ присоединиться рожа. Общихъ кровопусканій, еще и теперь употребляемыхъ въ Англіи, лучше не дѣлать вовсе.

И здѣсь также, какъ при перитонитѣ, главное средство есть опій, который назначается по 15—20 капель, лучше всего въ клистирѣ, или внутрь; только при болѣе продолжительномъ существованіи болѣзни, когда самыя опасныя явленія перитонита прошли и когда больная уже привыкла къ опию, я перехожу къ подкожнымъ впрыскиваніямъ морфія. Если болѣзнь продолжается очень долго, то, конечно, необходимо мѣнять средства, и тогда, наряду съ наркотическими, мы назначаемъ также хлораль-гидратъ, сульфоналъ и проч.

Что касается дезинфицирующихъ промываній, то внутриматочныхъ ирригацій нужно избѣгать, какъ только діагнозъ пельвеоперитонита стоитъ уже внѣ сомнѣній; но вначалѣ, когда діагнозъ съ положительностью не установленъ, иногда еще дѣлается промываніе полости матки, особенно если послѣродовое очищеніе имѣетъ зловонный запахъ, и это не можетъ быть очень опасно, если соблюдены всѣ мѣры предосторожности; затѣмъ я ограничиваюсь только промываніями влагалища растворомъ сулемы, карболовой кислоты и т. п., причѣмъ нужно пользоваться удобнымъ случаемъ, когда больная уже и безъ того лежитъ на подкладномъ суднѣ.

Лихорадка при неосложненномъ пельвеоперитонитѣ обыкновенно бываетъ не высока и слѣдовательно не требуетъ никакихъ терапевтическихъ мѣръ; только при осложненіи параметритомъ лихорадка достигаетъ болѣе высокой степени и можетъ долго оставаться очень высокою, по и здѣсь также, оставляя въ сторонѣ исключительные случаи, я совѣтую не прибѣгать къ жаропонижающимъ средствамъ; прежде всего въ высшей степени неразумно при начинающемся повышеніи температуры сразу давать эти средства въ большихъ приѣмахъ, такъ какъ въ этомъ случаѣ врачъ самъ лишаетъ себя возможности поставить вѣрное предсказаніе.

При начинающемся пельвеоперитонитѣ не слѣдуетъ слишкомъ рано прибѣгать къ слабительнымъ средствамъ. Для врачей, воспитанныхъ въ школѣ *Seyfert'a*, всякое начинающееся новышеніе температуры въ роциальномъ періодѣ является поводомъ къ назначенію слабительныхъ, которыя могутъ здѣсь принести гораздо больше вреда, чѣмъ пользы. Въ настоящее время мы знаемъ, что септической ядъ не можетъ быть удаленъ изъ тѣла слабительными средствами. При пельвеоперитонитѣ неосто-

рожное назначеніе слабительныхъ можетъ затруднить локализованіе процесса или сдѣлать это локализованіе невозможнымъ, благодаря тому, что слабительныя вызываютъ усиленную перистальтику или антиперистальтическія движенія; поэтому при родильной горячкѣ, прежде чѣмъ рѣшиться на назначеніе слабительнаго, необходимо тщательно удостовѣриться, что не существуетъ симптомовъ перитонита. Мнѣ приходилось безъ всякаго вреда для больныхъ выжидать 6 — 8 дней, не принимая никакихъ мѣръ къ тому, чтобы вызвать испражненіе; обыкновенно съ уменьшеніемъ метеоризма испражненіе въ концѣ концовъ является само собою, или можно вызвать его вливаніемъ въ прямую кишку  $\frac{1}{8}$  литра тепловатой воды или настоя ромашки посредствомъ иригатора; маленькіе глицериновые клистиры и здѣсь также являются положительнымъ обогащеніемъ нашей терапіи.

Опорожненіемъ кишечника нѣтъ надобности слишкомъ торопиться уже потому, что пища въ началѣ болѣзни должна быть исключительно жидкою; до тѣхъ поръ, пока существуютъ перитонитическіе симптомы, я даю больнымъ только молоко, въ чистомъ видѣ или съ кофе, чаемъ или коньякомъ, бульонъ, крѣпкій супъ съ яйцомъ и пептономъ, вино и т. д. Всякая плотная пища, въ томъ числѣ даже мягкій хлѣбъ, безусловно избѣгается. Только тогда, когда перитонитическіе симптомы прошли и когда кишки сами собою начали совершать свои отправления, мы переходимъ къ кашицеобразной, а впоследствии къ плотной пищѣ, именно къ мясу, мягкому хлѣбу, варенымъ фруктамъ и т. д.

§ 104. Когда первый воспалительный процессъ уже прошелъ, задача врача состоитъ въ томъ, чтобы добиться всасыванія экссудата. Въмѣсто льда въ это время примѣняется теплота, въ видѣ влажно-теплыхъ примочекъ, горячихъ сухихъ компрессовъ или припарокъ. Въ послѣдней формѣ теплота дѣйствуетъ гораздо сильнѣе, чѣмъ въ формѣ простыхъ Присницевскихъ компрессовъ. Весьма цѣлесообразны въ частной практикѣ аппараты, предложенные *Leube*; они поддерживаютъ припарки горячими въ атмосферѣ водянаго пара, такъ что мы избавляемся отъ хлопотливаго согрѣванія припарокъ. Что касается другихъ средствъ, способствующихъ всасыванію, то внутреннія средства теперь совершенно оставлены, и это, конечно, вполне справедливо, такъ какъ они не приносятъ никакой пользы, а только вредятъ желудку. Наружныя средства, конечно, тоже не приносятъ большой пользы, но врачу иногда приходится къ нимъ прибѣгать ради того, чтобы заставить больную спокойно лежать въ постели, такъ какъ это для нея всего важнѣе. Втираній ртутной мази я никогда особенно часто не примѣнялъ, не желая вызывать слюнотеченія у малокровныхъ больныхъ; чаще я примѣнялъ втиранія іода съ глицериномъ (Jod. 2,0, Kal. jod. 5,0, Glycer. 50,0) или смазыванія іодною настойкою (пополамъ съ Tinct. Gallagum).

Примѣненіе тѣхъ же средствъ со стороны влагалища не имѣетъ при



пельвеоперитонитъ никакого смысла, потому что экссудатъ лежитъ слишкомъ высоко; скорѣе еще оно имѣетъ смыслъ при осложненіи параметральнымъ экссудатомъ, но объ этомъ предметѣ уже выше было сказано все необходимое. По той же причинѣ горячія спринцованія влагалища могутъ быть полезны только тогда, когда пельвеоперитонитъ осложненъ параметритомъ. Но если обратное развитіе матки идетъ слишкомъ медленно, подъ вліяніемъ лихорадочнаго процесса, то въ такомъ случаѣ эти горячія спринцованія влагалища цѣлесообразны и должны быть повторяемы 2 раза въ день.

Когда прошло уже 10—14 дней послѣ полного прекращенія лихорадки, мы назначаемъ теплыя ванны (въ случаѣ возможности—довольно горячія, до 30—32° P.), продолжительностью въ 10—50 минутъ, съ прибавленіемъ 5—15 фунтовъ соли, или 5—40 литровъ раствора, или  $1\frac{1}{2}$ —6 литровъ Крейцнахскаго маточнаго щелока.

Если воспалительный продуктъ подвергается размягченію, то гной въ большинствѣ случаевъ самостоятельно ищетъ себѣ выхода; лихорадка, которая, можетъ быть, уже прекратилась, начинается вновь, становится еще болѣе высокою, чѣмъ была прежде, и уже въ этомъ заключается указаніе на то, чего мы должны ожидать.

Весьма не рѣдко абсцессъ самъ собою прорывается въ мочевой пузырь, въ кишечный каналъ или во влагалище. Въ первыхъ двухъ случаяхъ мы не имѣемъ возможности способствовать болѣе скорому прободенію абсцесса, и обыкновенно помощь наша бываетъ даже излишнею. Но и въ третьемъ случаѣ, когда грозитъ прободеніе во влагалище, когда къ пельвеоперитониту, слѣдовательно, присоединился параметритъ, я советую прибѣгать къ разрѣзу лишь при томъ условіи, если посреди твердой инфильтраціи существуетъ въ какомъ нибудь мѣстѣ явственное размягченіе. При этомъ, очистивъ влагалище съ соблюденіемъ антисептическихъ предосторожностей, обнажаютъ абсцессъ съ помощью Симоновскихъ желобовъ и вскрываютъ его ножомъ; иногда послѣ предварительнаго прокола. Затѣмъ въ прорѣзанное отверстіе вкладываютъ іодоформную марлю, чтобы поддерживать его открытымъ; наложить противоотверетіе въ большинствѣ случаевъ бываетъ невозможно, и тогда лучше совсѣмъ отказаться отъ промыванія полости абсцесса.

Если размягченіе направляется наружу, къ брюшнымъ покровамъ, либо въ срединной линіи надъ лоннымъ сочлененіемъ, либо надъ Пупартовою связкою или подъ нею, то въ большинствѣ случаевъ дѣло тянется очень долго. Если при этомъ не существуетъ угрожающихъ опасностью симптомовъ, если нѣтъ признаковъ общаго септического зараженія, то можно ждать до тѣхъ поръ, пока обнаружится явственная флуктуація, а затѣмъ сдѣлать разрѣзъ и ввести дренажъ. Если же существуетъ непосредственная опасность, если упорно продолжается лихорадка, уже имѣющая гектический характеръ, то можно или удостовѣриться сначала

относительно присутствія гноя, сдѣлавъ пробный проколъ Прусаковскимъ шприцомъ, и уже затѣмъ вскрыть абсцессъ, или же дѣлать послонные разрѣзы и такимъ путемъ добраться до гноя. При этомъ способѣ не легко попасть въ свободную полость брюшины, а между тѣмъ, благодаря своевременному опорожненію абсцесса, можетъ быть спасена жизнь больной.

Наконецъ, и здѣсь также я долженъ упомянуть о лѣченіи массажемъ, которое въ послѣднее время, благодаря *Thure-Brandt*'у, сдѣлалось очень употребительнымъ. *Thure-Brandt* самъ, повидимому, весьма остороженъ въ этомъ отношеніи: онъ самъ настойчиво указываетъ на ту опасность, что лѣченіе по его методу можетъ вызвать параметральный или перитритическій экссудатъ, если массажъ производится съ чрезмѣрною силою, такъ что вытягиваются связки, и поэтому онъ рекомендуетъ правило — лучше дѣлать слишкомъ мало, чѣмъ слишкомъ много въ одинъ сеансъ; далѣе, онъ справедливо признаетъ большою ошибкою при осложненіи экссудата неправильнымъ положеніемъ матки стараться сколько нибудь измѣнить это положеніе, ибо въ результатѣ можетъ оказаться, что процессъ, сдѣлавшійся уже хроническимъ, очень быстро приметъ опять острый характеръ.

Впрочемъ, результаты, достигнутыя *Thure-Brandt* омъ при лѣченіи хроническихъ экссудатовъ, повидимому не особенно успѣшны: онъ самъ говоритъ, что эти экссудаты требуютъ долгаго лѣченія, обыкновенно впродолженіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, и что рецидивы появляются нерѣдко! Но такіе же результаты достигаются и нашими прежними методами.

Тѣмъ не менѣе я примѣнялъ массажъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно когда экссудатъ находился очень близко къ передней брюшной стѣнкѣ; результаты были не особенно успѣшны. Какъ бы то ни было, приступать къ массажу можно только тогда, когда прошло по меньшей мѣрѣ 14 дней послѣ превращенія лихорадки, а иначе мы рискуемъ тѣмъ, что микробки будутъ механически выдавлены въ промежутки здоровой соединительной ткани, и появится рецидивъ. Кромѣ того, вначалѣ сеансы должны быть очень непродолжительны, и массажъ долженъ производиться съ осторожностью, причемъ палецъ, введенный во влагалище, долженъ оказывать противодавленіе. Лѣченіе контролируется термометромъ и при малѣйшемъ повышеніи температуры немедленно прекращается.

Массажъ несомнѣнно болѣе полезенъ и вмѣстѣ съ тѣмъ менѣе опасенъ, когда онъ примѣняется при остаткахъ экссудата въ видѣ ложныхъ перепонокъ; здѣсь онъ приноситъ большую пользу, но этотъ предметъ относится уже къ области гинекологіи.

Относительно дальнѣйшаго послѣдовательнаго лѣченія пельвеоперитонитическихъ экссудатовъ минеральными водами и проч. я могу сослаться на то, что уже было сказано въ главѣ о параметритѣ.

## ГЛАВА XII.

### 6. Septicaemia puerperalis.

#### Лимфатическая форма родильной горячки.

§ 105. Въ настоящее время уже не остается никакихъ сомнѣній относительно того, что существенною причиною, вызывающею септицемическую форму родильной горячки, должны быть признаны опредѣленные микробы или продукты совершающагося въ нихъ обменъ веществъ.

Съ тѣхъ поръ какъ въ 1865 году *Mayrhofer*, своими изслѣдованіями, — впрочемъ, не обратившими тогда на себя заслуженнаго вниманія, — впервые указалъ на то, что при родильной горячкѣ встрѣчаются микроорганизмы, сообщенія подобнаго рода все болѣе и болѣе накаплились. Вслѣдъ за *Mayrhofer*'омъ, подобныя же наблюденія были сообщены *Rindfleisch*'омъ, *Recklinghausen*'омъ, *Waldeyer*'омъ и *Orth*'омъ. Меня завело бы слишкомъ далеко, еслибы я вздумалъ перечислять имена всѣхъ другихъ авторовъ, способствовавшихъ выясненію вопроса о роли микрококковъ въ происхожденіи родильной горячки. Извѣстно, какое значеніе для этиологіи инфекціонныхъ болѣзней ранъ имѣли изслѣдованія *Koch*'а и какъ много новыхъ данныхъ было съ тѣхъ поръ доставлено другими изслѣдователями, работавшими по его методамъ.

Послѣ всѣхъ этихъ изслѣдованій не можетъ подлежать сомнѣнію, что первую роль въ возникновеніи родильной горячки играютъ цѣпочечные микрококки, именно *streptococcus pyogenes* и *streptococcus erysipelatis*; но вызывается ли она исключительно однимъ опредѣленнымъ видомъ микрококковъ или различными видами, — это еще не выяснено. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ были находимы еще и другіе микрококки, напр. *staphylococcus* или *bacillus saprogenes*; но до сихъ поръ еще съ положительностью не установлено, насколько эти послѣдніе микрококки играютъ роль въ возникновеніи настоящей септицеміи.

Гораздо точнѣе извѣстны микроорганизмы, вызывающіе специфическую для нѣкоторыхъ животныхъ септицемію, напр. открытые *Koch*'омъ вполне опредѣленные бациллы септицеміи мышей и кроликовъ, а также бациллъ злокачественнаго отека. Но для септическихъ заболѣваній человека еще съ положительностью не доказано, чтобы при каждомъ изъ нихъ встрѣчались бактерии одного опредѣленнаго вида.

Затѣмъ мы знаемъ, что распространеніе микрококковъ по всему тѣлу происходитъ путемъ поступленія ихъ въ кровеносные или лимфатическіе сосуды; но чрезвычайно вѣроятно, что для организма опасны не микрококки сами по себѣ, а тѣ продукты химическаго превращенія, которые образуются вслѣдствіе происходящихъ въ нихъ жизненныхъ процессовъ, именно алкалоиды гніенія — птомаины, токсины и т. д. Послѣ того какъ *Bergmann* уже много лѣтъ назадъ получилъ въ чистомъ видѣ сепсинъ

и призналъ въ немъ вещество, вызывающее септицемію, очень многіе изслѣдователи новѣйшаго времени, напр. *Selmi*, *Nencki* и *Brieger*, занимались химическимъ изолированіемъ различныхъ алкалоидовъ гніенія; *Brieger*'у въ особенности мы обязаны свѣдѣніями о нѣкоторыхъ изъ нихъ; онъ различаетъ въ ряду веществъ, добытыхъ изъ продуктовъ гніенія, 6 отдѣльныхъ алкалоидовъ — холинъ, нейридинъ, кадаверинъ, путресцинъ, сапринъ и мидалеинъ; съ другой стороны, въ 7-ми случаяхъ послѣродовой септицеміи ему не удалось найти микробовъ въ крови, и это еще болѣе заставляеть его видѣть въ открытыхъ имъ токсинахъ тотъ опасный элементъ, которымъ вызывается септицемія.

И въ самомъ дѣлѣ, никакъ нельзя отрицать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходитъ непосредственное отравленіе организма однимъ изъ этихъ химически дѣйствующихъ гнилостныхъ ядовъ («интоксикаціонная лихорадка», но *Hüter*'у), который, образовавшись такъ или иначе внѣ организма, вводится въ него непосредственно.

Въ частности, для вопроса о возникновеніи перитонита большое значеніе имѣютъ изслѣдованія *Grawitz*'а, согласно которымъ выпрыскиваніе пирогенныхъ и пирогенныхъ бактерій въ нормальную полость брюшины влечетъ за собою вредныя послѣдствія только тогда, когда онѣ взвѣшены въ ѣдкой жидкости, или когда въ полости брюшины находится застоявшаяся жидкость; въ справедливости этихъ наблюденій каждому изъ насъ приходилось убѣждаться при производствѣ лапаротомій. Затѣмъ, наблюденія *Grawitz*'а показали, что бактерии становятся опасными въ томъ случаѣ, если брюшина не можетъ всасывать введенныя въ нее жидкости и если она повреждена, слѣдовательно — въ особенности тогда, когда имѣющаяся на ней рана благопріятствуетъ ноступленію бактерій. Изслѣдованія эти доказываютъ, что проникновеніе болѣзнетворныхъ бактерій въ полость брюшины не должно обязательно имѣть своимъ послѣдствіемъ перитонитъ, какъ это всѣ были склонны думать въ прежнее время.

Дѣло становится еще болѣе сложнымъ въ виду того, что, по новѣйшимъ, вполне повидимому безупречнымъ, изслѣдованіямъ *Orthmann*'а, *Grawitz*'а и др., нагноеніе въ тканяхъ можетъ быть вызвано выпрыскиваніемъ терпентиннаго масла, металлической ртути или 5% раствора азотнокислаго серебра безъ того, чтобы въ гною констатировалось присутствіе бактерій.

Слѣдовательно, хотя при септицеміи въ большинствѣ случаевъ играютъ роль микробовъ, но это не всегда обязательно.

При большомъ разнообразіи отдѣльныхъ формъ заболѣванія и сравнительно маломъ числѣ тѣхъ наблюденій, гдѣ были находимы микробовъ различныхъ видовъ, мы вынуждены пока допустить, что различіе инфекцій обусловливается различіями въ интенсивности микробовъ, въ ихъ локализациі и степени вирулентности.

Нельзя отрицать, что подъ конецъ беременности появляются иногда тяже-

для септицемическія заболѣванія, происходяшія, вѣроятно, вслѣдствіе поступления яда чрезъ воздухоносные пути; я видѣлъ два несомнѣнныхъ случая этого рода, гдѣ женщины въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности, приходившія въ соприкосновеніе съ дифтеритными больными, заболѣли тяжелою и даже смертельною формою септицеміи.

§ 106. *Патолого-анатомическія измѣненія* я уже описалъ при изложеніи отдѣльныхъ формъ пуэрперальныхъ заболѣваній; поэтому здѣсь мнѣ остается только вкратцѣ привести эти измѣненія въ той совокупности, въ какой они образуютъ основу родильной горячки.

Микроорганизмы, соотвѣтственно мѣсту ихъ поступления, оказываются всего раньше и въ наибольшемъ количествѣ въ органахъ малаго таза.

Главнымъ мѣстомъ для поступления микрококковъ, вызывающихъ септицемію, служатъ раны влагалищнаго входа, самого влагалища и маточной шейки, а еѣ болѣе рѣдкихъ случаяхъ ядъ проникаетъ чрезъ внутреннюю поверхность слизистой оболочки матки. Микрококки разлагаютъ омертвѣвшую ткань и отдѣленіе раны, а вслѣдствіе этого вызываютъ воспаленіе въ пораженныхъ тканяхъ и по сосѣдству съ ними; картина септицеміи можетъ быть объяснена распространеніемъ микрококковъ чрезъ лимфатическіе и кровеносные сосуды въ другія части тѣла, а также всасываніемъ продуктовъ разложенія и дѣйствіемъ ихъ на болѣе отдаленныя ткани.

Септицемія въ настоящее время уже не можетъ считаться болѣзною, обусловливаемою гнилостнымъ разложеніемъ крови; если вообще возможно опредѣлить ее въ краткихъ словахъ, то я сказалъ бы, слѣдуя опредѣленію *Ziegler*'а, что это есть тяжелое лихорадочное заболѣваніе безъ метастазовъ, но съ сильными расстройствами нервной системы, съ глубокимъ нарушеніемъ регуляціи тепла и часто съ поносами.

Самымъ существеннымъ патолого-анатомическимъ измѣненіемъ является такъ наз. дифтеритическое или гангренозное воспаленіе слизистыхъ оболочекъ полового канала. Зараженныя раны наружныхъ половыхъ частей; влагалища и шейки вскорѣ превращаются въ желтоватыя изъязвленія, покрытыя толстымъ салнымъ налетомъ, съ клѣточковою инфильтраціею по сосѣдству и съ образованіемъ болѣе или менѣе глубокаго струпа; выраженіе «дифтеритическій струпъ» подразумѣваетъ здѣсь только послойное омертвѣніе ткани, но не имѣетъ въ виду приравнивать этотъ процессъ къ настоящему дифтериту зѣва. Въ маткѣ отпадающая оболочка становится зеленоватою, чернобурою, рѣдко сѣрою; омертвѣвающая слизистая оболочка, вмѣстѣ съ разлагающимися тканевыми жидкостями, кровью и т. д., обыкновенно распространяетъ въ высшей степени пронзительное зловоніе.

Однако, этотъ зловонный запахъ не представляетъ ничего характеристичнаго, и въ настоящее время уже не можетъ считаться справедливымъ изреченіе *Hüter*'а, что діагнозъ септического воспаленія долженъ

ставиться по обонянію. Если воспаленіе слизистой оболочки матки, захватывающее область прикрѣпленія плаценты или не захватывающее ея, распространяется глубже, то мышечный слой матки, благодаря глубокому омертвѣнію слизистой оболочки, может обнажиться на большомъ пространствѣ.

Отъ влагалища, маточной шейки и слизистой оболочки матки воспаленіе распространяется дальше въ видѣ воспалительнаго или гнойнаго отека на окружающую рыхлую параметральную клѣтчатку или на мускулатуру матки, даже вплоть до брюшиннаго покрова.

Если воспаленіе ограничивается мышечною тканью матки, то мы имѣемъ дѣло съ метритомъ; если же оно локализируется исключительно въ параметральной клѣтчаткѣ, то мы имѣемъ предъ собою параметритъ; но именно при тяжелыхъ септицемическихъ формахъ гнойный отекъ быстро распространяется съ параметрія на тазовую клѣтчатку и переходитъ позади брюшины на околопочечную соединительную ткань, а также на клѣтчатку большого таза между брюшною стѣнкою и брюшиною (сауш праерепитонеале) или на клѣтчатку бедра. При этомъ могутъ встрѣчаться самыя разнообразныя измѣненія, начиная отъ серознаго отека и кончая гангреною.

Затѣмъ процессъ особенно часто переходитъ съ подсерозной соединительной ткани на брюшину большого и малаго таза и распространяется съ клѣтчатки широкихъ маточныхъ связокъ на интерстиціальную ткань яичниковъ, а при тяжелыхъ заболѣваніяхъ къ этому еще присоединяется острое паренхиматозное перерожденіе Граафовыхъ пузырьковъ. Фаллопиевы трубы въ большинствѣ случаевъ бываютъ только катарально воспалены, и дѣло имѣетъ такой видъ, какъ будто ихъ узкій просвѣтъ обыкновенно препятствуетъ быстрому и успѣшному распространенію процесса дифтеритическаго размягченія слизистой оболочки матки. При общемъ перитонитѣ слизистая оболочка, выстилающая брюшное отверстіе Фаллопиевой трубы, поражается въ большинствѣ случаевъ лишь вторичнымъ путемъ.

Дальнѣйшее распространеніе инфекціи происходитъ главнымъ образомъ чрезъ лимфатическіе сосуды. Повидимому, слѣдуетъ скорѣе думать, что наполненные гноевидными массами лимфатическіе сосуды поверхностныхъ слоевъ матки и широкихъ маточныхъ связокъ не должны считаться воспаленными съ нагноившимся содержимымъ, но что дѣло здѣсь идетъ о тромбозѣ лимфатическихъ сосудовъ, который скорѣе способенъ задерживать дальнѣйшее распространеніе инфицирующихъ веществъ. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ того, ядъ быстро проникаетъ чрезъ лимфатическіе сосуды въ подвздошную впадину, въ ретроперитонеальную соединительную ткань, а отсюда въ грудобрюшную преграду и чрезъ ея отверстія (Stomata) попадаетъ въ серозный покровъ плевры, имѣющей такъ много общаго съ брюшиною.

Такимъ образомъ возникаетъ на одной или обѣихъ сторонахъ плевритическій экссудатъ, чисто серозный или мутно-кровоянистый, или серозно-гниной, а отъ плевры тотъ же процессъ переходитъ на сердечную сорочку и распространяется чрезъ *hilus pulmonum* на легкія, представляясь въ видѣ интерстиціальной пневмоніи; на слизистой оболочкѣ бронховъ существуютъ при этомъ болѣе или менѣе глубокія катарральныя измѣненія. Сердечная мышца представляется блѣдною или буроватою, обыкновенно хрупкою, легко разрывающеюся; въ эндокардіи, особенно — лѣваго желудочка, образуются экхимозы.

Эти послѣдніе процессы намъ рѣдко приходится наблюдать потому, что глубоко разстроенный организмъ въ большинствѣ случаевъ погибаетъ раньше. Измѣненія эти, какъ и всѣ нижеслѣдующія, вполне аналогичны тѣмъ, которыя наблюдаются при хирургическихъ формахъ септицеміи.

Къ заболѣванію серозныхъ покрововъ можетъ присоединиться заболѣваніе оболочекъ головного мозга (*pachymeningitis* или *arachnitis*), съ гиперемією мозговой коры и серознымъ или серозно-гнинымъ экссудатомъ.

Очень важное значеніе имѣетъ воспаленіе слизистой оболочки желудка и кишекъ, которое при септицеміи почти никогда не отсутствуетъ; въ желудкѣ обыкновенно встрѣчается *gastritis submucosa*, а въ кишкахъ, особенно въ толстыхъ, наблюдаются различныя измѣненія, отъ простаго поверхностнаго катарральнаго набуханія до глубокихъ процессовъ изъязвленія и кровоизліяній въ самую ткань, съ набуханіемъ солитарныхъ мѣшечковъ и Пейеровыхъ бляшекъ.

Существенное значеніе имѣетъ опуханіе селезенки; увеличеніе ея объема часто можетъ считаться мѣриломъ для сужденія о степени серьезности септической инфекціи; ткань селезенки обыкновенно представляется размягченною, ломкою, съ гѣморрагическими инфарктами, Мальпигіевы тѣльца неясно выражены. Почки тоже почти всегда принимаютъ участіе въ заболѣваніи, представляясь набухшими, гиперэмированными; но очень часто онѣ оказываются уже въ стадіи мутнаго набуханія, съ катарромъ мочевыхъ канальцевъ. Волосные сосуды клубочковъ и сосуды промежуточной ткани нерѣдко бываютъ закупорены стрептококками. Въ виду нѣкоторыхъ изслѣдованій, свидѣтельствующихъ о томъ, что при септицеміи, какъ и при другихъ тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, вредоносное начало, представляемое микрококками, выдѣляется черезъ почки, можно думать, что закупорка сосудовъ микрококками, наступающая при самыхъ тяжелыхъ формахъ септицеміи, ускоряетъ смертельный исходъ.

Наконецъ, мы находимъ также измѣненія въ печени, именно — мутное набуханіе и бѣлковое перерожденіе, нерѣдко съ переходомъ желчи въ печеночную ткань. Встрѣчаются также кровоизліянія въ сѣтчатку обомъ глазъ, съ бѣлымъ пятномъ въ центрѣ, не зависящія отъ эмболии; кровоизліянія эти, какъ и въ другихъ частяхъ тѣла, появляются независимо

отъ заболѣванія эндокардія, но все-таки имѣютъ очень дурное прогностическое значеніе.

§ 107. *Симптомы* септицемической формы родильной горячки:

Въ предыдущихъ главахъ я уже описалъ симптомы отдѣльныхъ локализаций септицеміи и болѣе легкихъ ея формъ, а именно — симптомы послѣродового эндометрита, параметрита, перитонита и пельвеоперитонита; здѣсь же мнѣ остается только, сославшись на указанныя главы въ отношеніи подробностей, описать общую картину и общее теченіе септицеміи въ родильномъ періодѣ.

Болѣзнь рѣдко начинается продолжительнымъ потрясающимъ ознобомъ, и въ этомъ отношеніи она представляетъ аналогію съ тяжелыми формами хирургической септицеміи (*Billroth*). Въ большинствѣ случаевъ наблюдается только продолжительное познабливаніе, во время котораго температура часто уже поднимается очень быстро.

Для септицеміи характеристично быстрое наростаніе температуры до 41—42° Ц. и выше, съ незначительными ремиссіями. Температура въ большинствѣ случаевъ остается очень высокою, съ малыми утренними ремиссіями, слабо поддается дѣйствию лѣкарствъ и иногда только передъ смертію сильно падаетъ, какъ въ состояніи коллапса (признакъ очень неблагоприятный для предсказанія), а послѣ смерти она опять быстро поднимается.

Кривая пульса уже съ самаго начала поднимается вмѣстѣ съ кривою температуры. При появленіи первыхъ симптомовъ частота пульса обыкновенно уже бываетъ равна 100 ударамъ въ минуту, а затѣмъ она быстро увеличивается до 120—140. При высокой лихорадкѣ съ преобладаніемъ параметрита частота пульса и высота температуры приблизительно соотвѣтствуютъ другъ другу, между тѣмъ какъ при преобладаніи перитонитическихъ симптомовъ рѣзко бросается въ глаза высокая кривая пульса въ сравненіи съ относительно мало повышенной температурою. Ремиссіи въ числѣ пульсовыхъ ударовъ, при ясно выраженномъ септицемическомъ характерѣ заболѣванія, бываютъ весьма незначительны; частота пульса, быть можетъ, еще въ продолженіе 1—2 дней остается на высотѣ 140—150 ударовъ, затѣмъ къ концу жизни поднимается до 160 или еще выше, причѣмъ пульсъ невозможно сосчитать. Уже очень рано пульсъ становится малымъ, легко сжимаемымъ, пульсовая волна быстро пробѣгаетъ подъ пальцемъ, рѣдко пульсъ бываетъ дикротиченъ, и только подъ самый конецъ жизни онъ становится неправильнымъ.

Ослабленіе дѣятельности сердца, отражающееся прежде всего на пульсѣ, составляетъ, конечно, прямое послѣдствіе лихорадки. Съ этимъ ослабленіемъ сердца бываетъ связанъ одинъ чрезвычайно рѣзкій симптомъ, имѣющій очень дурное прогностическое значеніе, а именно конечности и лицо при высокой лихорадкѣ начинаютъ сильно холодѣть, вслѣдствіе упадка



кровообращения; этот мраморный холод рукъ и ногъ при теплотѣ остальнаго тѣла всегда очень сильно бросается въ глаза.

Помимо измѣненій температуры и пульса, въ картинѣ септицеміи уже съ самаго начала рѣзко выступаютъ мозговья явленія. Многія большія ощущаютъ какъ бы туманъ въ головѣ, другія жалуются на сильную головную боль, особенно во лбу и въ затылкѣ; сонъ, который вообще оказываетъ на родильницъ такое освѣжающее дѣйствіе, часто отсутствуетъ при септицеміи и днемъ и ночью, причемъ даже снотворныя средства обыкновенно не производятъ никакого дѣйствія.

Нѣкоторые больныя очень скоро начинаютъ ясно сознавать свое положеніе, чувствуютъ, что болѣзнь смертельна, съ удивительнымъ спокойствіемъ готовятъ къ этому и себя и своихъ окружающихъ, отдають

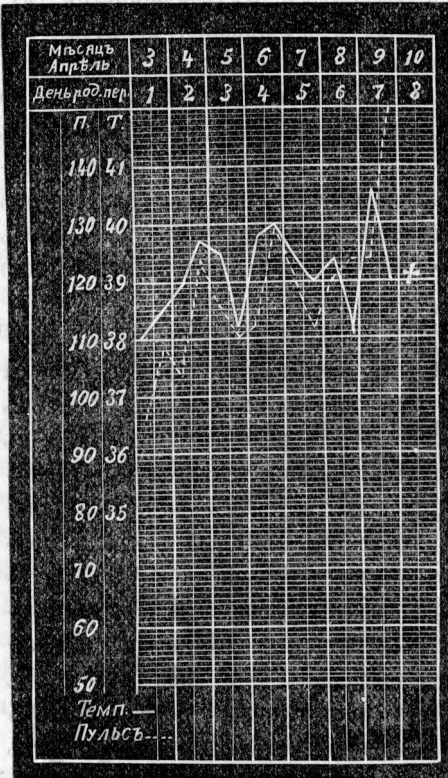


Рис. 35. Кривая № VII. Длхорадка при септицеміи.

амы подробныя распоряженія и часто до послѣднихъ часовъ передъ катастрофой вполне сохраняютъ свои умственныя силы. Въ другихъ случаяхъ, составляющихъ большинство, уже рано обнаруживается помраченіе сознания; больныя лежатъ въ апатичномъ состояніи, какъ при сильномъ гифѣ, не сознають всей серьезности своего положенія и часто неполнѣ ясно ощущаютъ даже тѣ симптомы, которые обыкновенно бываютъ такъ мучительны; мало того, въ послѣдніе 48 часовъ жизни часто появляется поразительное чувство благосостоянія, находящееся въ рѣзкомъ противорѣчьи съ усиленіемъ мѣстныхъ и общихъ симптомовъ, такъ что больныя эти, когда зрачь, по ихъ собственному требованію, сообщаютъ имъ всю безнадежность ихъ положенія, бываютъ иногда чрезвычайно поражены этимъ извѣстіемъ, такъ какъ чувствуютъ себя вполне удовлетворительно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ этому спокойствію и этой апатіи предшествуетъ своеобразное возбужденіе; больныя стаповятся безпокойны, непослушны, постоянно мечутся въ постели, непрерывно дѣлають всякія движенія, пытаются встать съ кровати, предъявляютъ то одно, то другое требованіе, плачуть и жалуются по поводу отдѣльныхъ симптомовъ, недовольны врачемъ, сидѣлкою и т. д.; это поведеніе должно возбуждать особенныя

и себя и своихъ окружающихъ, отдають амы подробныя распоряженія и часто до послѣднихъ часовъ передъ катастрофой вполне сохраняютъ свои умственныя силы. Въ другихъ случаяхъ, составляющихъ большинство, уже рано обнаруживается помраченіе сознания; больныя лежатъ въ апатичномъ состояніи, какъ при сильномъ гифѣ, не сознають всей серьезности своего положенія и часто неполнѣ ясно ощущаютъ даже тѣ симптомы, которые обыкновенно бываютъ такъ мучительны; мало того, въ послѣдніе 48 часовъ жизни часто появляется поразительное чувство благосостоянія, находящееся въ рѣзкомъ противорѣчьи съ усиленіемъ мѣстныхъ и общихъ симптомовъ, такъ что больныя эти, когда зрачь, по ихъ собственному требованію, сообщаютъ имъ всю безнадежность ихъ положенія, бываютъ иногда чрезвычайно поражены этимъ извѣстіемъ, такъ какъ чувствуютъ себя вполне удовлетворительно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ этому спокойствію и этой апатіи предшествуетъ своеобразное возбужденіе; больныя стаповятся безпокойны, непослушны, постоянно мечутся въ постели, непрерывно дѣлають всякія движенія, пытаются встать съ кровати, предъявляютъ то одно, то другое требованіе, плачуть и жалуются по поводу отдѣльныхъ симптомовъ, недовольны врачемъ, сидѣлкою и т. д.; это поведеніе должно возбуждать особенныя

опасенія въ такихъ случаяхъ, когда дѣло идетъ о женщинѣ, которая раньше была спокойна и терпѣлива.

Имѣетъ съ симптомами лихорадки уже съ самаго начала появляется мучительная жажда, часто едва утолимая, такъ что больныя жадно требуютъ воды и льда и, не смотря на рвоту, причиняющую имъ большія мученія, все снова и снова принимаютъ пить воду въ большихъ количествахъ. Языкъ при этомъ рано уже становится сухимъ и покрывается толстымъ налетомъ, который вскорѣ принимаетъ буровато-черный цвѣтъ; десна становятся фулигинозными, какъ при тифѣ; уже въ раннемъ періодѣ болѣзни появляется отвращеніе ко всякаго рода пищѣ, такъ что многія больныя вскорѣ начинаютъ отказываться отъ всего, за исключеніемъ холоднаго питья.

Гнилостный поносъ, вообще столь характеристичный для септицеміи и обусловливаемый сильнымъ катарромъ тонкихъ и толстыхъ кишекъ, часто не наблюдается вовсе, если въ картинѣ болѣзни преобладаетъ перитонитъ; обыкновенно здѣсь уже съ самаго начала наблюдаются задержка газовъ и абсолютный запоръ. Въ другихъ случаяхъ уже рано появляются обильныя, водянистыя, обыкновенно очень вонючія испражненія, съ примѣсью слизи, рѣдко—крови; цвѣтъ испражнений вскорѣ становится зеленовато-чернымъ. Умѣренный поносъ не имѣетъ особенно дурнаго прогностическаго значенія: дѣло имѣетъ такой видъ, какъ будто здѣсь выделяются чрезъ кишечный каналъ алкалоиды гніенія; но обильный поносъ очень скоро истощаетъ больную; вначалѣ она еще ощущаетъ позывъ къ испражненію, а затѣмъ, спустя очень короткое время, когда наступаетъ помраченіе чувствительна, она начинаетъ испражняться произвольно.

О рвотѣ, какъ о симптомѣ перитонита, мы уже достаточно говорили при описаніи этой послѣдней болѣзни.

Большаго вниманія заслуживаютъ отправленія почекъ, хотя я и не могу придавать имъ такого важнаго прогностическаго значенія, какое приписывали имъ нѣкоторые авторы. Въ первые дни отдѣленіе мочи часто бываетъ еще довольно обильнымъ, но съ усиленіемъ септического процесса оно уменьшается весьма значительно; моча становится темною, нѣсколько мутною отъ примѣси слизи; содержаніе хлоридовъ сильно уменьшается; моча часто содержитъ бѣлокъ и гнои, нерѣдко также единичные мочевые цилиндры.

Можетъ ли больная мочиться произвольно, или же намъ приходится съ самаго начала прибѣгать къ катетеру,—это, какъ мнѣ кажется, не имѣетъ прогностическаго значенія; я видалъ случаи въ высшей степени неблагоприятныя, гдѣ больныя могли однако съ самаго начала мочиться произвольно, а съ другой стороны, въ случаяхъ прогностически благоприятныхъ намъ часто приходится вводить катетеръ въ теченіе цѣлой недѣли.

Какое значеніе имѣетъ присутствіе микроорганизмовъ въ мочѣ,—это

еще недостаточно выяснено. Въ мочѣ больныхъ родильною горячкою дѣйствительно были находимы различные микробы—стрептококки, стафилококки и сапрофиты, подобно тому какъ и при тифѣ было наблюдаемо выдѣленіе мочою тифозныхъ палочекъ. А такъ какъ въ почкахъ несомнѣнно были констатированы микрококковые инфаркты, то легко понять, что обильное выдѣленіе микрококковъ черезъ мочу должно имѣть прогностическое значеніе. Но до сихъ поръ существуетъ еще большое разногласіе относительно того, проходима ли для бактерій здоровая почка, или прохожденіе ихъ должно считаться уже симптомомъ заболѣванія почекъ. Самый переходъ бактерій въ почки, насколько можно судить по существующимъ до сихъ поръ изслѣдованіямъ, совершается въ сосудахъ клубочковъ.

Удовлетворительныя отравленія почекъ имѣютъ значеніе еще и въ другомъ направленіи: различные авторы, въ томъ томъ числѣ — *Voisget*, доказали именно, что при родильной горячкѣ выдѣляются мочою птомаины и др. ядовитые алкалоиды, задержка которыхъ въ тѣлѣ могла бы имѣть вредныя послѣдствія.

Свойства послѣродоваго очищенія бывають весьма различны, въ особенности — смотря по тому, какая мѣстная форма заболѣванія преобладаетъ въ данномъ случаѣ. Обыкновенно послѣродовое очищеніе рано уже становится разложившимся, гнилостнымъ, терлетъ свой красный цвѣтъ, который замѣняется темно-бурымъ, даже чернымъ; въ другихъ случаяхъ оно бываетъ очень водянистымъ и содержитъ черные клочки омертвѣвшей ткани; оно имѣетъ гнилостный или даже чрезвычайно вонючій запахъ, такъ что уже при входѣ въ комнату родильницы, а еще болѣе — при встряхиваніи одѣяла, можно тотчасъ поставить діагнозъ по обонянію, какъ этого желалъ *Hüter*. При эндометритѣ количество лохій не очень увеличено, а послѣ изверженія болѣе значительныхъ тромбовъ онѣ содержатъ примѣсь болѣе или менѣе свѣжей крови; при перитонитѣ, параметритѣ или пельвеоперитонитѣ онѣ вначалѣ точно также бывають гнилостными, вонючими, но количество ихъ обыкновенно скоро уменьшается. Бѣдія лохій, стекающія по дѣтороднымъ губамъ и бедрямъ, вызываютъ красноту кожи и легко могутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ острую эритему, или пролежень, иногда довольно глубокой.

Добытыя въ чистомъ видѣ маточныя лохіи содержатъ въ этихъ случаяхъ очень большое число стрептококковъ. По *Hügler*'у, въ случаяхъ септицемическаго заболѣванія отсутствуютъ стафилококки, которые, кажется, свойственны только болѣе легкимъ заболѣваніямъ, именно — резорпціонной лихорадкѣ. Влагалищныя лохіи содержатъ еще и множество другихъ микробовъ (преимущественно — палочекъ), которые и помимо родильной горячки встрѣчаются во влагалищѣ; кромѣ того, онѣ содержатъ въ большомъ количествѣ распадающіяся красныя и безцвѣтныя кровя-

ныя тѣльца, характеристическія децидуальныя клѣтки, обрывки распавшихся клѣтокъ и т. д.

Относительно остальныхъ мѣстныхъ явленій я могу сослаться на предыдущія главы, гдѣ были описаны отдѣльныя формы заболѣванія.

§ 108. Симптомы, конечно, комбинируются между собою различнымъ образомъ, такъ какъ очень часто существуетъ вначалѣ параметритъ или эндометритъ, а между тѣмъ ко всякому тяжелому параметриту присоединяется пельвеоперитонитъ, и такъ какъ при перитонитѣ въ большинствѣ случаевъ появляется еще эндометритъ, метритъ или параметритъ, симптомы которыхъ, впрочемъ, остаются незамѣтными изъ-за симптомовъ перитонита.

При септицемической лихорадкѣ уже очень рано бросается въ глаза увеличенная потребность въ кислородѣ; прежде еще, чѣмъ свободное пространство, которымъ могутъ располагать легкія, будетъ уменьшено вслѣдствіе оттѣсненія грудобрюшной преграды вздутыми кишками, прежде, чѣмъ къ перитониту присоединится плевритъ, уже существуетъ рѣзкое учащеніе очень поверхностныхъ дыханій, которое вначалѣ нисколько не тяготитъ больную, но впоследствии становится для нея очень тягостнымъ, такъ какъ она ощущаетъ стѣсненіе въ груди; эта одышка, появляющаяся въ раннемъ періодѣ болѣзни, находится въ связи съ обширнымъ разрушеніемъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Въ крови, изслѣдованной при жизни больныхъ, неоднократно были находимы микрококки.

Если силы больной еще достаточны, такъ что дѣло доходить до изліянія выпота въ полость одной или обѣихъ плевръ, или развивается интерстиціальная пневмонія, или вслѣдствіе пассивной гипереміи легкихъ является набуханіе и усиленное отдѣленіе слизистой оболочки бронховъ, то одышка, конечно, будетъ достигать болѣе высокой степени и обнаружится раньше; затѣмъ вскорѣ отдѣленіе начинаетъ застаиваться въ дыхательныхъ путяхъ, такъ какъ больная не имѣетъ достаточно силъ для его отхаркиванія, и иногда уже за 12—24 часа передъ смертію начинаются роковые трахеальные хрипы, которые во многихъ случаяхъ, вслѣдствіе отравленія углекислотою, сопровождаются сонливостію, очень благотвельною для этихъ больныхъ.

Опуханіе селезенки, часто достигающее громадныхъ размѣровъ, лишь рѣдко бываетъ замѣтно для самой больной и развѣ только обнаруживается для нея колотьемъ въ этой области. Острое перерожденіе печени тоже обыкновенно протекаетъ безъ всякихъ симптомовъ, но въ рѣдкихъ случаяхъ дѣло еще доходитъ до появленія желтухи, которая по большей части должна считаться гѣматогенною.

Кожа, особенно на лицѣ, представляетъ съ самаго начала грязноватый, желтый оттѣнокъ, что особенно бросается въ глаза, когда дѣло идетъ о женщинѣ, которая прежде была полнокровною, цвѣтущею.

Эта окраска, вѣроятно, зависитъ главнымъ образомъ отъ разрушенія большаго числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ подѣ влияніемъ септического яда; землистый цвѣтъ лица настолько характеристиченъ, что опытный практикъ иногда можетъ поставить предсказаніе уже по одному этому признаку. Та же окраска замѣчается, конечно, и на остальномъ тѣлѣ; землистый цвѣтъ лица, обыкновенно съ глубоко запавшими глазами, заострившимся носомъ и сухими губами, придаетъ всей картинѣ болѣзни нѣчто мрачное, чрезвычайно зловѣщее.

Отдѣленіе молока при ясно выраженной септицеміи быстро уменьшается, отчасти подѣ влияніемъ лихорадки, отчасти вслѣдствіе недостаточнаго введенія пищи, а также вслѣдствіе потери воды рвотой и жидкими испражнениями; въ какой мѣрѣ здѣсь участвуетъ острое перерожденіе эпителия молочныхъ протоковъ,—это еще должно быть выяснено дальнейшими изслѣдованіями. При эндометритѣ, параметритѣ и т. д. можетъ продолжаться довольно обильное отдѣленіе молока, не смотря на высокую лихорадку; слѣдовательно, быстрое уменьшеніе довольно достаточнаго передъ тѣмъ количества молока всегда имѣетъ для предсказанія неблагоприятное значеніе, и мы не должны удивляться тому, что въ прежнее время, когда патологическая анатомія не была еще такъ разработана, какъ теперь, возникло на основаніи этого факта ученіе о метастазахъ молока.

На кожѣ иногда встрѣчаются различныя сыпи; пуэрперальная скарлатина сюда не относится, и о ней я буду говорить впоследствии; но, помимо этого, въ нѣкоторыхъ, хотя и рѣдкихъ, случаяхъ наблюдаются на довольно значительной части туловища и конечностей распространенныя пятнистыя сыпи, а иногда urticaria или пустулезная сыпь. Ограниченная флегмона или гангрена одной конечности чаще встрѣчается при хирургической септицеміи.

Описанное Roth'омъ септическое воспаленіе сѣтчатки въ большинствѣ случаевъ не даетъ характеристичныхъ симптомовъ.

Изъ всей этой картины болѣзни мы видимъ, что не существуетъ различія между септицеміей, наблюдаемой въ хирургическихъ палатахъ, и тою формою, которая наблюдается у родильницъ; картина видоизмѣняется только въ зависимости отъ мѣстнаго заболѣванія, вызваннаго септицеміей.

Смерть наступаетъ приблизительно въ половинѣ всего числа случаевъ еще на первой недѣлѣ, а въ остальныхъ на 2—6-й недѣлѣ родильнаго періода. При перитонитѣ она можетъ послѣдовать уже на 4—5-й день, но въ другихъ случаяхъ болѣзнь затягивается до второй недѣли. Тяжелая общая флегмона, сопровождаемая общею септицеміею, можетъ убить больную уже на второй недѣлѣ; при пельвеоперитонитѣ болѣзнь обыкновенно тянется еще дольше.

§ 109. По многимъ соображеніямъ я считаю нелишнимъ дать здѣсь общій очеркъ распознаванія и предсказанія при септицеміи.

Я предпослалъ подробное описаніе различныхъ мѣстныхъ заболѣваній въ родильномъ періодѣ, а здѣсь мнѣ пришлось говорить о тѣхъ же заболѣваніяхъ, какъ о локализацияхъ септицеміи. Для меня резорціонная лихорадка, эндометритъ, параметритъ, перитонитъ и пельвеоперитонитъ представляютъ только различныя ступени одной и той же болѣзни или различныя локаліаціи септического яда, отличающіяся между собою главнымъ образомъ по тому мѣсту, гдѣ локализуется этотъ ядъ, и по степени развитія самаго процесса. Доброкачественнаго, не-септического параметрита или периметрита для меня не существуетъ.

Помимо клиническихъ доказательствъ, въ пользу этого говорятъ еще бактериологическія данныя, которыя очень недавно сообщены *Витт'*омъ.

И при самыхъ легкихъ и при самыхъ тяжелыхъ формахъ этихъ воспаленій встрѣчаются, за весьма немногими исключеніями, одни и тѣ же возбудители болѣзни; спрашивается, почему возбудители эти должны вызывать въ одномъ случаѣ доброкачественное, а въ другомъ злокачественное заболѣваніе? Между самымъ легкимъ параметритомъ и самою тяжелою флегмоною, захватывающею всю тазовую соединительную ткань и быстро распространяющеюся позади брюшины вверхъ до околопочечной клѣтчатки, существуетъ такое множество постепенныхъ переходовъ, что провести здѣсь опредѣленную границу я считаю невозможнымъ или, лучше сказать, совершенно произвольнымъ. Почему наша точка зрѣнія должна отличаться отъ точки зрѣнія хирурговъ, которые тоже не признаютъ доброкачественныхъ и злокачественныхъ инфекціонныхъ болѣзней ранъ, а повсюду допускаютъ самые постепенные переходы между отдѣльными формами?

При самой легкой околопочечной флегмонѣ и при самой тяжелой септицеміи, ведущей къ смерти при явленіяхъ остро-гнойнаго отека, активнымъ моментомъ должны быть признаны стрептококки.

Но если насъ спросятъ, чѣмъ же обусловлены эти различія, то при современномъ положеніи науки мы не будемъ въ состояніи удовлетворительно отвѣтить на этотъ вопросъ. Тѣмъ не менѣе, уже и въ настоящее время мы имѣемъ право предполагать здѣсь количественныя и качественные различія инфицирующихъ веществъ. Мы знаемъ, что для организма опасны не микробы сами по себѣ, а образуемые ими алкалоиды гніенія; но, совершенно такъ же, какъ отравленіе мышьякомъ будетъ протекать несравненно быстрѣе, когда въ организмъ введенъ 1,0 грм. мышьяковистой кислоты вмѣсто 0,1 грм., мы вправѣ сказать, что при очень обильномъ образованіи и всасываніи алкалоидовъ гніенія общее отравленіе организма будетъ сравнительно быстрѣе. Многочисленныя наблюденія надъ ослабленіемъ различныхъ видовъ бактерій, сдѣланныя въ особенности *Koch'*омъ и *Pasteur'*омъ по отношенію къ си-

бирской язвы и собачьему бешенству, достаточно доказывают, что и самое качество возбудителей болезни иметь здесь известное значение.

Наконец, немаловажное значение имеет также состояние самого организма. Когда мы видим, что изъ цѣлаго ряда роженницъ, исследованныхъ одна за другою тѣмъ же лицомъ и въ томъ же родильномъ покоѣ, одна не заболѣваетъ вовсе, другая заболѣваетъ легкою, а третья — тяжелою и даже смертельною формою, то это даетъ намъ право думать о различномъ предрасположеніи пораженныхъ тканей и о различной способности ихъ къ противодействию. Поэтому положительно нѣтъ никакой необходимости объяснять каждую отдѣльную форму заболѣванія особымъ видомъ возбудителей болезни, такъ какъ здѣсь все объясняется возможными качественными и количественными различіями однихъ и тѣхъ же микроорганизмовъ.

§ 110. Насколько легко можетъ быть поставленъ діагнозъ ясно выраженной септицеміи, настолько же трудно опредѣлить ту границу, начиная съ которой слѣдуетъ признавать септицемію, потому что и всякая простая травматическая лихорадка, собственно говоря, зависитъ отъ септическихъ микроорганизмовъ.

Слѣдовательно, если при простой резорпціонной лихорадкѣ, при легкомъ эндометритѣ или параметритѣ мы еще не говоримъ о лихорадкѣ септицемической, то при общемъ перитонитѣ, болѣе сильномъ параметритѣ или пельвеоперитонитѣ обязательно долженъ ставиться діагнозъ «пуэрперальной септицеміи». Высокая лихорадка, частый пульсъ, сухой языкъ, субъективное чувство благосостоянія при неблагоприятныхъ объективныхъ явленіяхъ, задержка газовъ и абсолютный запоръ или, наоборотъ, очень обильный поносъ съ чрезвычайно вонючими испражнениями, уменьшенное отдѣленіе мочи, — вотъ тѣ симптомы, которые, въ отдѣльности или въ общей совокупности, даютъ намъ право поставить діагнозъ пуэрперальной септицеміи.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ трудно отличить трипперный перитонитъ отъ перитонита септического. Трипперному перитониту часто предшествуютъ, особенно въ началѣ беременности, признаки заболѣванія Фаллопиевыхъ трубъ, а въ родильномъ періодѣ онъ обнаруживается лишь вслѣдствіе изліянія гноя при разрывѣ трубы и затѣмъ локализуется. Нахождение гонококковъ въ секретѣ полового канала и констатированіе *blennorrhoeae neonatorum* существенно подкрѣпляютъ этотъ діагнозъ.

Слѣдовательно, предсказаніе при пуэрперальной септицеміи не безусловно неблагоприятно; многіе легкіе случаи излѣчиваются сами собою или при содѣйствіи искусства, а въ тяжелыхъ случаяхъ все зависитъ отъ совпаденія большаго или меньшаго числа вышеописанныхъ тяжелыхъ симптомовъ.

Высокая лихорадка сама по себѣ еще не смертельна: температура можетъ достигать  $41^{\circ},0$  —  $41^{\circ},5$  даже въ благоприятно протекающихъ

случаяхъ; нарастаніе температуры иногда должно быть даже предпочтено дальнѣйшему пребыванію ея на низкихъ цифрахъ; быстрое паденіе температуры должно возбуждать опасенія, если частота пульса при этомъ остается значительно повышенной.

Наиболѣе важное прогностическое значеніе имѣютъ свойства пульса. Если частота его доходить до 120—130 ударовъ въ минуту, то это должно уже считаться довольно подозрительнымъ, а если она поднимается выше 140, то выздоровленіе возможно лишь въ видѣ исключенія. Если рано уже обнаруживается ослабленіе сердца, то это всегда должно считаться опаснымъ.

Достоинъ вниманія, что при пельвеоперитонитѣ сильная болѣзненность даетъ предсказаніе болѣе благопріятное, чѣмъ фатальное чувство благополучія, если въ то же время существуютъ явленія непроходимости кишекъ, съ очень обильнымъ экссудатомъ. Констатированіе триппернаго происхожденія перитонита даетъ право поставить предсказаніе существенно болѣе благопріятное.

Сухой языкъ, неутолимая жажда и упорная рвота принадлежатъ къ числу самыхъ неблагопріятныхъ симптомовъ. Первое отхожденіе газовъ, остававшихся задержанными въ теченіе нѣсколькихъ дней, имѣетъ чрезвычайно благопріятное значеніе, не смотря на нарастаніе температуры, если при этомъ частота пульса не слишкомъ увеличивается.

Самое неблагопріятное предсказаніе даютъ тѣ случаи, гдѣ зараженіе послѣдовало еще во время беременности или въ первыя стадіи родового акта. Въ настоящее время, благодаря антисептикамъ, подобные случаи почти уже совсѣмъ не встрѣчаются. Больныя эти умираютъ въ 24—36 часовъ, безъ того чтобы обнаружилия явныя локалізаціи, а единственно при симптомахъ общаго разложенія крови.

§ 111. *Лѣченіе.* Въ предыдущихъ главахъ я подробно говорилъ о лѣченіи отдѣльныхъ локалізацій родильной горячки, а здѣсь ограничусь только изложеніемъ лѣченія общей септицеміи, которое всегда должно стоять на первомъ планѣ, тѣмъ болѣе, что мѣстное заболѣваніе въ большинствѣ случаевъ доступно только симптоматическому лѣченію.

Не смотря на различныя попытки, которыя въ прежнее время дѣлались съ бензойнокислымъ натромъ и др. средствами, мы пока еще не имѣемъ возможности непосредственно разрушать септическій ядъ, проникшій уже въ жидкости организма. Въ настоящее время мы должны ограничиваться только устраненіемъ отдѣльныхъ симптомовъ и подкрѣпленіемъ организма въ его борьбѣ съ проникшими въ него вредными веществами. Впослѣдствіи, можетъ быть, настанетъ время болѣе счастливое, когда для микробовъ септическаго зараженія будутъ найдены такія же специфическія средства, какими уже и теперь представляются для нѣкоторыхъ болѣзней ртуть, хининъ, салициловокислый натръ и проч.

Мѣстное лѣченіе уже обнаружившейся септицеміи должно исходить



взъ того принципа, что мы не имѣемъ возможности разрушить септичeskій ядъ, проникшій въ систему кровообращенія и циркулирующій въ ней. Но организмъ самъ имѣетъ возможность этого достигнуть: мы видимъ, что фагоциты мѣстно ведутъ эту борьбу съ поступившими бактеріями, а организмъ, въ своей совокупности, какъ мы вправѣ допустить вмѣстѣ съ *Nai-nyn*'омъ, *Unverricht*'омъ и др., ограждаетъ себя повышенной температурою крови отъ дальнѣйшихъ измѣненій тканевыхъ жидкостей. Поэтому прижигать пуэрперальныя яввы влагалищнаго входа, самого влагалища и маточной шейки положительно бесполезно, такъ какъ ядъ уже давнымъ-давно прошелъ глубже; и въ самомъ дѣлѣ, напримѣръ, при укушеніи бѣшеною собакою выжиганіе раны имѣетъ смыслъ только тогда, когда оно производится непосредственно вслѣдъ за укусомъ, между тѣмъ какъ черезъ 2—3 дня оно уже бесполезно. Прижиганія язвъ наружныхъ половыхъ частей растворомъ полуторохлористаго желѣза, 10% растворомъ карболовой кислоты и т. д. навѣрно безвредны, но зато и бесполезны; поэтому я обыкновенно назначаю только присыпию іодоформомъ или салициловою кислотою съ крахмаломъ (1 : 5). Вводить во влагалище зеркало ради прижиганія язвъ на влагалищной части матки я опасаясь, такъ какъ при этомъ безъ всякой надобности только разрываются уже склеившіяся раны влагалища, которыя могутъ быть вновь заражены послѣродовымъ очищеніемъ.

Въ первое время всякой пуэрперальной септицеміи, пока еще можно надѣяться на то, что процессъ ограничивается лишь опредѣленнымъ мѣстомъ, слѣдуетъ, конечно, начинать лѣчение съ промываній влагалища растворомъ карболовой кислоты (2%), сулемы (1 : 4000), креолина (1%) и т. п.; но при альбуминурии нужно избѣгать вырскиваній сулемы. Всѣ эти вырскиванія особенно умѣстны при исключительномъ пораженіи слизистой оболочки съ отдѣленіемъ гнилостнаго секрета, тогда какъ при всѣхъ перитонитическихъ и параметральныхъ процессахъ, если послѣродовое очищеніе не представляетъ существенныхъ измѣненій, вырскиванія эти не должны дѣлаться вовсе или должны предприниматься только въ случаѣ самой крайней необходимости.

Если вслѣдъ за промываніемъ влагалища не наступило въ скоромъ времени пониженіе температуры и частоты пульса, или же если пуэрперальное заболѣваніе представляется съ самаго начала въ видѣ тяжелой септицеміи, то въ такомъ случаѣ умѣстно, послѣ предварительнаго промыванія влагалища, сдѣлать промываніе полости матки. Объ опасностяхъ, съ которыми сопряжено это промываніе матки, о способѣ его примѣненія и т. д. было уже сказано выше (см. стр. 111). Если внутриматочное спринцованіе было произведено не особенно осторожно, такъ что оно причинило небольшое поврежденіе шейки или отпадающей оболочки, то иногда вслѣдъ за нимъ является потрясающій ознобъ. Если послѣ промыванія матки уменьшилась частота пульса и понизилась температура,

то очевидно, что повторение его не необходимо; но возникает вопрос, какимъ образомъ нужно поступать, если процессъ идетъ впередъ; въ большинствѣ случаевъ второе внутриматочное спринцованіе бесполезно и даже вредно, въ особенности если преобладаютъ явленія перитонита или пельвеоперитонита съ склонностью къ локализованію; если же этихъ явленій не существуетъ и если послѣродовое очищеніе еще имѣетъ гнилостный, очень зловонный запахъ, то можно еще *однѣ* разъ повторить промываніе матки.

Такъ какъ специфическихъ средствъ для лѣченія септицеміи не существуетъ, то главная задача врача, какъ весьма справедливо доказываетъ *Runge* въ различныхъ своихъ статьяхъ по этому предмету, заключается въ томъ, чтобы сдѣлать больной организмъ способнымъ къ противодѣйствію въ борьбѣ съ проникшими въ него микробокками.

Такъ какъ изъ опыта извѣстно, что аппетитъ и пищевареніе при лихорадкѣ значительно разстраиваются, и такъ какъ, съ другой стороны, усиленные процессы окисленія въ лихорадящемъ организмѣ обуславливаютъ быстрое распаденіе бѣлковыхъ веществъ, то мы должны, слѣдовательно, ограничить распаденіе ихъ непосредственнымъ путемъ, а если это невозможно, то мы должны ограничить процессы окисленія и косвеннымъ путемъ уменьшить разложениіе бѣлковыхъ веществъ; эта цѣль, какъ показали точныя изслѣдованія *Binz'a* и др., всего лучше достигается введеніемъ алкоголя въ большихъ количествахъ. Кромѣ того, здѣсь еще имѣетъ значеніе способность алкоголя понижать температуру и усиливать дѣятельность сердца.

Для этой цѣли пригодны всевозможныя чистыя и крѣпкія вина, напр. портвейнъ, хересъ, марсала, мадера, токайское, крѣпкія Рейнска и Мозельскія вина, или греческія вина, изъ которыхъ при поносѣ особенно полезны асканитъ, и наконецъ крѣпкіе сорта Бордосскихъ и Бургундскихъ винъ. Шипучія вина, охлажденныя на льду, оказываютъ большія услуги при склонности ко рвотѣ и при скоропреходящемъ упадкѣ силъ, но они не годятся для продолжительнаго употребленія.

Кромѣ того, можно давать чистый хорошій коньякъ, винный спиртъ, ромъ, аракъ и т. п., либо въ чистомъ видѣ, либо съ водою, молокомъ, чаемъ или съ чернымъ кофе. *Runge* особенно рекомендуетъ коньякъ въ видѣ яичнаго грога, который уже впродолженіе нѣсколькихъ десятилѣтій употребляется въ Бавельской городской больницѣ. Этотъ яичный грогъ прописывается слѣдующимъ образомъ:

Rp. Spir. vini Cognac 60,0  
Vit. ovi unius et dimidii 60,0  
Syr. simpl. 40,0  
Aq. destill. q. s. ad pond. 200,0

M. D. S. Принимать столовыми ложками.

Если, послѣ продолжительнаго употребленія грога, вкусъ его стано-

вится для больной неприятенъ, то для измѣненія или исправленія вкуса нужно прибавлять *Aq. Mentha. pipere.*, *Tinct. amari.*, *Liq. Animon. anisat.* или *Syr. Cortic. Aurantiorum.* У насъ яичный прогъ всегда переносился большими довольно долго, но затѣмъ, какъ только онъ ставился для нихъ неприятенъ, дальнѣйшее употребленіе его совсѣмъ прекращалось на нѣкоторое время. *Runge* совѣтуетъ давать яичный прогъ черезъ каждый часъ по 1—2 столовыя ложки, а поочередно съ нимъ, тоже черезъ каждый часъ, 2—3 столовыя ложки крѣпкого вина, такъ чтобы больная получала алкоголь въ томъ и другомъ видѣ черезъ каждые полчаса.

Поразительно, какое большое количество алкоголя могутъ выносить родильницы при септицеміи, и въ томъ числѣ даже такія, которыя раньше не имѣли привычки къ постоянному употребленію спиртныхъ напитковъ; *Runge* далъ одной больной въ теченіе 12-ти дней 12 бутылокъ портвейна и 1200 грм. коньяку. Я могу только подтвердить заявленіе *Runge*, что при очень высокой лихорадкѣ переносятся безъ вреда такія количества алкоголя, которыя въ нормальномъ состояніи неминуемо вызвали бы сильное опьяненіе. Съ наступленіемъ улучшенія, больная сама отказывается отъ дальнѣйшаго употребленія алкоголя въ большихъ количествахъ.

Кромѣ того, дается молоко въ возможно большихъ количествахъ, — либо въ чистомъ видѣ, либо съ кофе или чаемъ, — аршкій бульонъ съ прибавленіемъ пептона и Либиховскаго мяснаго экстракта, или выжатый мясной сокъ, или приготовленный по рецепту *Liëbig'a* <sup>1)</sup> крѣпкій мясной бульонъ и т. д.; плотной пищи, напр. мяса, лучше избѣгать.

Этотъ методъ укрѣпленія организма можетъ примѣняться, какъ говорить *Runge*, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ отсутствуетъ неукротимая рвота, а по моему мнѣнію — во всѣхъ вообще случаяхъ, гдѣ не существуетъ общаго перитонита. Относительно этой послѣдней болѣзни мы совершенно безсильны; я ни разу не имѣлъ случая видѣть, чтобы укрѣпляющая діета хорошо переносилась при общемъ септическомъ перитонитѣ, и точно также не могу присоединиться къ другому заявленію *Runge*, будто бы сильнѣйшія боли существуютъ именно при самыхъ неблагоприятныхъ формахъ септического перитонита.

Довольно часто намъ случается видѣть, что больныя при тяжелой септицеміи находятся въ сопоровомъ состояніи и лежатъ совершенно безучастно, какъ при тифѣ, и поэтому ввести достаточное количество алкоголя никакъ не удается. Въ этихъ случаяхъ *Runge* рекомендуетъ тепловатая ванны, предложенныя уже раньше *Billroth'омъ* при септи-

<sup>1)</sup> 1 килограммъ мяса, освобожденнаго отъ жира и мелко наскобленнаго, настаивается съ 5 каплями разведенной соляной кислоты въ фарфоровомъ горшкѣ впродолженіе 2—3 часовъ, при частомъ помѣшываніи, затѣмъ, по прибавленіи соли и корнейевъ, нагрѣвается до кипѣнія, вываривается впродолженіе 5 минутъ и, наконецъ, процеживается сквозь сито или выжимается чрезъ платокъ. Этотъ мясной бульонъ дается или въ чистомъ видѣ, или какъ прибавленіе къ супу.

цѣми и *Winckel*'емъ для дѣченія родильницъ; ванны эти, по словамъ *Runge*, особенно полезны при состояніи сонливости и зависящемъ отъ него нежеланіи принимать пищу, при безпокойствѣ, бредѣ, безсонницѣ и т. д.; наконецъ, эти ванны очень полезны при сухой горячей кожѣ съ сильнымъ учащеніемъ пульса.

Прежде я съ трудомъ рѣшался назначать ванны въ родильномъ періодѣ; но въ послѣднее время, и именно въ Базелѣ, гдѣ въ мое отдѣленіе нерѣдко попадаютъ изъ города или изъ деревни очень тяжелые случаи септицеміи, я наблюдалъ при дѣченіи тепловатыми ваннами такіе блестящіе результаты, что могу только рекомендовать это дѣченіе самымъ настоятельнымъ образомъ.

Задача этихъ ваннъ, какъ было выставлено на видъ уже и прежними авторами, состоитъ въ томъ, чтобы усилить кровообращеніе и дыханіе, а также вызвать отвлеченіе на кожу. Этотъ послѣдній эффектъ иногда можетъ быть усиленъ тепловатыми заворачиваніями послѣ ванны.

При перитонитѣ и въ тяжелыхъ случаяхъ метрофлебита существуетъ, какъ я полагаю, противопоказаніе къ употребленію этихъ ваннъ, при перитонитѣ — въ виду того, что онѣ могутъ помѣшать начинающемуся инкапсулированію процесса, а при метрофлебитѣ — въ виду опасности наступленія эмболій.

Ванны предписываются тепловатыя, въ  $24^{\circ}$  R., или постепенно охлаждаемыя до  $22^{\circ}$  R., обыкновенно по одному и никакъ не болѣе двухъ разъ въ день, продолжительностью въ 5—10 минутъ; въ большинствѣ случаевъ 3—4 ванны въ общей сложности оказывались вполне достаточными. Само собою понятно, что ванна должна быть поставлена рядомъ съ кроватью больной и что врачъ долженъ присутствовать въ то время, когда больная находится въ ваннѣ, такъ какъ при наступленіи упадка силъ онъ можетъ успѣшно вмѣшаться въ дѣло, назначивъ вино, кофе или камфору.

Слѣдовательно, эти ванны, собственно говоря, не имѣютъ жаропонижающаго дѣйствія и иногда даже повышаютъ температуру, но зато онѣ часто оказываютъ чрезвычайно поразительное дѣйствіе въ томъ смыслѣ, что усиливаютъ обѣднъ веществъ и всѣ отравленія вообще, а особенно — аппетитъ. Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ я наблюдалъ пониженіе температуры на  $1-1\frac{1}{2}^{\circ}$  послѣ каждой ванны, и тогда я предписывалъ брать ванну всякій разъ, какъ только температура въ подмышечной впадинѣ поднимается выше  $39^{\circ},5$ .

§ 112. Подобно большинству акушеровъ, я стою на той точкѣ зрѣнія, что давать при родильной горячкѣ жаропонижающія средства бесполезно и даже вредно; бесполезны они потому, что ослабляютъ только одинъ симптомъ болѣзни, именно — лихорадку, да и то лишь на короткое время, а вредны — потому, что расширяютъ отравленія слизистой оболочки желудка. По этимъ причинамъ я давно уже отказался

отъ большихъ дозъ хинина, салициловокислаго натра, антифебринъ, фенацетина или антипирина и совсѣмъ даже не пробую новыхъ жаропонижающихъ средствъ. Еще недавно выздоровѣла въ моей клиникѣ одна большая родильною горячкою, поступившая изъ города, которая, не смотря на 50-дневную лихорадку, не получила ни одного миллиграмма какого-либо жаропонижающаго средства.

Если температура очень высока, такъ что лихорадочный жаръ неприятенъ для больной, и если, съ другой стороны, аппетитъ и сонъ удовлетворительны, такъ что еще не существуетъ показанія къ употребленію ваннъ, то умѣстны обмыванія головы, туловища и конечностей холодною водою, въ чистомъ видѣ или съ прибавленіемъ уксуса. Кромѣ того, для охлажденія я предписывалъ прикладывать къ передней поверхности груди, живота и бедеръ холодныя простыни, которыя всегда дѣйствовали очень успѣшно и были весьма пріятны для больныхъ; но я избѣгалъ заворачиваній, имѣя въ виду, что простыни должны быстро и часто смѣняться безъ всякаго движенія тѣла. Эти компрессы, покрывающіе около  $\frac{1}{3}$  поверхности тѣла, обыкновенно также понижаютъ температуру на  $1 - 1\frac{1}{2}^{\circ}$ .

Отвлеченія на кишечный каналъ, введенныя Пражскою школою и бывшія когда-то въ большомъ ходу, совершенно были оставлены, и только *Kehrer* опять рекомендовалъ ихъ въ самое послѣднее время (см. стр. 146); при эндетритѣ можно въ началѣ болѣзни давать слабительныя средства, но при перитонитѣ или параметритѣ они рѣшительно противопоказаны, и я не могу согласиться съ мнѣніемъ *Runge*, будто-бы при перитонитѣ можно съ успѣхомъ дать больной нѣсколько ложекъ кастороваго масла.

Противъ поноса, встрѣчающагося при септицеміи гораздо чаще, не слѣдуетъ сразу принимать терапевтическія мѣры; гнилостныя испражнения навѣрно представляютъ одинъ изъ тѣхъ путей, которыми септический ядъ выводится изъ организма; предсказаніе при этомъ поносѣ не неблагоприятно, если испражнения не слишкомъ обильны и повторяются не слишкомъ часто. (О леченіи поноса см. стр. 148).

Отвлечение на почки, чрезъ которыя, какъ извѣстно изъ опыта, точно также выдѣляются бактеріи, до сихъ поръ обращало на себя, быть можетъ, слишкомъ мало вниманія; съ этою цѣлью можно навначать легкія щелочно-соляныя минеральныя воды (*Selters, Giesshübl, St. Galmier, Sulzmatt, Göppingen*) или также *Obersalzbrunn (Kronenquelle)*, или можно прибавлять къ водѣ минеральныя кислоты или растительныя, напр. бензойную.

Переливаніе крови для замѣны больной крови свѣжею дефибринованною, которое, въ свое время, было предложено *Häüter* оми, теперь уже совершенно вышло изъ употребленія.

Если долго продолжается незначительная лихорадка въ позднѣйшія

недѣли родильнаго періода, то я иногда даю слабые растворы хинина или отвары хинной корки съ прибавленіемъ кислоты, преимущественно какъ горькія тоническія средства для возбужденія аппетита.

Безсонница, въ большинствѣ случаевъ септицеміи очень упорная, проходитъ сама собою съ наступленіемъ улучшенія; иногда я назначаю хлораль-гидратъ или сульфональ въ клистирѣ, но никоимъ образомъ не внутрь.

Въ профилактическомъ отношеніи, особенно при глубокой сонливости и непроизвольномъ выдѣленіи мочи и кала, слѣдуетъ обращать вниманіе на возможность появленія пролежня. Лучше всего класть больную съ самаго начала на водяной матрацъ; если же это невозможно, то подкладывается кольцо, наполненное воздухомъ, или мягкая подушка съ мякиной и т. п.; крестецъ и ягодичная область обмываются 2 раза въ день холодною водою съ небольшимъ прибавленіемъ салициловой кислоты или свинцовой воды, а затѣмъ — разведеннымъ алкоголемъ или камфорнымъ спиртомъ.

Энергическое лѣченіе, если оно ведется по вышеизложеннымъ правиламъ, часто даетъ врачу возможность отнять жертву у септицеміи; но съ улучшеніемъ профилактики эта задача будетъ встрѣчаться все рѣже и рѣже.

Существенную помощь при этомъ можетъ оказывать искусная преданная сидѣлка, привыкшая строго исполнять предписанія врача; самый нѣжный уходъ близкихъ родныхъ часто не можетъ дать того, что въ состояніи сдѣлать опытная сидѣлка.

### ГЛАВА XIII.

#### 7. *Metrophlebitis puerperalis*. Флеботромботическая форма родильной горячки и послѣродовая піэмія.

§ 113. Поводомъ къ пuerperальной піэміи въ значительномъ большинствѣ случаевъ бываетъ метрофлебитъ, т. е. воспаленіе закупоренныхъ венъ маточной стѣнки, чаще всего—въ области прикрѣпленія плаценты. Благоприятствующимъ моментомъ является физиологическій тромбозъ, возникающій въ области прикрѣпленія плаценты и распространяющійся затѣмъ на сосуды матки и широкой связки (plex. ramiformis). Физиологическая остановка кровотока послѣ отдѣленія плаценты отчасти также обуславливается тромбозомъ плацентарныхъ венъ; мало того, по *Leopold'u*, еще во время беременности образуются въ области прикрѣпленія послѣда многочисленные тромбы, которые готовятъ наступленіе родовъ. При нормальныхъ условіяхъ, когда тромбы не подвергаются инфекціи, они не даютъ никакихъ явленій. Эта инфекция можетъ произойти вслѣдствіе того, что микроорганизмы проникли самопроизвольно или были

занесены руками въ тромбъ, которымъ закупоренъ данный сосудъ, или же вслѣдствіе периваскулярнаго воспаления съ нагноеніемъ тромба. При пуэрперальной метрофлебитѣ, вѣроятно, чаще всего нужно предполагать непосредственное зараженіе тромбовъ въ области прикрѣпленія послѣда, пальцами или инструментами.

По тщательнымъ изслѣдованіямъ *Rosenbach'a*, съ которыми согласны изслѣдованія *Pasteur'a*, *Dolérís* и *Ogston'a*, причиною зараженія при пуэрперальной піеміи служатъ тѣ же микробы, что и при септицеміи, преимущественно—*streptococcus pyogenes*, а въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ—*staphylococcus aureus*; возможно также, что бываютъ смѣшанныя инфекціи, производимыя различными микробами, одновременно находящимися въ маткѣ.

Почему одни и тѣ же микробы производятъ въ одномъ случаѣ септицемію, а въ другомъ піемію,—это съ большою вѣроятностью объясняется тѣмъ или инымъ путемъ проникновенія ихъ въ организмъ: въ первомъ случаѣ они проникаютъ преимущественно черезъ лимфатическіе сосуды, а во второмъ—черезъ кровеносные, причемъ микробы распространяются вдоль тромба по внутренней поверхности венозной стѣнки.

Кромѣ того, пока не будутъ добыты болѣе точныя данныя, мы и здѣсь также вынуждены при объясненіи различныхъ формъ болѣзни придавать значеніе ослабленію поступившихъ микроорганизмовъ или поступленію ихъ въ меньшемъ количествѣ.

Хотя изъ предыдущихъ соображеній по поводу этиологіи мы видимъ, что названіе «*pyaemia*» или «*infectio purulenta*» (гноекровіе, гнойное зараженіе), которое ввелъ *Piorry*, оказывается въ настоящее время уже невѣрнымъ, такъ какъ дѣло идетъ совсѣмъ не о переходѣ зараженнаго гноя въ кровь, однако нужно сознаться, что названіе «*pyaemia*» (гноекровіе), особенно какъ противоположеніе септицеміи, настолько укоренилось, что его трудно будетъ замѣнить другимъ, болѣе вѣрнымъ. Затѣмъ, хотя и существуютъ нѣкоторыя отличія въ теченіи пуэрперальной и хирургической піеміи, однако они не настолько значительны, чтобы мы имѣли право противопоставлять пуэрперальной формѣ травматическую піемію.

Въ послѣдующемъ періодѣ очень рѣдко дѣло идетъ о случаяхъ острой идиопатической піеміи, при которой не оказывается первичнаго гнѣзда (криптогенная піемія), такъ что заразное начало проникаетъ лишь чрезъ небольшой разрывъ или уколъ или, можетъ быть, чрезъ дыхательные или пищеварительные пути; наоборотъ, почти всегда дѣло здѣсь идетъ о случаяхъ такъ наз. вторичной піеміи, острой или хронической, при которой имѣется на-лицо первичный гнойный фокусъ. Піемія, по справедливому замѣчанію *Birch-Hirschfeld'a*, не есть специфическая инфекціонная болѣзнь, такъ какъ она вызывается и стрептококками, и стафилококками, а можетъ быть и другими микробами, обладающими еще

большою способностью вызывать нагноеніе. Общая характеристическая черта пізніи состоитъ только въ томъ, что инфекціонные микробы проникаютъ въ сосудистую систему, отчего происходитъ общее зараженіе организма и образованіе гнойныхъ фокусовъ въ отдаленныхъ пунктахъ кровообращенія.

§ 114. Слѣдовательно, въ *патолого-анатомическомъ отношеніи* дѣло обыкновенно идетъ о первичномъ тромбозѣ маточныхъ венъ на большемъ или меньшемъ пространствѣ, причемъ тромбы заражаются вслѣдствіе присоединенія септического или ихорознаго эндометрита. Поводомъ къ этому служатъ прежде всего операции въ третьемъ періодѣ родовъ, при атоническихъ кровотеченияхъ, при отдѣленіи послѣда, при предлежаніи плаценты и вообще при атонической вялой маткѣ, слѣдовательно — чаще у многородящихъ, чѣмъ у первородящихъ; затѣмъ, гнойная или ихорозная флегмона околороматочной клетчатки или флегмона бедра также можетъ повести къ зараженію закупоренныхъ сосудовъ, проходящихъ среди экссудата, причемъ, по *Waldeyer'у*, ихорозное нагноеніе окружающей ткани способствуетъ гнойвидному распаденію тромбовъ.

По нашимъ современнымъ воззрѣніямъ мало вѣроятно, чтобы особенно часто возникали первичные дилатационные или компрессионные тромбозы подъ влияніемъ механическихъ условій, существующихъ въ маломъ тазу во время беременности и родового акта; напротивъ того, въ большинствѣ случаевъ тромбозъ несомнѣнно возникаетъ вторичнымъ путемъ вслѣдствіе давленія, производимаго экссудатами; но, конечно, для отдѣльныхъ случаевъ нельзя отрицать возможности марантического тромбоза при атоническомъ кровотеченіи и наступившемъ вслѣдствіе него ослабленіи дѣятельности сердца.

Если тромбъ хотя и зараженъ, но еще остается плотнымъ, и если онъ удлиняется въ центральномъ направленіи до мѣста впаденія другаго сосуда, то и этотъ сосудъ постепенно заражается, на всемъ своемъ протяженіи или отчасти, причемъ тромбъ, находясь на мѣстѣ раздвоенія, продолжается въ другой сосудъ въ периферическомъ направленіи, или же первоначально закупоривается общій центральный сосудъ. Въ другихъ случаяхъ быстрое распаденіе ихорозно-зараженнаго тромба само по себѣ ведетъ къ поступленію мельчайшихъ обрывковъ его въ систему кровообращенія и къ переполненію послѣдней микробокками, носителями которыхъ служатъ, вѣроятно, безцвѣтные кровяныя тѣльца.

Соотвѣтственно наиболѣе частому нахожденію первичныхъ тромбовъ въ сосудахъ матки, широкой связки и т. д., эти мельчайшіе обрывки тромба попадаютъ въ видѣ септическихъ заносныхъ пробокъ въ нижнюю полую вену, и если они имѣютъ болѣе значительную величину, то задерживаются въ вѣтвяхъ легочной артеріи, преимущественно нижнихъ долей легкихъ, и вызываютъ тамъ образованіе эмболовидныхъ инфарктовъ. Если частицы эти настолько малы, что проходятъ чрезъ капил-



лярную систему легкихъ, то онѣ задерживаются въ мелкихъ сосудахъ печени, селезенки, почекъ, или въ подкожной или межмышечной ткани конечностей, преимущественно—нижнихъ, напр. въ сѣдалищной области и т. д. Смотря по свойствамъ данной эмболической пробки, характеръ вызываемаго ею воспаления будетъ различный.

Въ другихъ случаяхъ дѣло не идетъ о мельчайшихъ частицахъ тромба, прошедшихъ черезъ малый кругъ кровообращенія: въ нѣкоторыхъ именно случаяхъ, какъ было замѣчено еще *Klob'омъ*, шаровидныя разрощенія на верхушкѣ лѣваго желудочка или въ лѣвомъ сердечномъ ушкѣ, находящіяся, быть можетъ, иногда въ связи съ заболѣваніемъ сердечной мышцы, являются источникомъ отрыванія мелкихъ сгустковъ, которые затѣмъ закупориваютъ артеріальные сосуды селезенки, головного мозга, почекъ и т. д.

Если кровяные сгустки, послужившіе исходнымъ пунктомъ для эмболическихъ пробокъ, были свѣжи и доброкачественны, то образуются простые гѣмorrhagическіе инфаркты, имѣющіе въ легкихъ общеизвѣстную клиновидную форму; инфаркты эти не дадутъ никакихъ явленій, а постепенно смерщиваются и исчезаютъ, иногда безъ всякаго реактивнаго воспаления. Но теченіе будетъ существенно иное, если тромбъ былъ зараженъ; въ этомъ случаѣ обыкновенно происходитъ гноевидное размягченіе инфаркта и образуются абсцессы, величиною отъ коноплянаго зерна до лѣваго орѣха, рѣдко до яйца; абсцессы эти въ легкихъ помѣщаются обыкновенно въ нижнихъ доляхъ, ближе къ задней периферіи, причѣмъ число ихъ колеблется отъ 1 или 2 до 40—50. Смотря по мѣстоположенію абсцесса, образуются вокругъ него лобулярныя пневмоніи или присоединяется ограниченный или разлитой гнойный плевритъ, причѣмъ выпотъ обыкновенно бываетъ не такъ обилень, какъ въ другихъ случаяхъ эмпіемы. Рѣдко появляется плевритъ безъ предшествовавшихъ абсцессовъ въ легкихъ.

Вторичныя метастатическія измѣненія брюшины встрѣчаются чрезвычайно рѣдко; иногда мы находимъ лишь небольшое количество кровянисто-окрашенной жидкости въ отдаленныхъ частяхъ брюшной полости. Если въ теченіи пуперерального инфекціоннаго заболѣванія появляется гнойный перитонитъ, а вслѣдъ за нимъ развиваются пѣмические процессы, то перитонитъ въ этомъ случаѣ долженъ все-таки считаться только локализацией пѣмии и не находится съ нею въ непосредственной этиологической связи, такъ что нѣтъ кажется очень страннымъ заявленіе *Witke'я*, будто бы перитонитъ развивается въ 10% всѣхъ случаевъ нослѣдродовой пѣмии. Гораздо чаще при пупереральной пѣмии встрѣчаются измѣненія въ селезенкѣ, печени и почкахъ.

Селезенка обыкновенно представляетъ равномерное увеличеніе всего органа, причѣмъ консистенція ея иногда бываетъ размягченною, а иногда плотною; Мальнигевы тѣльца иногда представляются очень сильно гипер-

плазмированными, а въ другихъ случаяхъ они бываютъ едва видны; селезеночные абсцессы, величиною до горошины или лѣснаго орѣха, встрѣчаются далеко не всегда, и число ихъ обыкновенно бываетъ не болѣе одного или двухъ; рѣдко абсцессы эти прорываются въ полость брюшины, а обыкновенно они бываютъ инкапсулированы, благодаря воспаленію селезеночной сумки (*perisplenitis*).

Подобнымъ же образомъ и въ печени встрѣчается разлитое увеличеніе всего органа съ жировымъ перерожденіемъ (зернистое перерожденіе, по *Klebs'у*); въ другихъ случаяхъ оказываются въ качествѣ патогностическаго симптома пѣміи абсцессы печени, которые уже за много столѣтій раньше считались характеристичными для гнойнаго зараженія крови. Эти абсцессы несомнѣнно также имѣютъ эмболическое происхожденіе; они встрѣчаются чаще въ правой долѣ печени, обыкновенно по нѣскольку экземпляровъ, и вслѣдствіе взаимнаго сліянія могутъ достигать очень значительнаго объема; клиновидную форму въ большинствѣ случаевъ имѣютъ только абсцессы, сидящіе близъ поверхности, тогда какъ абсцессы, помѣщающіеся въ глубинѣ, представляютъ форму болѣе неправильную.

Въ почкахъ при пѣміи также встрѣчается мутное набуханіе съ жировымъ перерожденіемъ мочевыхъ канальцевъ; настоящіе абсцессы здѣсь рѣдко наблюдаются; гораздо чаще мы находимъ капиллярныя эмболіи, обусловленныя скопленіемъ большаго количества микрококковъ. По *Orth'у*, склеивенія этихъ микрококковъ встрѣчаются въ просвѣтѣ мочевыхъ канальцевъ, чаще всего — соотвѣтственно сосочкамъ, и иногда имѣютъ полосатую форму, подобно инфартамъ изъ мочевой кислоты, а иногда представляются въ видѣ кругловатыхъ гнѣздъ, имѣющихъ внѣшнее сходство съ маленькими абсцессами.

Абсцессы встрѣчаются чаще въ корковомъ, нежели въ мякотномъ веществѣ почекъ, и имѣютъ рѣдко выраженную клиновидную форму. Впрочемъ, инфаркты почекъ далеко не всегда подвергаются нагноенію. Рѣдко при этомъ наступаютъ явленія пѣленовфрита.

Особенно часто, по сравненію съ хирургической пѣміей, встрѣчаются при пурперальной пѣміи подкожныя, подфасціальныя и мышечныя нагноенія, какъ послѣдствіе эмболій; нагноенія эти, повидимому, развиваются преимущественно въ такихъ мѣстахъ, гдѣ кожа подвергалась продолжительному давленію, такъ что были нарушены условія ея питанія. Гнойное воспаленіе слизистой сумки въ области большаго вертела, нерѣдко встрѣчающееся при пѣміи, находится, по мнѣнію *Felsenreich'a* и *Mikulicz'a*, въ непрерывной связи съ воспалительными процессами наружныхъ половыхъ частей. Я долженъ сознаться, что позднее появленіе этого воспаленія слизистой сумки въ сообщенныхъ до сихъ поръ исторіяхъ болѣзни очень сильно говоритъ, какъ мнѣ кажется, въ пользу того, что воспаленіе ея должно считаться метастатическимъ. Сюда примыкаютъ также метастатическія нагноенія, развивающіяся въ

суставахъ, особенно въ колѣнномъ, голеностопномъ и плечевомъ, нѣсколько менѣе часто — въ другихъ суставахъ конечностей.

Наконецъ, не очень рѣдко, даже при пиэміи послѣ выкидыша, и особенно у женщинъ, страдающихъ зубомъ, наблюдаются метастатическія нагноенія щитовидной железы, которыя своимъ протекеніемъ въ гортань могутъ быстро повести къ смерти; рѣже встрѣчается метастатическое воспаление окологлазной железы.

Метастазы въ головномъ мозгу и его оболочкахъ наблюдаются вообще рѣдко. Тѣмъ не менѣе, я живо помню одинъ случай, гдѣ я былъ вынужденъ очень долго медлить вскрытіемъ большого пельвеоперитонитическаго абсцесса, пока внезапно не наступили симптомы гнойнаго менингита. И въ этихъ случаяхъ навѣрно дѣло идетъ также о метастазахъ, вследствие занесенія микробовъ или зараженныхъ эмболическихъ пробокъ въ мягкую оболочку и въ корковый слой головного мозга; присутствіе бактерий при этихъ формахъ менингита было констатировано еще въ самомъ началѣ развитія бактериологіи.

Наконецъ, и здѣсь такъ же, какъ и при септицеміи, встрѣчаются измѣненія глазнаго яблока, но преимущественно тромботическаго происхожденія. Бактеріальныя эмболии замѣщаются въ сосудахъ сѣтчатки и сосудистой оболочкѣ и обыкновенно очень быстро приводятъ къ гнойному панопталмиту съ размягченіемъ глазнаго яблока. Эти панопталмиты встрѣчаются будто бы преимущественно тогда, когда существуетъ эндокардитъ съ разрощеніями; но кровоизліянія въ сѣтчатку, основанныя на эмболіяхъ, наблюдаются и при отсутствіи заболѣванія сердца.

Измѣненія эндокардіа будутъ подробно описаны въ главѣ о язвенномъ эндокардитѣ.

Что касается микроскопическаго изслѣдованія крови, то никакого гноя въ ней не существуетъ, вопреки мнѣнію прежнихъ авторовъ, которые были склонны допускать присутствіе его въ крови; характеристичное измѣненіе, какъ было впервые доказано *Birch-Hirschfeld'* омъ, представляетъ только присутствіе микробовъ, между тѣмъ какъ гной и распавшіяся тромбы находятся въ крови лишь тогда, когда какой-нибудь абсцессъ прорвался въ вену. Количество микробовъ въ крови будетъ различно, смотря по характеру болѣзненнаго процесса и по его локализаци.

Наконецъ, для метастатической пиэміи характеристичны измѣненія, происходящія въ тромбахъ сосудовъ, особенно въ виду того, что отъ свойства этихъ измѣненій зависитъ большая или меньшая серьезность заболѣванія, а следовательно и самое предозваніе.

Тромбы въ сосудахъ, проходящихъ среди мѣстнаго абсцесса, образуются отчасти вторичнымъ путемъ вследствие флебита и перифлебита, явившихся результатомъ гнойнаго размягченія окружающей ткани, а отчасти, хотя и рѣдко, они образуются подъ вліяніемъ непосредственнаго зараженія крови.

Гнойное размягчение тромбовъ, ведущее къ эмболиямъ и вытѣсъ съ тѣмъ къ новымъ метастазамъ, начинается обыкновенно въ средней части сосуда, причеиъ гнойныя тѣльца проходятъ чрезъ сосудную стѣнку извнѣ; въ другихъ случаяхъ совсѣмъ не наступаетъ гнойнаго размягченія; в тромбы организуются путемъ образования соединительной ткани; это оплотнѣнне тромбовъ происходитъ, по наблюденіямъ *Тютта*, или таиимъ образомъ, что тромбъ закупориваетъ сосудъ навсегда, причеиъ въ самомъ тромбѣ развивается капиллярная сѣтъ, или же такимъ образомъ, что просвѣтъ сосуда совершенно восстанавливается, и стѣнки его опять покрываются эндотелиемъ.

При хронической піэміи встрѣчаются во всѣхъ органахъ тѣла подобныя же измѣненія, какия были описаны выше, но при этомъ они выражены въ значительно меньшей степени; кромѣ того, обыкновенно оказывается перерожденіе сердечной мышцы, съ желтовато-бурую окраскою.

§ 115. *Симптомы.* Піэмія въ родильномъ періодѣ обыкновенно начинается лишь на второй недѣлѣ. Первая недѣля родильнаго періода можетъ пройти совершенно нормально, или же въ это время существуютъ только незначительныя лихорадочныя явленія, которыя въ большинствѣ случаевъ принимаются за легкую реворсионную лихорадку. Подготовительное повышеніе температуры, констатированное *Heubner*омъ для другихъ формъ піэміи, а тѣмъ болѣе — подготовительное пониженіе температуры, не можетъ считаться характеристичнымъ или постояннымъ явленіемъ при послѣродовой піэміи. Въ большинствѣ случаевъ дѣло начинается съ болѣе или менѣе сильнаго потрясающаго озноба, продолжительность котораго рѣдко бываетъ менѣе  $\frac{1}{4}$  часа, а обыкновенно доходитъ до получаса или даже до двухъ часовъ. Смотря по силѣ озноба, больная при этомъ стучитъ зубами или производитъ сильныя движенія конечностями. Больная при этомъ имѣетъ очень страдальческій, блѣдный; изнуренный видъ, съ осунувшимися и ввалившимися чертами лица. Иногда дѣло ограничивается однимъ или немногими ознобами, и вообще можно сказать, что именно въ тяжелыхъ случаяхъ бываетъ сравнительно меньше ознобовъ, тогда какъ въ другихъ случаяхъ число ознобовъ гораздо болѣе значительно. *Ahlfeld* описалъ одинъ случай съ 57 ознобами, въ которомъ нельзя было найти рѣшительно ни одной локализации, и дѣло окончилось выздоровленіемъ; я самъ видѣлъ недавно въ консультаціонной практикѣ совершенно такой же случай съ 60 потрясающими ознобами, который тоже окончился выздоровленіемъ.

Однократный потрясающій ознобъ еще не есть патогнетическій признакъ послѣродовой піэміи; вѣрнымъ признакомъ ея можетъ считаться только повторное появленіе ознобовъ въ родильномъ періодѣ; съ другой стороны, встрѣчаются несомнѣнные случаи піэміи безъ потрясающихъ ознобовъ.

Настоящей причины, а следовательно и значения потрясающего озноба, мы еще в точности не знаем, но во всякомъ случаѣ дѣло здѣсь идетъ о переполненіи крови протоксическими веществами; однако мнѣніе, будто бы каждый отдѣльный потрясающій ознобъ долженъ считаться признакомъ поступленія эмболической пробки въ систему кровообращенія, оказалось невѣрнымъ, такъ какъ число метастатическихъ гнѣздъ далеко не соответствуетъ числу потрясающихъ ознобовъ.

Пѣмическая лихорадка, начинаясь потрясающимъ ознобомъ, поднимается въ большинствѣ случаевъ очень быстро, такъ что уже по прошествіи  $\frac{1}{2}$ —1 часа она доходитъ до  $41-42^{\circ}$  Ц. или еще выше; температура недолго остается на этой высотѣ, а падаетъ уже въ періодъ пота. Лихорадка имѣетъ сильно ремиттирующій или даже неправильно интермиттирующій характеръ; температура послѣ значительнаго повышенія можетъ быстро упасть до нормы, или же она остается на среднихъ цифрахъ, достигая  $38-39^{\circ}$ ; въ другихъ случаяхъ лихорадка совсѣмъ прекращается на одинъ или нѣсколько дней; съ каждымъ новымъ потрясающимъ ознобомъ температура опять поднимается очень высоко. Наивысшія температуры не должны обязательно совпадать съ обычными вечерними повышеніями, такъ что утромъ можетъ обазаться высокая лихорадка, а вечеромъ температура можетъ упасть до нормы.

Если болѣзнъ дѣлаетъ поворотъ къ улучшенію, то полное прекращеніе лихорадки лишь въ рѣдкихъ случаяхъ наступаетъ быстро, а по большей части она падаетъ до нормы очень медленно, тогда какъ въ случаяхъ съ неблагоприятнымъ исходомъ лихорадка обыкновенно продолжаетъ повышаться до самой смерти. Ознобы могутъ возобновиться даже послѣ 14-дневнаго перерыва.

Пульсъ, конечно, до извѣстной степени слѣдуетъ за повышеніемъ и паденіемъ лихорадки; характеристическое отличіе пѣміи отъ септицеміи состоитъ въ томъ, что средняя частота пульса бываетъ болѣе низкою; но частота пульса можетъ подняться болѣе значительно, если поражены важные для жизни органы; при высокой фектической лихорадкѣ и обусловленномъ ею истощеніи силъ, болѣе значительное учащеніе пульса, если оно продолжается долгое время, точно также имѣетъ дурное прогностическое значеніе.

Явленія пурперальной пѣміи во всемъ остальномъ ничѣмъ особеннымъ не отличаются отъ явленій пѣміи вообще; картина болѣзни будетъ существенно различна, смотря по тому, въ какихъ мѣстахъ образуются метастазы.

§ 116. Вообще, больныя часто поразительно оправляются въ промежутки между отдѣльными потрясающими ознобами; но въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, съ увеличеніемъ числа бывшихъ уже ознобовъ, больныя худѣютъ, становятся блѣдными, очень слабыми, и у нихъ поч-

ти никогда не бывает того субъективнаго чувства благосостоянія, которое свойственно самым тяжелымъ формамъ септицеміи.

Аппетитъ вначалѣ еще бываетъ довольно сноснымъ во время безлихорадочныхъ промежутковъ, но въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни онъ все болѣе и болѣе уменьшается; языкъ покрывается налетомъ, но лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, да и то только въ позднѣйшей стадіи болѣзни, онъ становится сухимъ, фульгинознымъ; въ первое время часто существуетъ запоръ, а впоследствии появляется легкій поносъ; иногда съ примѣсью крови.

Отдѣленіе мочи постепенно уменьшается, и въ ней появляется бѣлокъ съ цилиндрами или безъ цилиндровъ, даже при отсутствіи инфарктовъ въ почкахъ; если же существуютъ такіе инфаркты, то обыкновенно моча въ теченіе болѣе короткаго или долгаго времени содержитъ примѣсь крови.

Присутствіе пептона въ мочѣ, служащаго при піеміи, какъ и при цѣломъ рядѣ другихъ болѣзней, симптомомъ распада гнойныхъ клетокъ, уже не имѣетъ въ нашихъ глазахъ особеннаго значенія съ тѣхъ поръ, какъ *Fischel* доказалъ, что пептонурія встрѣчается и въ нормальномъ послѣродовомъ періодѣ.

Соответственно частому образованію инфарктовъ въ легкихъ, піемія нерѣдко сопровождается колотьемъ въ груди, приступами одышки, временнымъ кровохарканьемъ и изверженіемъ катарральной гнойной мокроты. Обнаружить объективнымъ изслѣдованіемъ присутствіе легочныхъ инфарктовъ удастся только тогда, когда они имѣютъ большой объемъ и помѣщаются ближе къ периферіи, особенно — въ задней части нижнихъ долей, гдѣ иногда констатируется легкое притупленіе, которое при центральныхъ инфарктахъ отсутствуетъ; если одновременно поражена плевра, то присоединяются плевритическое колотье въ груди, плевритическій шумъ тренія или даже объективные признаки выпота. Иногда въ этому еще присоединяются явленія лобулярной пневмоніи.

Довольно часто я встрѣчалъ метастазы въ подкожной клетчаткѣ конечностей и въ кожѣ сѣдалищной и крестцовой областей. При этомъ очень скоро появляется ограниченная припухлость и болѣзненность съ краснотой кожи, а впоследствии обнаруживается выделение, причѣмъ нагноеніе обыкновенно ограничивается впервые пораженнымъ мѣстомъ. Эта локализация піемическаго яда должна считаться рѣшительно благопріятною.

Не такъ легко констатируются абсцессы и инфаркты въ селезенкѣ и почкахъ; что касается абсцессовъ, то присутствіе ихъ не можетъ считаться строго доказаннымъ даже при очень сильномъ колотьи въ селезенкѣ, такъ какъ увеличеніе этого органа встрѣчается при піеміи независимо отъ абсцессовъ.

Абсцессы печени при послѣродовой піеміи вообще составляютъ рѣдкость; только большой абсцессъ можетъ быть констатированъ по огра-

ниченному увеличенію печеночной туности и по чувствительности органа. Желтуха, встрѣчающаяся при піеміи довольно часто и придающая кожѣ желтовато-грязный оттѣнокъ, должна, вѣроятно, въ большинствѣ случаевъ считаться гематогенною, хотя возможна и гепатогенная желтуха вследствие закупорки общаго желчнаго протока, обыкновенно — въ двѣнадцатиперстной кишкѣ. Желтуха при послѣродовой піеміи будто бы не имѣетъ такого неблагоприятнаго значенія, какъ при хирургической піеміи.

Гораздо чаще, наряду съ подкожными флегмонами, встрѣчаются у родильницъ воспаленія суставовъ; при этомъ одинъ суставъ, въ особенности — локтевой или коленный, а иногда нѣсколько суставовъ одновременно становятся чувствительными, припухшими, и всякое движеніе, даже самое незначительное, является источникомъ невыносимыхъ болей; въ концѣ концовъ при тяжелыхъ формахъ піеміи иногда быстро появляется краснота кожи, и наступаетъ прободеніе абсцесса, если онъ не былъ вскрытъ раньше. Гнойныя воспаленія тазовыхъ суставовъ обыкновенно возникаютъ путемъ непрерывнаго распространенія съ половыхъ органовъ и только въ рѣдкихъ случаяхъ метастатическимъ путемъ.

Въ шитовидной железѣ точно также случается наблюдать припухлость, красноту и нагноеніе, и тогда особенно необходимо позаботиться о томъ, чтобы своевременно доставить гною выходъ наружу.

Метастатическаго воспаленія грудной железы, будто бы встрѣчающегося въ видѣ симптома послѣродовой піеміи и иногда даже въ видѣ единственнаго проявленія этой болѣзни, я никогда еще не видалъ, а всегда признавалъ въ таковыхъ случаяхъ первичное воспаленіе железы. Конечно, нельзя сомнѣваться въ томъ, что метастатическое воспаленіе грудной железы дѣйствительно иногда встрѣчается, но это бываетъ очень рѣдко. Что касается піемическихъ мозговыхъ явленій, обнаруживающихся иногда къ концу жизни, то опредѣлить съ полною достоверностью, что это суть дѣйствительно мозговья явленія, никогда не бываетъ возможно, такъ какъ при значительномъ истощеніи тяжелою и долгою болѣзнию могутъ вследствие расстройствъ питанія появиться подобныя же симптомы, а именно: сонливость, апатія и проч.

§ 117. Затѣмъ къ числу симптомовъ флеботромботической формы родильной горячки принадлежитъ еще тромбозъ бедренныхъ венъ, который однако далеко не всегда имѣетъ подобное значеніе.

Если тромбозъ распространился отъ мѣста привѣрженія плаценты чрезъ *plexus ramipiformis* въ *v. spermatic. int.*, то можетъ появиться или полная, или частичная закупорка *v. hypogastr.* или *v. cruralis*.

Такъ какъ тромбозы венъ имѣютъ патогностическое значеніе для флеботромботической формы родильной горячки, то и неудивительно, что при этой формѣ, и въ частности при послѣродовой піеміи, встрѣчается тромбозъ бедренной вены; нужно только удивляться тому, что эта форма заболѣванія не наблюдается еще чаще, или даже постоянно, такъ какъ

тромбозы тазовых венъ часто соутствуютъ гнойной флегмонѣ тазовой влѣтчатки.

Мы должны представить себѣ дѣло такимъ образомъ, что тромбозъ бедренной вены въ этихъ случаяхъ возникаетъ путемъ распространенія тромба изъ подчревной вены въ наружную подвздошную и бедренную; симптомы будутъ различны, смотря по тому, существуетъ ли полная или только частичная закупорка просвѣта вены. Даже при полной закупоркѣ просвѣта бедренной вены коллатеральное кровообращеніе, хотя и съ трудомъ, совершается чрезъ развѣтвленія *v. circumflexae ilium*, а также чрезъ развѣтвленія *v. pudendae int.* и *v. ischiadicae*, впадающія въ подчревную вену, и поэтому гангрена конечностей почти никогда здѣсь не встрѣчается.

Если дѣло идетъ о простомъ тромбозѣ, то симптомы закупорки вены часто являются первоначально на одной изъ нижнихъ конечностей, — и притомъ въ большинствѣ случаевъ, какъ извѣстно, на лѣвой, — тогда какъ на другой конечности они обнаруживаются лишь спустя 8—12 дней, именно въ то время, когда тромбъ дошелъ до мѣста впаденія *v. iliac. com.* въ нижнюю полую вену. Но въ некоторыхъ случаяхъ, конечно, нѣтъ необходимости допускать, что дѣло идетъ этимъ именно путемъ; тѣ же самыя условія, которыя вызвали на одной сторонѣ тромбозъ *v. hypogast.* съ послѣдовательнымъ тромбозомъ бедренной вены, могутъ оказывать такое же дѣйствіе и на другой сторонѣ, подобно тому, какъ тромбозъ обѣихъ бедренныхъ венъ при околоматочной флегмонѣ въ значительномъ большинствѣ случаевъ зависитъ отъ одновременнаго существованія флегмоны въ обѣихъ половинахъ таза.

Послѣдствіемъ полного или частичнаго тромбоза бедренной вены является быстрое отечное опуханіе кожи, подкожной влѣтчатки, подфасциальной и межмышечной соединительной ткани; при очень обширномъ тромбозѣ отечная инфильтрація бываетъ чрезвычайно твердою и напряженною, кожа становится блестящею, гладкою, бѣлою, въ области лодыжекъ остаются послѣ надавливанія пальцемъ глубокія впадины; болѣзненность при этой формѣ бываетъ не очень велика, и только по направленію болѣе крупныхъ венозныхъ стволовъ существуетъ чувствительность къ давленію, такъ какъ въ области тромбоза часто развивается легкій перифлебитъ. Теченіе обыкновенно бываетъ весьма хроническое; тромботическіе процессы сопровождаются незначительною лихорадкою; отекъ исчезаетъ очень медленно, благодаря тому, что тромбъ постепенно организуется и просвѣтъ вены опять становится свободнымъ, или же благодаря тому, что для кровообращенія открываются новые пути чрезъ расширенныя сосѣднія вены.

Болѣзнь обыкновенно продолжается 6—8 недѣль.

Конечно, теченіе будетъ совершенно иное, если тромбы заражены, если они подвергаются гноевидному распаденію; въ этихъ случаяхъ дѣло



доходить до инфекционных эмболий, при повторных потрясающих ознобах, и больная умирает сравнительно быстро, вследствие чего вторичные изменения нижних конечностей не успевают достигнуть такой высокой степени, какъ при простомъ тромбозѣ.

§ 118. Относительно измененій глазнаго яблока необходимо упомянуть, что, кромя септического воспаления сѣтчатки, съ описанными *Roth*'омъ пятнами, при пиэмии наблюдаются еще кровоизліянія въ сѣтчатку, а особенно — гнойный панофтальмитъ.

Исходнымъ пунктомъ для этого послѣдняго служитъ или гнойное воспаление сосудистой оболочки, обусловленное язвеннымъ эндокардитомъ, или гнойное воспаление сѣтчатки, развившееся вследствие эмболии arter. centralis retinae или одной изъ болѣе крупныхъ ея вѣтвей, съ вторичнымъ нагноеніемъ стекловиднаго тѣла и сосудистой оболочки. Микроскопическое изслѣдованіе обыкновенно обнаруживаетъ присутствіе колоній микробковъ въ сосудахъ сѣтчатки, сосудистой оболочки и т. д.

Замѣчательно, что панофтальмитъ при пуэрпальной пиэмии встрѣчается, по свидѣтельству авторовъ, гораздо чаще, чѣмъ при хирургической пиэмии; посредствующимъ звеномъ, вѣроятно, служитъ язвенный эндокардитъ.

Мѣстные явленія со стороны матки и ея придатковъ при начинающемся флеботромбозѣ бываютъ въ большинствѣ случаевъ очень незначительны; иногда съ помощью двойнаго изслѣдованія, предпринятаго въ виду незначительной лихорадки, удается констатировать въ маткѣ или широкой связкѣ небольшія припухлости, служація выраженіемъ тромбозовъ *plexus rampriformis*, которые могутъ быть или первичные, или распространившіеся по продолженію изъ другой вены. Сопутствующій эндометритъ, съ гнилостными зловонными лохіями, не представляетъ самъ по себѣ ничего характеристичнаго для пиэмии; мало того, при ясно выраженной послѣродовой пиэмии симптомы заболѣванія матки и ея придатковъ часто исчезаютъ поразительно быстро; въ другихъ случаяхъ ограниченная припухлость маточной стѣнки или широкой связки еще долго остается въ качествѣ единственной локализаци болѣзненнаго процесса.

Если въ теченіи пиэмии дѣло доходить до очень ранняго и быстрого распаденія болѣе значительныхъ тромбовъ въ области прикрѣпленія плаценты и если распавшіеся тромбы извергаются въ полость матки, то это влечетъ за собою обильныя послѣдовательныя кровотеченія, чаще всего — между 3-й и 6-й недѣлей родильнаго періода; кровотеченія эти очень быстро истощаютъ больную и имѣютъ неблагоприятное прогностическое значеніе.

§ 119. *Распознаваніе* послѣродовой пиэмии должно основываться прежде всего на присутствіи метастатическихъ воспалительныхъ гнѣздъ, для которыхъ исходнымъ пунктомъ послужило первичное гнѣздо, найденное во внутреннихъ половыхъ органахъ. Характеристичными должны счи-

таться высокая ремиттирующая или интермиттирующая лихорадка и потрясающіе ознобы; но если дѣло ограничилось только *однократнымъ* ознобомъ, который затѣмъ уже не повторялся, то діагнозъ послѣродовой піэміи долженъ всегда ставиться съ осторожностью. Въ другихъ случаяхъ, не смотря на многократные ознобы, бываетъ невозможно найти метастатическія гнѣзда, и тѣмъ не менѣе долженъ быть поставленъ діагнозъ послѣродовой піэміи въ виду пуэрперального состоянія больной, въ виду лихорадки и ознобовъ; наконецъ, въ третьемъ рядѣ случаевъ нельзя найти первичнаго гнѣзда для объясненія существующихъ метастазовъ.

Такъ какъ вторичный тромбозъ бедренной вены и ея развѣтвленій наблюдается при не-гнойной тазовой флегмонѣ, при флегмонѣ бедра или при непрерывномъ распространеніи тромба изъ подкожной и большеберцовой вены въ бедренную, то это показываетъ, что онъ очень часто встрѣчается и безъ піэміи.

Чрезвычайно рѣдко намъ приходится при постановкѣ дифференціального діагноза колебаться между послѣродовою піэміею и болотною лихорадкою въ родильномъ періодѣ; поводъ къ этому можетъ явиться только въ такой мѣстности, гдѣ господствуетъ малярія, или у такой родильницы, которая раньше жила въ подобной мѣстности.

Предсказаніе при послѣродовой піэміи всецѣло зависитъ отъ степени инфекции. Бываютъ случаи, гдѣ піэмія оканчивается смертью уже на 2-й или 3-й недѣлѣ родильнаго періода, благодаря тому, что тромбы съ самаго начала подверглись гнойному зараженію въ очень сильной степени; въ другихъ же случаяхъ наступаетъ выздоровленіе, не смотря на то, что потрясающій ознобъ повторялся 60 разъ. Предсказаніе зависитъ и оттого, насколько важны пораженные органы; абсцессы въ легкихъ, печени или почкахъ всегда имѣютъ чрезвычайно серьезное значеніе, тогда какъ метастазы въ подкожной и межмышечной вѣтчаткѣ или въ плеврѣ не должны считаться безусловно смертельными, потому что здѣсь существуетъ возможность посредствомъ разрѣза доставить нагноившейся ткани свободный выходъ изъ тѣла. Насколько микробоки при піэміи могутъ выводиться изъ организма почками, — объ этомъ въ настоящее время ничего опредѣленнаго еще неизвѣстно.

Слѣдовательно, хотя предсказаніе при пуэрперальной піэміи должно всегда считаться серьезнымъ, но оно не въ такой степени безусловно неблагоприятно, какъ это думаютъ нѣкоторые авторы; высота лихорадки и число ознобовъ, какъ мы уже сказали, не имѣютъ рѣшающаго значенія; напротивъ того, именно въ случаяхъ, гдѣ болѣзнь тянется очень долго, предсказаніе вообще болѣе благоприятно, нежели въ такихъ, гдѣ она очень быстро развивается до того, что наступаютъ тяжелые симптомы. Вообще, дѣло имѣетъ такой видъ, какъ будто со времени введенія антисептики случаи піэміи стали протекать въ болѣе легкой формѣ.

§ 120. *Лѣченіе* должно состоять прежде всего въ профилактикѣ,

т. е. мы должны заботиться о томъ, чтобы предотвратить обширные тромбозы въ области малого таза. Это можетъ быть достигнуто лишь до известнаго предѣла, такъ какъ въ третьемъ періодѣ родовъ уже физиологически всегда происходитъ образованіе тромбовъ; но мы имѣемъ возможность, особенно при атоніи матки, принять мѣры къ тому, чтобы тромбы эти не сдѣлались слишкомъ большими и распространенными и чтобы они впоследствии не были вытѣснены въ циркулирующую кровь сокращеніями матки въ родильномъ періодѣ, а особенно — движеніями родильницы.

Къ числу этихъ профилактическихъ мѣръ я отношу рациональное веденіе 3-го періода родовъ, съ тщательнымъ наблюденіемъ за маткою, а въ позднѣйшее время, при наклонности къ атоніи, — прикладываніе пузыря со льдомъ и употребленіе эрготина, затѣмъ строгое воспрещеніе принимать сидячее положеніе или дѣлать быстрыя и сильныя движенія въ постели въ первые 8 дней послѣ родовъ; но пассивныя сгибанія и разгибанія нижнихъ конечностей, производимыя съ самаго начала родильнаго періода, я считаю рациональными, если этому не препятствуютъ разрывы промежности.

Чрезвычайно важно также избѣгать излишнихъ манипуляцій въ послѣдовомъ періодѣ и по окончаніи его, чтобы этимъ самымъ не вызвать зараженія неизбежныхъ тромбовъ. Кроме того, при появленіи пuerperального эндометрита, особенно послѣ искусственнаго отдѣленія плаценты или послѣ родовъ съ предлежаніемъ плаценты, мы должны по возможности рано приступать къ лѣченію его согласно вышеизложеннымъ правиламъ.

Если въ связи съ метрофлебитомъ уже наступили піэміческіе метастазы вслѣдствіе распаденія зараженныхъ тромбовъ, то противъ лихорадки и потрясающихъ ознобовъ мы не можемъ многого сдѣлать. Во время потрясающаго озноба можно ограничиться теплымъ укутываніемъ больной, согрѣваніемъ ея съ помощью горячихъ бутылокъ и по возможности быстрымъ доставленіемъ горячаго питья въ большихъ количествахъ, особенно — грога, глинтвейна, горячаго кофе или чая.

Чрезмѣрно высокія температуры, во время наростанія лихорадки послѣ ознобовъ, не требуютъ особаго лѣченія, такъ какъ онѣ никогда не держатся долго, а падаютъ быстро до нормы или до умѣренной субфебрильной температуры. Впрочемъ, другіе авторы, какъ напр. *Winckel*, совѣтуютъ давать при очень сильныхъ ознобахъ большіе приемы сѣрнокислаго хирина (1,0—1,5 грм. pro dosi); въ одномъ случаѣ послѣродовой піэміи *Winckel* далъ родильницѣ приблизительно въ теченіе 6-ти недѣль 53,3 грм. хирина, причѣмъ въ нѣкоторые дни больная получала до 3,5 грм. Вмѣсто хирина, можно давать также антифебринъ (0,2—0,3 грм.), таллинъ (1,0 грм.) или фенацетинъ (0,5—1,0 грм.); но назначать антипиринъ въ часто повторяемыхъ большихъ дозахъ не слѣдовало бы, такъ какъ это опасно. Хотя я не принадлежу къ числу

поклонниковъ подобнаго лѣченія лихорадки, но все-таки охотно допускаю, что въ частной практикѣ врачу иногда поневолѣ приходится что нибудь предпринимать противъ этого симптома, наиболѣе мучительнаго какъ для самой больной, такъ и для ея родныхъ.

Съ появленіемъ ознобовъ, безусловно необходимо предписать полный покой всего тѣла; я помню изъ моей консультаціонной практики рядъ случаевъ, гдѣ одно уже выполненіе этого условія оказалось достаточнымъ для предотвращенія дальнѣйшаго отрыванія тромбовъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и для предотвращенія дальнѣйшихъ ознобовъ. Если уже существуютъ метастазы, то необходимо хирургическое вмѣшательство, какъ это въ послѣднее время опять убѣдительно выставилъ на видъ *Rose*. Работа *Felsenreich*'а и *Mikulicz*'а, потерявшихъ всего 2-хъ больныхъ изъ числа 35-ти, показываетъ, какіе благопріятные результаты могутъ быть достигнуты при своевременномъ вмѣшательствѣ.

§ 121. Если появились метастатическія воспаленія суставовъ, то послѣдвіе должны быть фиксированы неподвижною повязкою; вначалѣ нужно лѣчить воспаленные суставы прикладываніемъ льда (особенно цѣлесообразнымъ здѣсь оказывается Лейтеровскій охлаждающій аппаратъ), а впоследствии необходимо по возможности рано вскрыть суставъ и въ случаѣ надобности ввести дренажъ, или сдѣлать резекцію, согласно общепринятымъ въ настоящее время хирургическимъ правиламъ. Предсказаніе, какъ замѣтилъ *Billroth*, бываеетъ здѣсь въ большинствѣ случаевъ болѣе благопріятнымъ, чѣмъ при хирургической піеміи.

При метастатическихъ абсцессахъ подкожной клетчатки и межмышечной соединительной ткани мы точно также должны рекомендовать по возможности ранній разрѣзъ съ введеніемъ дренажа; операція эта даетъ здѣсь очень хорошіе результаты. На всякій случай, необходимо предпочесть разрѣзу пробный проколъ.

То же самое относится и къ гнойному плевриту, если онъ своевременно распознанъ и если для большей увѣренности сдѣланъ еще пробный проколъ. И здѣсь также не слѣдуетъ ограничиваться простымъ проколомъ, а нужно сдѣлать широкій разрѣзъ, въ случаѣ надобности — съ резекціей ребра.

По отношенію къ абсцессамъ легкихъ, селезенки и почекъ мы совершенно безсильны; при абсцессахъ печени разрѣзъ едва-ли уже можетъ принести пользу, такъ какъ съ появленіемъ ихъ въ большинствѣ случаевъ бываетъ связано неблагопріятное предсказаніе.

Что касается лѣченія послѣдоваго тромбоза бедренныхъ венъ, то здѣсь слѣдуетъ по возможности рано дать больной конечности приподнятое положеніе, съ умѣреннымъ сгибаніемъ въ колѣнномъ суставѣ; если существуютъ боли въ области *v. femoralis* или *v. saphenae*, то полезно прикладывать къ соответствующему мѣсту сначала холодные, а впоследствии теплые Присницевскіе компрессы. Втиранія ртутной мази, которыя

прежде были столь употребительны, я считаю очень опасными и настоятельно совѣтую къ нимъ не прибѣгать. Втиранія эти ведутъ свое происхожденіе съ того времени, когда метастатическое воспаленіе еще считалось болѣзнью самостоятельною, которую тогдашніе врачи, стоявшіе на почвѣ ученія о кразахъ, вполне справедливо пытались устранять опредѣленными специфическими лѣкарствами.

При современныхъ взглядахъ на происхожденіе тромбоза и — въ частности — инфицированныхъ тромбовъ, втираніе ртутной мази не имѣетъ никакого смысла, и къ тому же самая манипуляція втиранія въ пораженное бедро сопряжена съ большою опасностью, такъ какъ могутъ быть вызваны новыя эмболии. Если *Winckel* говорить, что получалъ хорошіе результаты при эндерматическомъ примѣненіи ртутной мази, то я, съ другой стороны, могу похвалиться столь же хорошими результатами, достигнутыми безъ этого средства.

Примѣнять при піеміи тепловатыя ванны, восхваляемыя *Runge* при лѣченіи септицеміи, я бы не совѣтовалъ, такъ какъ здѣсь невозможно предотвратить сильныя движенія тѣла, а вмѣстѣ съ тѣмъ — отрываніе отдѣльныхъ тромбовъ и поступленіе ихъ въ циркулирующую кровь.

Въ одномъ случаѣ тяжелой метастатической пневмоніи и плеврита послѣ тазовой флегмоны эти ванны оказались не въ состояніи возстановить аппетитъ и отсрочить наступленіе смертельнаго исхода.

Напротивъ того, и здѣсь также, какъ при лѣченіи септицемической формы родильной горячки, на первомъ планѣ стоитъ возможно энергическое питаніе больныхъ, а равно и лѣченіе алкоголемъ, которое уже раньше предложили *Conrad* и *Breisky*, а въ послѣднее время — *Runge*. Такъ какъ перитонитъ при піеміи встрѣчается очень рѣдко, то средства эти здѣсь скорѣе способны принести нѣкоторую пользу.

Всѣ многочисленныя средства, рекомендовавшіяся въ прежнее время для лѣченія піемическихъ лихорадокъ, — напр. *Tinct. Aconiti*, *Ol. Amygdalar. amarar.*, *Ol. Terebinth.*, ртутные и іодистые препараты, сѣрнистокислыя соли, — могутъ быть спокойно преданы забвенію.

Кромѣ хинина, даваемого какъ *gobogals*, можно еще назначать развѣ только наркотическія средства при очень сильныхъ боляхъ, обусловленныхъ воспаленіями суставовъ, абсцессами и т. д.; если появляются признаки ослабленія дѣятельности сердца, то я заблаговременно назначаю камфору, эфиръ или мускусъ, но всего охотнѣе впрыскиваю камфору подъ кожу, для того чтобы шадить желудокъ.

Симптомы со стороны легкихъ лѣчатся по общимъ правиламъ; при плевритическихъ боляхъ необходимо облегчить отхаркиваніе, назначая *Infusum Ipecacuanhae* или *Liq. Ammon. anis.*; что при эмпіемѣ долженъ быть по возможности рано сдѣланъ разрѣзъ, — объ этомъ я уже говорилъ.

Если моча содержит бѣлокъ, то нужно давать слабыя щелочно-углекислыя воды, напр. Geilnau, Sulzmatt, Göppingen и т. д.

Большое значеніе имѣетъ предупрежденіе пролежней, въ виду того, что болѣзнь часто тянется цѣлыми мѣсяцами. Тщательное соблюденіе чистоты, обмываніе спины и крестцовой области водою, а особенно съ прибавленіемъ спиртныхъ жидкостей, натираніе камфорнымъ спиртомъ и подкладываніе подушекъ, наполненныхъ воздухомъ или водою, оказываются здѣсь наилучшими профилактическими мѣрами.

Ни въ какомъ случаѣ не должно быть дозволено больной встать слишкомъ рано съ постели; послѣ послѣдняго озноба и прекращенія лихорадки я считаю 3 недѣли кратчайшимъ срокомъ, по истеченіи котораго можно дозволить больной, чтобы она встала съ постели и начала ходить.

#### ГЛАВА XIV.

##### 8. Endocarditis ulcerosa (s. maligna, diphtheritica) puerperalis.

##### Бактеріальное воспаленіе эндокардіа.

§ 122. Новѣйшія изслѣдованія показали, что язвенный эндокардитъ въ родильномъ періодѣ представляетъ лишь особую локализацию септицеміи; если же я описываю его въ отдѣльной главѣ, то это дѣлается впервыхъ потому, что онъ въ рѣдкихъ случаяхъ дѣйствительно встрѣчается вполнѣ изолированно, безъ другихъ локализаций, а вовторыхъ потому, что по своей этиологіи и своимъ симптомамъ онъ, какъ мнѣ кажется, не можетъ быть вполнѣ отнесенъ ни къ септицемической, ни къ пѣмической формѣ родильной горячки; его скорѣе можно отнести къ той формѣ болѣзни, которая описывается хирургами подъ именемъ септикопѣміи, и вотъ почему онъ описывается мною въ отдѣльной главѣ.<sup>1</sup>

Причина возникновенія язвеннаго эндокардита долго оставалась неясною, и только одно было извѣстно, благодаря изслѣдованіямъ Virchow'a, что существующій уже эндокардитъ предрасполагаетъ къ возникновенію злокачественной формы его въ родильномъ періодѣ; но изслѣдованія, имѣющіяся въ настоящее время, даютъ намъ право принять, что и здѣсь непосредственнымъ этиологическимъ моментомъ также должны считаться микробы. Впрочемъ, результаты существующихъ изслѣдованій еще весьма противорѣчивы: Stern и Hirschler, при вскрытіи трупа одной больной, умершей вслѣдствіе язвеннаго эндокардита, нашли въ паренхиматозныхъ жидкостяхъ смѣсь различныхъ микробовъ, именно staphylococcus pyogenes aureus et albus и стрептококки, между тѣмъ какъ Weichselbaum, при изслѣдованіи цѣлаго ряда случаевъ, лишь въ одномъ изъ нихъ нашелъ смѣсь различныхъ видовъ бактерій (streptococcus pyogenes, diplococcus pneumon. и еще одинъ бациллъ, отъ ко-

того не было получено разводокъ), а во всѣхъ остальныхъ — только по одному виду бактерій, именно *streptococcus pyogenes*, или *diplococcus pneumoniae*.

Слѣдовательно, дѣло имѣетъ такой видъ, какъ будто язвенный эндокардитъ можетъ быть вызываемъ очень различными видами бактерій; однако, необходимо еще выждать подтвержденія; но, судя по всѣмъ другимъ нашимъ свѣдѣніямъ, это представляется мало вѣроятнымъ, а нужно думать, что и здѣсь стрептококки должны несомнѣнно считаться настоящими возбудителями болѣзни, между тѣмъ какъ другіе кокки и бациллы, вѣроятно, встрѣчаются только случайнымъ образомъ, или же мы здѣсь имѣемъ дѣло со смѣшанными инфекціями.

Остатки предшествовавшего эндокардита повидимому предрасполагаютъ къ заболѣванію; однако, болѣзнь можетъ развиваться и въ такихъ случаяхъ, гдѣ сердце до тѣхъ поръ было несомнѣнно здорово. Но почему въ одномъ случаѣ стрептококки поселяются на клапанахъ сердца, а въ другомъ — нѣтъ, это для насъ еще остается темнымъ.

Что касается патолого-анатомическихъ измѣненій, то мы находимъ на эндокардіи, по описанію *Ziegler'a*, небольшія желтовато-бѣлыя пятна, которыя вскорѣ превращаются въ маленькія язвы. Поверхность этихъ послѣднихъ становится шероховатою, и на ней образуются сѣрыя, или сѣро-красноватая, или бѣлыя отложенія фибрина. Въ верхнихъ частяхъ маленькихъ трещинъ находится громадное скопленіе микрочкокковъ, которые отсюда проникаютъ въ щели соединительной ткани.

Вышеописанныя измѣненія встрѣчаются почти исключительно на клапанахъ лѣваго сердца, особенно на двустворчатомъ и нѣсколько мѣнѣе часто на аортальныхъ, между тѣмъ какъ на клапанахъ праваго они наблюдаются очень рѣдко; клапаны вслѣдствіе этого неравномѣрно утолщены; въ сердечной мышцѣ тоже находятся многочисленные милиарные абсцессы, состоящіе изъ колоній микрочкокковъ.

По *Virchow'u*, свѣжія измѣненія сердечныхъ клапановъ бываютъ иногда настолько незначительны, что при вскрытіи трупа легко могутъ остаться незамѣченными, тѣмъ болѣе, что процессъ имѣетъ вначалѣ паренхиматозный характеръ и не сразу захватываетъ поверхность клапана. Язвенный эндокардитъ можетъ встрѣчаться безъ существеннаго заболѣванія половыхъ органовъ, особенно при врожденной гипоплазии сосудистаго аппарата и уже предшествовавшемъ эндокардитѣ; но въ случаяхъ неблагоприятныхъ относительно предсказанія существуютъ наряду съ язвеннымъ эндокардитомъ дифтеритическіе процессы на слизистой оболочкѣ половыхъ органовъ, флегмонозное воспаленіе широкихъ маточныхъ связокъ, яичниковъ и т. д.

Затѣмъ, для язвеннаго эндокардита характеристичны многочисленныя мельчайшія эмболическія гнѣзда въ почкахъ; гнѣзда эти гораздо болѣе многочисленны, но зато и гораздо болѣе мелки, въ сравненіи съ обык-

новенными инфартами почек при пиэмии; въ большинствѣ случаевъ они представляютъ колоніи микрококковъ въ корковомъ веществѣ почекъ и на границѣ его съ мякотнымъ веществомъ. Далѣе, такія же метастатическія колоніи микрококковъ встрѣчаются въ сѣтчаткѣ и сосудистой оболочкѣ глаза и въ головномъ мозгу, особенно въ его мягкихъ оболочкахъ. Кромѣ того, иногда еще оказываются въ почкахъ болѣе крупные инфарты, въ содержимомъ которыхъ тоже находится большое количество микрококковъ.

Еслибы отложение микрококковъ на клапанахъ сердца происходило просто путемъ осажденія ихъ изъ циркулирующей крови, то было бы совершенно непонятно, почему въ такомъ случаѣ процессъ не встрѣчается чаще, чѣмъ это бываетъ въ дѣйствительности; поэтому мнѣ кажется гораздо болѣе вѣроятнымъ мнѣніе *Köster'a*, что колоніи микрококковъ на сердечныхъ клапанахъ представляютъ результатъ капиллярныхъ эмболій въ развѣтвленіяхъ вѣнечной артеріи сердца, съ послѣдующимъ изъясвленіемъ эндокардіа.

Наконецъ, я считаю нелишнимъ обратить вниманіе на тотъ фактъ, что, помимо всѣхъ этихъ измѣненій, встрѣчаются еще патолого-анатомическія явленія послѣродовой септицеміи, особенно въ маточной шейкѣ (тромбозъ ея лимфатическихъ сосудовъ), въ слизистой оболочкѣ матки и въ параметріяхъ; вмѣстѣ съ тѣмъ обыкновенно еще оказываются болѣе или менѣе многочисленные, отчасти размягченные тромбы въ венахъ малого таза, съ эмболіями въ различныхъ органахъ, какъ при пиэмии. Сочетаніе этихъ патолого-анатомическихъ измѣненій, конечно, даетъ намъ полное право отнести язвенный эндокардитъ въ категорію той болѣзни, которая описана хирургами подъ именемъ септико-пиэміи.

§ 123. *Симптомы.* Болѣзнь рѣдко начинается уже во время родовъ; *Olshausen* описываетъ одинъ случай, гдѣ при предлежаніи плаценты роженица была заражена, вѣроятно, чрезъ посредство колпейринтера. Въ другихъ же случаяхъ можно доказать, что заболѣваніе началось въ концѣ первой или даже на 2—3-й недѣлѣ родильнаго періода; я знаю одинъ случай, гдѣ по прѣшествіи около полугода послѣ нормально протекшихъ родовъ, при постепенно усиливавшихся лихорадочныхъ явленіяхъ, медленно развилась самая тяжелая форма язвеннаго эндокардита у женщины, страдавшей еще раньше тяжелою болѣзью сердца.

Обыкновенно уже раньше существуетъ въ родильномъ періодѣ лихорадка; самое появленіе эндокардита характеризуется очень сильнымъ потрясающимъ ознобомъ съ поднятіемъ температуры до 41—42° Ц., а затѣмъ не наступаетъ полныхъ интермиссій, какъ при пиэмии, но дѣло ограничивается ремиссіями, не превосходящими 1—2° Ц. Лихорадка въ большинствѣ случаевъ продолжаетъ держаться между 39 и 41° Ц., но за короткое время передъ смертью наступаетъ чрезмѣрное повышеніе температуры. Потрясающіе ознобы повторяются, хотя и не такъ часто, какъ



при пиэмии, и каждый разъ сопровождаются сильнымъ повышеніемъ температуры.

Очень достойно вниманія значительное и рано наступающее учащеніе пульса, который весьма скоро доходитъ до 120—130 ударовъ въ минуту и затѣмъ уже рѣдко опускается ниже этой цифры; во время ознобовъ и наступающаго вслѣдъ за ними повышенія лихорадки, частота пульса обыкновенно поднимается до 140—160 ударовъ въ минуту. Пульсъ уже рано становится малымъ, легко сжимаемымъ, а иногда и дикротичнымъ.

На сердцѣ вскорѣ появляются систолическіе шумы, которые однако въ началѣ болѣзни, когда мѣстные симптомы всего болѣе еще могли бы облегчить постановку точнаго діагноза, должны быть оцѣниваемы съ осторожностью, такъ какъ они нерѣдко констатируются у малокровныхъ родильницъ послѣ обильныхъ потерь крови. Кромѣ того, въ пѣкоторыхъ случаяхъ эндокардита эти шумы будто бы очень долго отсутствовали.

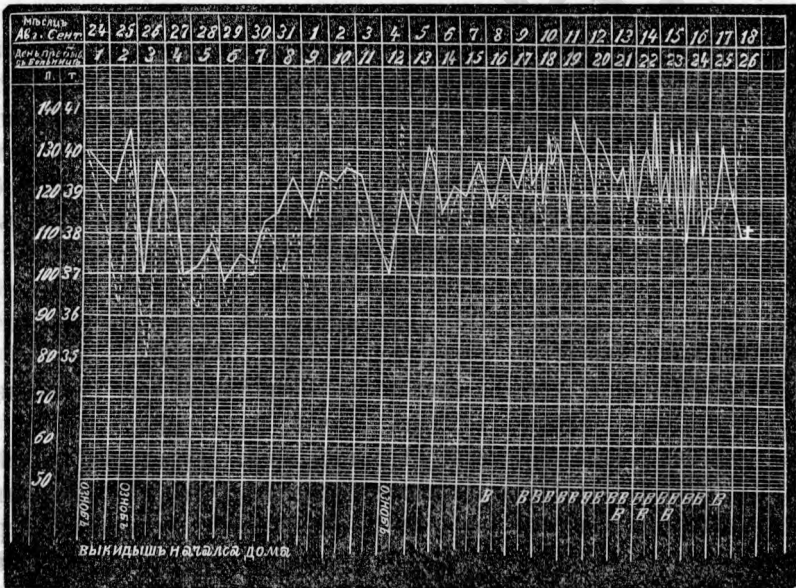


Рис. 36. Кривая № VIII. Лихорадка при постъродовомъ эндокардитѣ.

Дальнѣйшая картина болѣзни весьма точно соотвѣтствуетъ описанной *Gussenbauer*-омъ картинѣ септико-пиэміи, которую мы вообще наблюдаемъ при тяжелыхъ формахъ остраго гнидокривія. На первомъ планѣ стоятъ тяжелыя разстройства центральной нервной системы, выражающіяся отчасти возбужденнымъ состояніемъ, безпокойствомъ, непрерывными движеніями въ разныя стороны, рѣдко — настоящимъ психозомъ; но вскорѣ наступаетъ сопорозное состояніе, причѣмъ больная крайне безучастно относится ко всему окружающему; вмѣстѣ съ тѣмъ существуетъ сильная бессонница, характеристичная и для септицэміи. Языкъ сухъ, покрытъ налетомъ; больная чувствуетъ сильную жажду.

Картина болѣзни часто осложняется обильнымъ поносомъ, характеричнымъ для септицеміи; вмѣстѣ съ тѣмъ обыкновенно появляется значительное увеличеніе селезенки, тогда какъ желтуха повидимому наблюдалась вообще рѣдко.

Наиболѣе важными, особенно въ діагностическомъ отношеніи, представляются офтальмоскопическія измѣненія глазнаго дна, именно кровоизліянія и эмболии въ сѣтчатѣ и сосудистой оболочкѣ, ведущія иногда къ панюфтальмиту.

Милярные абсцессы въ почкахъ, не смотря на свою многочисленность, часто протекаютъ безъ всякихъ симптомовъ и не вызываютъ даже альбуминурии.

Къ концу жизни иногда еще появляются кожныя кровоизліянія, рѣже — розеолезныя сыпи, которыя, быть можетъ, въ прежнее время ошибочно принимались иногда за скарлатину; кромѣ того, къ концу жизни въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляются симптомы раздраженія двигательной сферы, въ области мускулатуры головы, лица, глазъ и верхнихъ конечностей, но вскорѣ симптомы эти замѣняются прогрессивно усиливающимися паралитическими явленіями.

Течение обыкновенно продолжается 2—3 недѣли, и только въ очень рѣдкихъ случаяхъ болѣзнь приводитъ къ смерти уже въ первую недѣлю родильнаго періода.

Предсказаніе при этой формѣ послѣродоваго эндокардита безусловно неблагоприятно; случаевъ выздоровленія не бываетъ.

§ 124. Распознаваніе можетъ представлять большія трудности, особенно вначалѣ; при этомъ необходимо помнить, что картина болѣзни слагается изъ симптомовъ септицеміи и піеміи; отъ септицеміи зависятъ высокая лихорадка, рано наступающія явленія глубокаго разстройства центральной нервной системы и мѣстныхъ измѣненія глазнаго дна, а отъ піеміи — ознобы.

Поводомъ къ діагностической ошибкѣ всего скорѣе могутъ быть брюшной тифъ и острая просовидная бугорчатка. Соковозное состояніе, поносъ и увеличенная селезенка напоминаютъ брюшной тифъ, но противъ него говоритъ вопервыхъ острое начало болѣзни, сопровождаемое потрясающими ознобами, и вовторыхъ — кривая лихорадки, имѣющая совершенно иной видъ, чѣмъ при брюшномъ тифѣ.

§ 125. Лѣченіе, въ виду вышесказаннаго, совершенно бессильно противъ развившейся уже болѣзни. Что же касается профилактики, то у роженицъ, страдавшихъ уже раньше болѣзью сердца, необходима самая тщательная антисептика во время родовъ, а затѣмъ нужно заботиться объ удовлетворительномъ сокращеніи матки и о предупрежденіи обширныхъ тромбозовъ.

Если болѣзнь уже обнаружилась, или присутствіе ея представляется вѣроятнымъ, то кладется на область сердца пузырь со льдомъ, а вмѣстѣ

съ тѣмъ назначается *Infus. Digitalis*, какъ только это оказывается нужнымъ въ виду состоянія пульса; потрясающіе ознобы требуютъ обычнаго симптоматическаго лѣченія. Жаропонижающія средства безсильны противъ высокой лихорадки и могутъ только разстроить аппетитъ, уже и безъ того значительно ослабленный. Поэтому и здѣсь также на первомъ планѣ стоитъ общее лѣченіе септицеміи большими дозами алкоголя и питательною діетою, состоящею преимущественно изъ бѣлковыхъ веществъ. Если не существуетъ обширныхъ тромбозовъ, то можно, пожалуй, въ видѣ опыта прибѣгнуть къ тепловатымъ общимъ ваннамъ.

И здѣсь также слѣдуетъ пораньше прибѣгать къ камфорѣ, которая однако можетъ только на короткое время отсрочить печальный исходъ.

## ГЛАВА XV.

### 9. Erysipelas in puerperio.

#### Рожа въ родильномъ періодѣ.

§ 126. Давно уже замѣченный фактъ, что въ родильномъ періодѣ не особенно рѣдко встрѣчается травматическая рожа, начинающаяся отъ поврежденій наружныхъ половыхъ частей, долженъ былъ чрезвычайно заинтересовать акушеровъ съ тѣхъ поръ, какъ *Fehleisen* доказалъ, что этиологическимъ моментомъ обыкновенной рожи служитъ *streptococcus erysipelatis*, и этотъ интересъ долженъ былъ еще болѣе увеличиться въ виду того, что носителями заразы при самыхъ тяжелыхъ формахъ родильной горячки оказались стрептококки, очень похожіе на стрептококкъ *Fehleisen'a*.

Не можетъ подлежать сомнѣнію, что рожа, появляющаяся иногда въ родильномъ періодѣ и начинающаяся отъ поврежденій наружныхъ половыхъ частей, дѣйствительно представляетъ типичную настоящую рожу, такъ какъ это достаточно доказано клиническими и бактериологическими данными. Но, во всякомъ случаѣ, должно казаться страннымъ, что рожа наружныхъ половыхъ частей, за которою въ тяжелыхъ случаяхъ слѣдуетъ блуждающая рожа туловища и конечностей, встрѣчается вообще довольно рѣдко. Если *Winckel*, за свою многолѣтнюю практику (особенно въ виду богатаго матеріала, имѣющагося въ Дрезденскомъ родо-вспомогательномъ институтѣ), видѣлъ у родильницъ всего 6 случаевъ рожи лица, 2 случая рожи, начавшейся отъ грудной железы, и 28 случаевъ, гдѣ она началась отъ наружныхъ половыхъ частей, то это, конечно, весьма немногочисленно, въ числѣ послѣднихъ 5000 родовъ, которые мнѣ пришлось наблюдать, видѣлъ всего 5 случаевъ рожи, и притомъ въ 3-хъ случаяхъ дѣло шло о рожи лица; поэтому до известной степени правы тѣ авторы, которые думаютъ, что рожа, начи-

находящая даже от наружныхъ половыхъ частей, не есть локализациа родильной горячки, а является только случайнымъ спутникомъ родильнаго периода.

И дѣйствительно, наблюденія *Winckel'*я, *Gusserow'a* и др., которыя я вполне могу подтвердить на основаніи собственнаго опыта, показали, что при рожѣ половыхъ частей и лица обратное послѣродовое развитіе половыхъ органовъ можетъ протекать совершенно нормальнымъ образомъ; наблюденія эти показали также, что въ другихъ случаяхъ рожа можетъ присоединяться къ уже существующимъ пуэрперальнымъ заболѣваніямъ и что, наконецъ, обѣ инфекции, т. е. пуэрперальная и рожистая, могутъ встрѣчаться вмѣстѣ у одной и той же родильницы; въ послѣднемъ случаѣ обѣ болѣзни идутъ рядомъ и, благодаря своему сочетанію, увеличиваютъ опасность для пораженнаго организма.

Не существуетъ никакого разногласія насчетъ того, что посетителями заразы при рожѣ служатъ стрептококки *Fehleisen'a*, найденные имъ въ лимфатическихъ сосудахъ кожи. Разногласіе въ настоящее время существуетъ только относительно того, могутъ ли эти стрептококки *Fehleisen'a*, проникая въ ткань матки, влагалища и т. д., вызывать характерныя формы послѣродовой септицеміи. *Winckel* утверждаетъ это, ссылаясь на изслѣдованія *Hartmann'a*, согласно которымъ изъ сердечной крови и изъ органовъ одной родильницы, умершей отъ послѣродовой

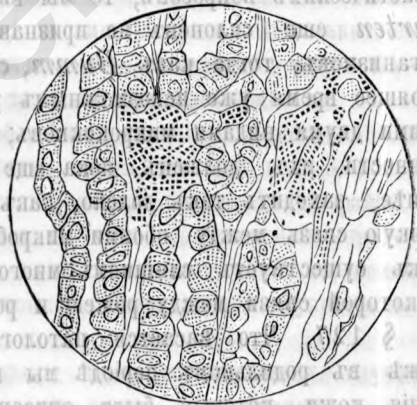
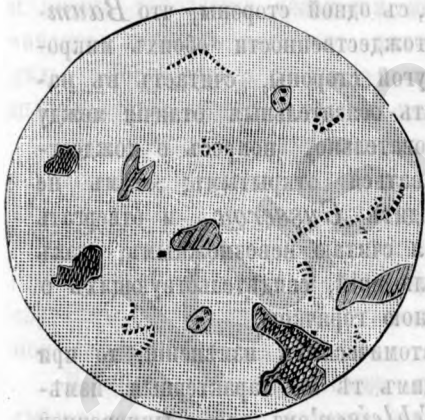


Рис. 37 (по *Winckel'*ю). Стрептококки въ плевритическомъ экссудатѣ при родильной горячкѣ.

Рис. 38 (по *Winckel'*ю). "Стрептококки при послѣродовомъ неэритѣ.

септицеміи и рожи, были получены разводки настоящихъ стрептококковъ *Fehleisen'a*, которые, будучи привиты животнымъ, опять вызывали рожу.

Но другіе авторы еще сомнѣваются въ истинномъ значеніи и въ доказательности этихъ опытовъ, выставляя на видъ, что тѣ же самые результаты получались при прививкѣ пѳогеннаго стрептококка. Однако, по наблюденіямъ *Fehleisen'a*, пѳогенныя микробы никоимъ образомъ

не могут вызывать рожи, а съ другой стороны, стрептококки рожи ни въ какомъ случаѣ не могутъ вызывать нагноенія. Но мнѣнiю же другихъ авторовъ, особенно *Rosenbach*'а, возможно то, что пиогенный стрептококкъ часто встрѣчается вмѣстѣ съ рожею. Дѣйствительно, это не представляетъ ничего невозможнаго, въ виду близкаго родства обоихъ микробовъ и въ виду того, что имъ свойственны приблизительно одинаковыя условія жизни и роста.

Всѣ трудности, конечно, устраняются, если предположить, что эти два микроорганизма совершенно между собою тождественны, т. е., что стрептококкъ *Fehleisen*'а вызываетъ въ кожѣ рожистый процессъ, а во внутреннихъ половыхъ органахъ—тѣ измѣненія, которыя свойственны лимфатической формѣ родильной горячки; однако, противъ этого предположенія, значительно упрощающаго все дѣло, еще могутъ быть приведены вѣсвiя возраженія.

Но если допустить, что предположеніе это справедливо, то нужно только удивляться, почему мы въ клиникахъ не наблюдаемъ гораздо большаго числа случаевъ присоединенія рожи къ столь часто встрѣчающейся родильной горячкѣ, такъ какъ поверхность многочисленныхъ ушибленныхъ ранъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ всегда бываетъ покрыта микрококками.

Если обратиться къ авторамъ, компетентнымъ въ обсужденіи бактериологическихъ вопросовъ, то мы видимъ, съ одной стороны, что *Baumgarten* еще склоненъ не признавать тождественности обоихъ микроорганизмовъ, тогда какъ *Bumm*, съ другой стороны, считаетъ въ настоящее время уже невозможнымъ указать осязательныя отличія между этими двумя видами микрококковъ; слѣдовательно, вопросъ о тождественности ихъ долженъ пока еще оставаться открытымъ; тѣмъ не менѣе, заходить такъ далеко, какъ заходить *Gusserow*, и отвергать всякую связь между обоими микробами я считаю невозможнымъ, такъ какъ существуетъ слишкомъ много наблюденій, свидѣтельствующихъ о нѣкоторой связи между рожею и родильною горячкою.

§ 127. Что касается патолого-анатомическихъ измѣненій, то при рожѣ въ родильномъ періодѣ мы находимъ тѣ же характерныя измѣненія кожи, которыя были описаны *Fehleisen*'омъ для обыкновенной рожи.

Даже въ смертельныхъ случаяхъ рожи патолого-анатомическія измѣненія внутреннихъ половыхъ органовъ могутъ совершенно отсутствовать; но въ другихъ случаяхъ оказываются характеристическія явленія родильной горячки, отчасти болѣе давняго происхожденія, а отчасти такой же давности, какъ и явленія рожи. Въ третьемъ рядѣ случаевъ, особенно при первичной рожѣ лица, если она появилась во время беременности и если дѣло кончается смертельнымъ исходомъ, часто еще за короткое время передъ смертю наступаетъ изгнаніе плода.

Что стрептококки рожи могут переходить въ тѣло плода черезъ плаценту, — это сдѣлалось вѣроятнымъ, благодаря наблюденіямъ *Kaltenbach'a* и *Runge*, а затѣмъ было добавано *Лебедевымъ*; тѣмъ не менѣе, мы должны быть нѣсколько осторожны, принимая шелушеніе верхней кожицы у новорожденного младенца за послѣдствіе рожи; по-доирительнымъ въ этомъ смыслѣ можетъ считаться только экзсвизитное шелушеніе большими лоскутами, тогда какъ шелушеніе мелкими обрывками встрѣчается постоянно и представляетъ обыденное явленіе.

§ 128. Симптомы, конечно, будутъ различны, смотря по тому, является ли рожа въ родильномъ періодѣ раньше или позднѣе. *Winckel* нашелъ, что въ 43,3<sup>0</sup>о всѣхъ случаевъ она появляется уже на первой недѣлѣ родильнаго періода, а въ 40<sup>0</sup>о — на второй недѣлѣ. Если зараженіе послѣдовало во время родовъ, то въ большинствѣ случаевъ уже на третій день появляется высокая лихорадка съ значительнымъ учащеніемъ пульса; характеристическая рожистая краснота, начинающаяся отъ поврежденій промежности или половыхъ губъ, обыкновенно обнаруживается лишь послѣ появленія лихорадки. Рожа въ родильномъ періодѣ имѣетъ большую склонность быстро распространяться на крестцовую область, на туловище или нижнія конечности; нерѣдко присоединяется настоящая блуждающая рожа всего тѣла, которая, сопровождаясь чрезмѣрнымъ новышеніемъ температуры, значительнымъ учащеніемъ пульса и иногда тифозными явленіями, можетъ повести къ смерти или же обанчивается полнымъ паденіемъ лихорадки, но лишь спустя нѣсколько недѣль. Послѣродовое очищеніе или увеличено въ количествѣ, или совершенно отсутствуетъ; отдѣленіе молока тоже быстро превращается.

Въ другихъ случаяхъ сначала преобладаютъ явленія параметрита или эндометрита, и только спустя болѣе долгое время, на 2-й или 3-й недѣлѣ родильнаго періода, вслѣдствіе неосторожнаго обращенія съ разрывомъ промежности, присоединяется рожа, которая обыкновенно протекаетъ здѣсь въ болѣе легкой формѣ; предсказаніе и теченіе въ этихъ случаяхъ вполне зависятъ отъ одновременно существующей пуэрпальной инфекции.

Наиболѣе неблагоприятными несомнѣнно должны считаться случаи смѣшанной инфекции, гдѣ въ одно и то же время, обыкновенно въ теченіе родового акта, произошло зараженіе стрептококкомъ рожи и ядомъ родильной горячки; процессъ обыкновенно протекаетъ здѣсь очень быстро, причѣмъ на первомъ планѣ стоятъ тяжелыя явленія рожи съ симптомами общаго отравленія крови, тогда какъ явленія родильной горячки въ большинствѣ случаевъ не достигаютъ полнаго своего развитія. Главнѣйшая опасность для жизни состоитъ здѣсь въ быстромъ упадкѣ дѣятельности сердца или въ присоединеніи гнойнаго менингита.

Дѣти родильницъ, заболѣвшихъ рожей, подвергаются большой опасности зараженія, какъ я убѣдился по собственнымъ наблюденіямъ, совпа-

дающимъ съ наблюденіями *Gusserow*'а, тогда какъ *Winckel*'емъ это оспаривается. Во время одной маленькой эпидеміи въ Штутгартскомъ родильномъ домѣ, когда рожа появлялась у родильницъ вмѣстѣ съ дифтеритомъ и родильною горячкою, заболѣвали отчасти дѣти больныхъ матерей, а отчасти другія дѣти, находившіяся въ томъ же помѣщеніи, причемъ рожа начиналась или отъ пупочной раны, или отъ небольшихъ поврежденій наружныхъ половыхъ органовъ. Всѣ новорожденные, заболѣвавшіе рожею, умирали очень быстро, иногда при самой ничтожной лихорадкѣ или при полномъ ея отсутствіи, и поэтому я опасаясь рожи у новорожденныхъ еще болѣе, чѣмъ у родильницъ.

Но и для родильницъ предсказаніе довольно серьезно; въ общей сложности, изъ числа женщинъ, заболѣвавшихъ въ родильномъ періодѣ блуждающею рожею, умирало отъ 40 до 50%. По наблюденіямъ *Winckel*'я, предсказаніе тѣмъ болѣе неблагоприятно, чѣмъ раньше къ травматической рожѣ присоединяются явленія родильной горячки.

Распознаваніе въ большинствѣ случаевъ не представляетъ трудностей; потрясающій ознобъ, высокая лихорадка, характеристическая краснота кожи, дальнѣйшее распространеніе процесса,—все это настолько доказательно, что бактериологическое констатированіе стрептококковъ рожи обыкновенно должно оказываться излишнимъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ трудно рѣшить, имѣемъ ли мы дѣло съ рожею, или же съ глубокою флегмоною, которая сопровождается ложно-рожистой краснотою кожи.

§ 129. *Лѣченіе* послѣродовой рожи должно быть весьма энергическимъ съ самаго начала, такъ какъ специфическаго средства противъ этой болѣзни мы не имѣемъ. Опасность заключается въ высокой температурѣ и въ истощеніи организма, которое вызывается дальнѣйшимъ распространеніемъ процесса.

Слѣдовательно, задача съ самаго начала состоитъ въ томъ, чтобы ограничить по возможности распаденіе бѣлковыхъ веществъ организма и вводить легко окисляющіяся, но при этомъ удобоваримыя средства.

Поэтому и здѣсь также, какъ при септицеміи, наиболѣе пригоднымъ средствомъ оказывается алкоголь, въ его различныхъ вышеописанныхъ формахъ. Затѣмъ, большую пользу приносятъ тепловатыя или холодныя ванны; достоинство ихъ состоитъ главнымъ образомъ въ томъ, что онѣ могутъ понизить температуру, увеличить аппетитъ, усилить вентиляцію легкихъ и т. д.; но при этомъ необходима еще большая осторожность, чѣмъ обыкновенно, такъ какъ здѣсь можетъ наступить сильный упадокъ дѣятельности сердца.

Кромѣ того, въ промежуточное время между ваннами, я прикладываю большіе холодные компрессы; охлаждающій аппаратъ *Leiter*'а также оказывается здѣсь довольно полезнымъ. Жаропонижающихъ средствъ нужно по возможности избѣгать; но въ случаяхъ крайней необходимости, когда

дѣло идетъ о томъ, чтобы понизить чрезмѣрно высокую температуру, повидимому полезны таллинь (1,0 грм.) и фенацетинъ (0,5—1,0 грм. pro dosi). Подкожныя впрыскиванія карболовой кислоты, какъ и внутреннее употребленіе того же средства, въ настоящее время уже оставлены, такъ какъ признаны бесполезными. Сопутствующія явленія родильной горячки должны лечиться по вышеуказаннымъ правиламъ.

Когда родильница заболѣваетъ рожею, повивальная бабка должна быть немедленно удалена, а если она желаетъ взять на себя дальнѣйшій уходъ за больною, то должна на это время отказаться отъ акушерской практики.

Если ребенокъ еще здоровъ, то онъ долженъ быть немедленно удаленъ отъ матери и переданъ кормилицѣ, или нужно кормить его изъ рожка. Но если ребенокъ уже заболѣлъ, то можно предоставить матери, чтобы она продолжала его кормить; однако, я не видѣлъ ни одного случая выздоровленія заболѣвшаго ребенка, даже при кормленіи грудью.

## ГЛАВА XVI.

### 10. Scarlatina in puerperio.

#### Скарлатина въ родильномъ періодѣ.

§ 130. Описывать здѣсь скарлатину въ родильномъ періодѣ, какъ форму заболѣванія, часто встрѣчающуюся у родильницъ, я признаю необходимымъ не потому, чтобы я считалъ ее чѣмъ-либо специфическимъ (вслѣдствіе этого я избѣгаю названія «пуэрперальная скарлатина», которое въ прежнее время было очень употребительно, особенно въ Англіи), а потому, что скарлатина въ родильномъ періодѣ встрѣчается сравнительно чаще другихъ острыхъ экзантемъ, именно кори, краснухи, натуральной и вѣтрянной оспы, но главнымъ образомъ въ виду того, что довольно часто сообщается объ эпидеміяхъ скарлатины въ родильныхъ домахъ.

Этіологическую роль играетъ только настоящій скарлатинозный ядъ; при этомъ необходимо помнить, что ядъ скарлатины отличается чрезвычайною стойкостью и что поэтому въ родильномъ періодѣ, какъ и внѣ его, часто бываетъ трудно съ положительностью опредѣлить источникъ зараженія.

Беременные довольно легко подвержены заболѣванію корью и натуральной оспою, между тѣмъ какъ относительно скарлатины, по наблюденіямъ *Olshausen*'а и др., онѣ отличаются нѣкоторою невосприимчивостью, даже когда сами ухаживаютъ за своими дѣтьми, страдающими скарлатиною. Что эта невосприимчивость не безусловна, доказывается новѣйшею работою *Boxall*'а. Слѣдуетъ ли объяснять раннее появленіе скарлатины послѣ родовъ тѣмъ, что въ самомъ дѣлѣ увеличена продол-



жительность инкубационнаго періода (въ такомъ случаѣ пришлось бы, конечно, допустить, что инкубационный періодъ продолжается иногда цѣлые мѣсяцы), или же мы должны предполагать свѣжее зараженіе непосредственно послѣ родовъ, что мнѣ кажется болѣе вѣроятнымъ въ виду стойкости скарлатинознаго яда, съ какою онъ держится въ данномъ помѣщеніи, на бѣльѣ и различнаго рода предметахъ,—это до сихъ поръ остается еще нерѣшеннымъ.

Эпидеміи, наблюдавшіяся въ родильныхъ домахъ, говорятъ въ пользу того, что родильницы чрезвычайно легко подвержены заболѣванію скарлатиною, когда имѣется подходящій случай къ зараженію.

Затѣмъ, нельзя не признать того факта, что скарлатина нерѣдко, быть можетъ—даже въ  $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ, осложняется септическими заболѣваніями, которымъ прежде, особенно въ Англіи, приписывалась главная роль, между тѣмъ какъ самая скарлатина считалась только проявленіемъ септицеміи. Этимъ объясняется, почему въ прежнее время знаменитые представители нашей специальности, какъ напр. *Braxton Hicks*, были склонны думать, что путемъ перенесенія заразы отъ скарлатинныхъ больныхъ можетъ возникать родильная горячка, и наоборотъ; но тогда какъ относительно связи между родильною горячкою и рожею подобное предположеніе въ настоящее время имѣетъ за себя нѣкоторыя данныя, то же самое предположеніе относительно скарлатины при современномъ состояніи нашихъ свѣдѣній не можетъ считаться справедливымъ, не смотря на близкое родство микрококковъ скарлатины съ микрококками дифтерита и родильной горячки, которое было выставлено на видъ *R. Koch*'омъ.

Въ прежнее время нѣкоторыя скарлатиноподобныя сыпи при тяжелой септицеміи навѣрно иногда принимались за настоящую скарлатину; но замѣчательно, что въ послѣдніе годы подобныя случаи почти уже не встрѣчаются, и намъ приходится имѣть дѣло или съ обыкновенными, легко протекающими случаями скарлатины безъ дальнѣйшихъ разстройствъ въ родильномъ періодѣ, или же съ легкими, но чаще болѣе трудными случаями скарлатины, къ которой присоединились пуэрперальныя заболѣванія. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ къ настоящей скарлатинѣ присоединяется перитонитъ, обыкновенно сопровождаемый поносомъ. Что подобныя заболѣванія легко принимаютъ дифтеритическій характеръ, какъ было замѣчено еще *Martin*'омъ и *Schröder*'омъ, это не должно насъ удивлять, потому что и вообще дифтеритическія заболѣванія часто встрѣчаются въ теченіи скарлатины; а такъ какъ дифтеритическіе процессы на слизистой оболочкѣ половыхъ путей уже и безъ того наблюдаются не особенно рѣдко, то нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что на слизистой оболочкѣ полового канала, находящейся послѣ родовъ въ состояніи чрезвычайно сильнаго катаррального разрыхленія, инфекция всего тѣла скарлатинознымъ ядомъ вызываетъ дифтеритическіе процессы съ наклонностью къ омертвѣнію.

Болѣе или менѣе обширныя эпидеміи, наблюдавшіяся *Senn'*омъ, *Denham'*омъ, *Malfatti*, *L. Meyer'*омъ, *Boxall'*омъ и еще очень недавно въ моей клиникѣ, естественно наводятъ на мысль, что хотя вообще у родильницъ заболѣваніе скарлатиною встрѣчается не особенно часто, но что онѣ отличаются по отношенію къ этой болѣзни увеличенною воспримчивостью, благодаря которой заболѣваніе скарлатиною появляется одновременно у многихъ родильницъ, если представился подходящій случай къ зараженію.

§ 131. *Патологическая анатомія.* Въ случаяхъ, оканчивающихся смертью, мы находимъ или только явленія тяжелой скарлатины, слѣдовательно, главнымъ образомъ — заболѣваніе почекъ, обыкновенно имѣющее гѣмorrhagическій характеръ, а въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ — дифтеритъ зѣва, или же вмѣстѣ со скарлатиною оказываются септицемическія заболѣванія, въ особенности послѣродовой параметритъ и эндометритъ, а въ рѣдкихъ случаяхъ перитонитъ. Пуэрперальная пиѣмія при заболѣваніи скарлатиною встрѣчается повидимому очень рѣдко.

Подробности относительно анатомическихъ измѣненій при скарлатинѣ могутъ быть найдены въ руководствахъ внутренней медицины; что же касается измѣненій, свойственныхъ родильной горячкѣ, то они уже были описаны въ предыдущихъ главахъ.

§ 132. *Симптомы и теченіе.* Заболѣваніе скарлатиною обыкновенно появляется въ первые дни родильнаго періода: по *Olshausen'*у, на долю первыхъ трехъ дней приходится даже 81,5% всѣхъ случаевъ. Но заявленіе его, будто бы послѣ 8-го дня уже не встрѣчаются случаи заболѣванія скарлатиною, было опровергнуто наблюденіями *L. Meyer'*а и моими собственными. Болѣзнь обыкновенно начинается въ очень острой формѣ, съ потрясающимъ ознобомъ или безъ него; температура быстро повышается до 39—40° Ц., и соответственно этому частота пульса быстро поднимается выше 100 ударовъ въ минуту. Интенсивность и продолжительность болѣзни бывають чрезвычайно неодинаковы; въ болѣе легкихъ случаяхъ лихорадка иногда прекращается уже спустя 2—3 дня, а въ случаяхъ болѣе тяжелыхъ, особенно если присоединяются септическія заболѣванія, она тянется 2—3 недѣли, или даже мѣсяцами. Если частота пульса не поднимается слишкомъ высоко вмѣстѣ съ температурою, то это служитъ благоприятнымъ признакомъ; если же она постоянно держится выше 140 ударовъ въ минуту, то данный случай заболѣванія долженъ считаться очень серьезнымъ.

Подробно описывать симптомы скарлатины въ родильномъ періодѣ мнѣ нѣтъ никакой надобности, потому что картина болѣзни складывается изъ симптомовъ обыкновенной скарлатины и явленій родильнаго состоянія. Я ограничусь только тѣмъ, что укажу своеобразныя особенности, представляемыя теченіемъ скарлатины въ родильномъ періодѣ.

Относительно сыпи, мы находимъ у авторовъ заявленіе, что она

очень быстро распространяется по всему тѣлу и бываетъ весьма сильно выражена; но *L. Meyer*, напримѣръ, сомнѣвается въ этомъ, такъ какъ вообще ему чаще приходилось встрѣчать слабо выраженную сыпь; я скорѣе могу присоединиться къ этому послѣднему заявленію; во время наблюдавшейся у насъ эпидеміи, — впрочемъ, весьма ограниченной, — сыпь была въ первомъ случаѣ очень мало выражена, и поэтому діагнозъ вначалѣ оставался подѣ сомнѣніемъ, такъ какъ думать о скарлатинѣ не было никакихъ основаній. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно при спорадическихъ заболѣваніяхъ, скарлатиновая сыпь была выражена очень сильно.

Напротивъ того, всѣми авторами выставляется на видъ, что ангина бываетъ легкою и почти никогда не имѣетъ дифтеритическаго характера; я могу подтвердить то же самое. Шейныя железы даже при отсутствіи ангины часто бываютъ сильно опухшими.

На осложненіе заболѣваніемъ почекъ не всегда обращалось вниманіе; осложненіе это встрѣчается приблизительно въ  $\frac{1}{2}$  всего числа случаевъ; при осложненіи септицеміею присутствіе бѣлка и цилиндровъ въ мочѣ не представляетъ для скарлатины ничего характеристичнаго, такъ какъ этотъ симптомъ встрѣчается и при тяжелой послѣродовой септицеміи безъ скарлатины.

Затѣмъ, чрезвычайно часто встрѣчается обильный поносъ, слѣдовательно — такой симптомъ, который вообще при скарлатинѣ составляетъ рѣдкость; и здѣсь также необходимо имѣть въ виду, что поносъ можетъ быть симптомомъ одновременнаго воспаленія кишекъ. Какъ бы то ни было, случаи съ очень сильнымъ поносомъ даютъ болѣе неблагоприятное предсказаніе.

Въ предыдущемъ изложеніи я уже сдѣлалъ попытку объяснить, почему эндометритъ въ родильномъ періодѣ имѣетъ при скарлатинѣ особенную склонность къ смертвѣннѣю или, — какъ выражаются очень часто патолого-анатомы по поводу пуэрперальныхъ труповъ даже при отсутствіи скарлатины, — къ дифтеритическому распаденію.

Въ легкихъ случаяхъ скарлатины послѣродовое очищеніе не уменьшено въ количествѣ, но имѣетъ иногда нѣсколько зловонный запахъ, какъ и вообще при случайныхъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ въ родильномъ періодѣ; напротивъ того, при тяжелыхъ заболѣваніяхъ, сопровождаемыхъ высокою лихорадкою, количество его часто поразительно уменьшается, вѣроятно — вслѣдствіе лихорадочнаго состоянія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ количество лохий вначалѣ будто бы увеличивается, по аналогіи съ менструальнымъ кровотеченіемъ, когда оно осложнено скарлатиною.

Отдѣленіе молока скорѣе уменьшено въ количествѣ, хотя нѣкоторые наблюдатели утверждаютъ противоположное; въ легкихъ случаяхъ скарлатины, оканчивающихся въ 2 — 3 дня, отдѣленіе молока, конечно, не

нарушается, какъ и вообще при другихъ скоропреходящихъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ; но всякій процессъ болѣе продолжительный, или сопровождаемый сильною лихорадкою, нарушаетъ отдѣленіе молока.

Достоино вниманія, что дѣти вскармливались грудью, насколько въ ней имѣлось молока, и при этомъ развивались удовлетворительно; это особенно интересно въ виду ученія, недавно распространившагося изъ Англїи, будто бы заразное начало скарлатины передается чрезъ посредство коровьяго молока. Въ существующихъ сообщеніяхъ говорится о дѣтяхъ довольно мало; но изъ числа 20-ти случаевъ *L. Meyer*'а только въ одномъ ребенокъ заболѣлъ скарлатиною (?) и умеръ отъ этой болѣзни; во время наблюдавшейся у насъ небольшой эпидеміи ни одинъ ребенокъ не заболѣлъ скарлатиною, хотя дѣти оставались при своихъ матеряхъ, какъ это дѣлалось и въ Копенгагенскомъ родильномъ домѣ. Напротивъ того, по другимъ наблюденіямъ, дѣти, оставляемые при груди матери, имѣютъ большую склонность къ заболѣванію.

§ 133. Распознаваніе, если раньше не встрѣчалось случаевъ скарлатины, можетъ въ первое время представляться труднымъ, тѣмъ болѣе, что начало болѣзни, сопровождаемое ознобомъ, быстрымъ повышеніемъ температуры и значительнымъ учащеніемъ пульса, имѣетъ очень большое сходство съ началомъ пурперальныхъ заболѣваній. Слѣдовательно, діагнозъ долженъ главнымъ образомъ основываться на присутствіи ангины, на внѣшнемъ видѣ языка и на характеристическихъ признакахъ скарлатинной сыпи. Затрудненіе является въ томъ случаѣ, если родильница уже раньше заболѣла септицеміей, и тогда появленіе сыпи можетъ возбудить сомнѣніе относительно діагноза; но и здѣсь мы должны лишь въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ предполагать скарлатиноподобную сыпь при септицеміи, потому что эти сыпи, какъ можетъ каждый подтвердить, встрѣчаются чрезвычайно рѣдко.

Впослѣдствіи діагнозъ часто еще болѣе подтверждается, если наступило явственное шелушеніе большими лоскутами, а особенно, если появились новые случаи заболѣванія родильницъ и ухаживающаго за ними персонала.

Предсказаніе различно, смотря по характеру данной эпидеміи, какъ и вообще обстоятельство это при скарлатинѣ имѣетъ рѣшающее значеніе. Предсказаніе неблагоприятно въ тѣхъ случаяхъ, которые имѣютъ съ самаго начала гѣморрагическій характеръ, или которые сразу обнаруживаются въ видѣ сильнаго общаго зараженія безъ спеціальной локализации. Я наблюдалъ 10 спорадическихъ и эпидемическихъ случаевъ, изъ которыхъ только одинъ спорадическій случай въ частной практикѣ окончился смертью; слѣдовательно, я считаю предсказаніе гораздо болѣе благоприятнымъ, чѣмъ это утверждаетъ *Olshausen*, который, на основаніи 140 случаевъ, сопоставленныхъ изъ литературы, опредѣляетъ смертность въ 48%. Необходимо еще напомнить, что почти всѣ эти случаи были

очень тяжелые и что именно вследствие этого они и были опубликованы авторами. Больше верное понятие о предсказании можно получить при сопоставлении результатов эпидемий скарлатины в родильных домах; но здесь могут иметь значение только данные новейшего времени; при этом оказывается, что *L. Meyer* сообщил 18 случаев, из которых только один окончился смертью, а у нас было 6 случаев, из которых ни в одном не наступило смертельного исхода.

Следовательно, вообще я склонен считать предсказание скорее благоприятным.

*Лечение* не может быть специфическим, а должно быть направлено против скарлатинозного заболевания и иметь в виду родильное состояние больной.

В отношении профилактики необходимо напомнить, что беременная, роженица и родильница должны быть ограждаемы от соприкосновения не только со скарлатинными больными, но и со всякими предметами, которыми пользовались эти больные. *Hörder* еще недавно обратил внимание на то, каким образом повивальные бабки могут заносить скарлатину.

Наши наблюдения над родильницами, заболѣвавшими скарлатиною, сдѣлали для меня несомнѣннымъ, что эта болѣзнь можетъ быть перенесена чрезъ посредство третьяго лица <sup>1)</sup>, хотя *Kerschensteiner* утверждаетъ противоположное. Во всякомъ случаѣ, родильницы, заболѣвающія скарлатиною в родильныхъ домахъ, немедленно должны быть изолируемы строжайшимъ образомъ. Врачъ, пользующій больныхъ скарлатиною, долженъ передъ посѣщеніемъ роженицъ и родильницъ перемѣнить платье, взять ванну и тщательно дезинфицировать руки.

Что касается собственно леченія скарлатины, то оно должно быть выжидательное и должно производиться по обычнымъ правиламъ, причемъ нужно обращать надлежащее вниманіе на ангину и воспаленіе почекъ. Поносъ долженъ быть, по возможности, устраненъ, и поэтому требуется большая осторожность въ примѣненіи слабительныхъ. При чрезмѣрномъ повышеніи температуры слѣдуетъ назначить холодныя завертыванія и прохладныя ванны.

Кромѣ того, я совѣтую, какъ и при всякомъ лихорадочномъ послѣродовомъ заболѣваніи, хотя бы и не имѣющемъ характера родильной горячки, дезинфицировать половой каналъ 2—3 раза въ день; съ этою цѣлью назначаются рукавные души изъ 2% раствора карболовой кислоты, или впрыскивается во влагалище растворъ сулемы (1:4000), котораго, однако, нужно избѣгать при воспаленіи почекъ. Внутриматочныя впрыскиванія умѣстны только при ясно выраженномъ дифтеритическомъ эндометритѣ.

<sup>1)</sup> См. *H. Koller*, Ueber Scharlach bei Wöchnerinnen. Inaug.-Diss. Basel 1889.

Главная задача, какъ при большинствѣ тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваній, состоитъ въ томъ, чтобы укрѣпить организмъ въ его борьбѣ съ проникшими въ него бактеріями. Поэтому, не смотря на осложненіе нефритомъ, слѣдуетъ назначать лѣченіе алкоголемъ и др. средствами, о которыхъ мы уже говорили по поводу септицеміи. При очень большомъ содержаніи бѣлка въ мочѣ и незначительномъ отдѣленіи ея слѣдуетъ заботиться объ увеличеніи количества мочи, назначая съ этою цѣлью щелочно-углекислыя минеральныя воды и т. д.; если грозитъ урэмія, то, не смотря на лихорадку, нужно прибѣгнуть къ горячимъ ваннамъ съ послѣдующимъ горячимъ завертываніемъ.

Ребенокъ, если только это возможно, оставляется при матери, которая продолжаетъ кормить его грудью до тѣхъ поръ, пока имѣется молоко; но и въ такихъ случаяхъ, когда отдѣленіе молока не вполне достаточно, я предпочитаю, чтобы ребенокъ былъ оставленъ при груди матери и въ то же время прикармливался коровьимъ молокомъ. Къ сожалѣнію, молоко у больной матери скоро перестаетъ отдѣляться, какъ и вообще въ большинствѣ тяжелыхъ случаевъ заболѣванія.

## ГЛАВА XVII.

### Tetanus puerperalis.

#### "Травматическій столбнякъ въ родильномъ періодѣ.

§ 134. Къ инфекціоннымъ заболѣваніямъ нужно еще отнести травматическій столбнякъ, такъ какъ новѣйшими изслѣдованіями несомнѣнно доказано, что возникновеніе его обуславливается прививкою палочекъ столбняка въ какую-либо рану. Палочки столбняка были впервые найдены *Nicolaier*'омъ, преимущественно въ почвѣ, въ комнатной пыли и т. д.; зараженіе, повидимому, происходитъ путемъ перенесенія палочекъ руками акушера, или повивальной бабки, или другихъ лицъ, ухаживающихъ за родильницей. По *Brieger*'у, въ разводкахъ этихъ палочекъ образуется токсинъ, названный тетаниномъ, который можетъ вызывать у мышей приступы столбняка.

Примѣръ перенесенія палочекъ столбняка, почти равносильный эксперименту надъ животнымъ, былъ недавно описанъ *Ammon*'омъ. Этотъ послѣдній лѣчилъ одного рабочаго, который, послѣ тяжкаго раненія руки, умеръ отъ столбняка. На другой день *Ammon* у пришлось дѣлать операцію искусственнаго удаленія плаценты. Не смотря на то, что онъ передъ операцией тщательно дезинфицировалъ свои руки, женщина на 9-й день послѣ родовъ заболѣла ясно выраженнымъ пуэрперальнымъ столбнякомъ, отъ котораго умерла на 14-й день.

Замѣчательно, что въ опубликованныхъ до сихъ поръ случаяхъ столбняка появлялся главнымъ образомъ послѣ выкидыша и преждевременныхъ

родовъ, и что онъ особенно часто встрѣчается въ Америкѣ и Англїи. Въ жаркомъ климатѣ столбнякъ будто бы тоже встрѣчается сравнительно часто. Въ существующихъ сообщенїяхъ ничего не говорится о состоянїи новорожденныхъ; между тѣмъ извѣстно, что новорожденные дѣти сравнительно нерѣдко погибаютъ отъ тризма и столбняка. *Veumer* доказалъ, что для груднаго ребенка существуетъ возможность зараженїя пупочной раны палочками столбняка.

До сихъ поръ еще неизвѣстно, какимъ образомъ на основанїи этой несомнѣнной этиологїи могли бы быть объяснены извѣстные случаи въ практикѣ Эльбингенской повивальной бабки, у которой изъ числа 380 новорожденныхъ дѣтей умерло 99 отъ столбняка, вслѣдствїе купанїя въ слишкомъ горячей ваннѣ.

Патолого-анатомическія измѣненїя при послѣродовомъ столбнякѣ очень скудны; вообще они, конечно, не отличаются отъ тѣхъ измѣненїй, которыя были находимы при этой болѣзни внѣ родильнаго періода.

Симптомы—тѣ же самыя, что и при обыкновенномъ столбнякѣ; ригидность мышцъ въ большинствѣ случаевъ начинается съ задней области шеи, затѣмъ переходитъ на челюсти, языкъ, мускулатуру нѣба, на спинныя и брюшныя мышцы, а въ заключенїе—на мускулатуру конечностей.

Сознанїе и психическая дѣятельность не поражены; температура въ большинствѣ случаевъ нормальна, но она можетъ быть значительно повышена при осложненїи пуэрперальными заболѣванїями, которыя встрѣчаются нерѣдко; частота пульса увеличивается медленно. Смерть наступаетъ обыкновенно уже черезъ 5—6 дней; случаи, вродѣ описаннаго *Kuhn'*омъ, гдѣ смерть наступила только на 23-й день болѣзни и притомъ вслѣдствїе осложненїя перитонитомъ, составляютъ большую рѣдкость. Подробности относительно отдѣльныхъ симптомовъ могутъ быть найдены въ руководствахъ внутренней медицины.

Распознаванїе въ большинствѣ случаевъ нетрудно; предсказанїе при столбнякѣ въ родильномъ періодѣ, повидимому, чрезвычайно неблагоприятно.

*Лѣченіе.* Прежде всего необходима строгая профилактика, особенно при заболѣванїи новорожденныхъ. Такъ какъ доказано, что въ пупочной ранѣ встрѣчаются палочки столбняка, то это свидѣтельствуетъ о возможности перенесенїя ихъ съ пупочной раны на поврежденные половые органы женщины. Лѣченіе развившейся уже болѣзни должно быть такое же, какъ при обыкновенномъ столбнякѣ. Самое обилїе средствъ, предложенныхъ противъ столбняка, показываетъ, что ни одно изъ нихъ до сихъ поръ не одержало побѣды надъ остальными; наибольшаго довѣрїя заслуживаютъ наркотическія средства, но не столько морфїи, сколько хлороформъ и хлораль-гидратъ. Другіе авторы рекомендуютъ подкожныя впрыскиванїя кураре (0,001 *pro dosi*) и вдыханїя амилъ-нитрита (отъ 3 до 10 капель на пропускной бумагѣ). Въ прежнее время рекомендовались холодныя ванны съ холодными обливанїями; но, повидимому, болѣе

агблесообразны теплыя общія ванны, или даже паровыя ванны, употребляемыя теперь. Въ самое послѣднее время предлагаются, какъ *antidotum*, подкожныя впрыскиванія эритрофлеина (0,001—0,005 грм. pro dosi).

## 2. Болѣзни груди въ родильномъ періодѣ.

### ГЛАВА XVIII.

#### 1. Заболѣванія грудныхъ сосковъ. Ссадины, язвы и трещины сосковъ.

§ 135. Что заболѣванія грудныхъ сосковъ чрезвычайно часто встрѣчаются во время кормленія грудью,—это не должно насъ удивлять, если мы подумаемъ о томъ, какъ мало вниманія обращается на уходъ за грудными сосками въ родильнаго періода, даже въ тѣхъ классахъ общества, гдѣ во всѣхъ другихъ отношеніяхъ тщательно соблюдается чистоплотность. Каждый врачъ имѣетъ достаточно случаевъ въ этомъ убѣдиться.

Далѣе, предрасполагающимъ условіемъ къ заболѣваніямъ въ родильномъ періодѣ служитъ нецѣлесообразное обращеніе съ грудями и грудными сосками во время беременности. Давленіе тѣсно-прилегающаго корсета часто препятствуетъ физиологическому во время беременности увеличенію грудныхъ сосковъ; отдѣленіе изъ грудной железы, начинающееся уже во вторую половину беременности, не можетъ свободно вытекать, вслѣдствіе тѣсно-прилегающаго платья, и размягчаетъ нѣжную кожицу; кромѣ того, соски часто еще бываютъ загрязнены; поэтому на грудномъ соскѣ, особенно когда онъ имѣетъ расщепленную форму, образуются корки засохшаго секрета, которыя часто съ большимъ трудомъ могутъ быть удалены и подъ которыми остается нѣжная кожица. Впрочемъ, у нѣкоторыхъ женщинъ заболѣваніе грудныхъ сосковъ возобновляется послѣ каждыхъ родовъ, не смотря на всѣ предосторожности; ожидать этого слѣдуетъ главнымъ образомъ при сухомъ неподатливомъ эпидермисѣ.

*Этиологія.* Вслѣдствіе сосанія ребенка, а въ другихъ случаяхъ—вслѣдствіе предшествующаго обмыванія груди, эти корки размягчаются, и находящаяся подъ ними кожица всасывается. Иногда кожа сосковъ можетъ быть совершенно нормальною, но механическаго раздраженія, производимаго сосаніемъ, оказывается достаточнымъ для того, чтобы приподнять кожицу въ видѣ небольшихъ пузырьковъ; если затѣмъ, вслѣдствіе продолжаемаго кормленія грудью или вслѣдствіе нецѣлесообразнаго тренія, кожица будетъ совсѣмъ удалена, такъ что обнажается *corium*, то мы имѣемъ предъ собою ссадину. Это отставаніе кожицы въ видѣ маленькихъ пузырьковъ иногда происходитъ лишь въ отдѣльныхъ ограниченнхъ мѣстахъ, напр. на одномъ изъ возвышеній соска, если



онъ имѣть такъ наз. форму тутовой ягоды, или же оказывается размагченною вся выпуклая поверхность груднаго соска.

Въ другихъ случаяхъ очень скоро образуются поперечные кровоподтеки вслѣдствіе изліянія крови между болѣе глубокими слоями кожицы, если сосокъ былъ сильно сдавленъ челюстями груднаго ребенка.

Вначалѣ этотъ кровоподтекъ еще покрытъ эпидермисомъ, не представляющимъ никакого нарушенія цѣлости, и только постепенно, благодаря сосанію, отпадаютъ слои эпидермиса, разрыхленные вслѣдствіе кровоизліянія, приче́мъ остается большая поперечная или дугообразная ссадина.

Еще хуже, если вслѣдствіе продолжаемаго кормленія грудью образуются трещины и язвы, т. е. глубокія нарушенія цѣлости, дно которыхъ имѣть вначалѣ красный цвѣтъ, а затѣмъ вслѣдствіе зараженія скоро покрывается сальнымъ налетомъ; эти язвы, идущія во всевозможныхъ косыхъ направленіяхъ, находятся преимущественно въ глубинѣ соска, между отдѣльными его возвышеніями, но главнымъ образомъ по краю соска, тамъ гдѣ онъ переходитъ въ околососковый кружокъ (такъ наз. краевая язва). Въ прежнія времена, — когда, подѣ влияніемъ того взгляда, что наибольшая опасность для грудной железы заключается въ застаиваніи молока, предписывалось женщинамъ продолжать кормленіе грудью, не смотря на адскія муки, — эти язвы въ нѣкоторыхъ случаяхъ обхватывали почти всю окружность соска, такъ что послѣдній соединялся еще съ паренхимною грудной железой почти единственно при посредствѣ молочныхъ протоковъ (!).

Дальнѣйшія подраздѣленія различныхъ нарушеній цѣлости соска, образующихся вслѣдствіе кормленія грудью, я считаю натянутыми и излишними.

Вышеописанныя поврежденія встрѣчаются или на одномъ соскѣ, или, еще чаще, на обоихъ; затѣмъ они особенно часто наблюдаются у первородящихъ, но также и у многородящихъ, которыя уже послѣ первыхъ родовъ страдали трещинами соска и которыя имѣютъ очень нѣжную, легко ранимую кожицу, слѣдовательно — главнымъ образомъ у нѣжныхъ блондинокъ. Далѣе, къ этому предрасполагають малые соски, которые плохо захватываются, такъ что ребенка приходится по нѣскольку разъ приглядывать къ груди, и онъ не сосетъ, а только кусаетъ грудные соски; затѣмъ къ заболѣванію предрасположены соски такихъ грудей, въ которыхъ имѣется недостаточно молока, такъ что ребенокъ только мучается безъ всякой пользы. Крупныя сильныя дѣти, энергично захватывая своими челюстями грудные соски, конечно, скорѣе будутъ причинять образованіе кровоподтековъ; но вообще сильныя дѣти, легко берущія грудь, причиняють соскамъ меньше вреда, чѣмъ дѣти слабыя, недоношенныя, которыя часто берутъ грудь съ чрезвычайнымъ трудомъ; наконецъ, нельзя отрицать того, что нѣкоторыя дѣти обнаруживаютъ

изъ ряду вонъ выходящую неумѣлость, когда прикладываются къ груди.

Соотвѣтственно вышеупомянутымъ активнымъ моментамъ, эти ссадины, кровоподтеки и язвы сосковъ встрѣчаются чрезвычайно часто, какъ свидѣтельствуемъ статистика.

Въ Штутгартскомъ родильномъ домѣ, въ числѣ около 4000 родильницъ, я наблюдалъ 3738 женщинъ, кормившихъ грудью; изъ нихъ 1757, т. е. около  $\frac{1}{2}$  всего числа этихъ женщинъ (именно 47%), получили ссадины грудныхъ сосковъ, трещины и т. д. (въ годовыхъ отчетахъ нѣтъ подраздѣленія на простыя ссадины, трещины и язвы). Нельзя сказать, чтобы эти болѣе легкія заболѣванія сосковъ сдѣлались менѣе частыми со времени введенія антисептики.

Въ Базелѣ цифры были слѣдующія: въ 1887 и 1888 гг., изъ числа 801 женщины, кормившихъ грудью, 355 (т. е. 44,3%) представляли заболѣванія сосковъ; цифры эти довольно близки къ тѣмъ, которыя были получены *Winckel*'емъ въ Раштокѣ.

§ 136. *Симптомы*, вызываемые этими поврежденіями сосковъ, бываютъ различны, смотря по глубинѣ самыхъ поврежденій и по степени чувствительности данной женщины. Вслѣдствіе большаго обилія чувствительныхъ нервовъ въ сосочкахъ груднаго соска, уже умѣренные ссадины являются для кормящей матери источникомъ сильныхъ болей. Эти боли, какъ извѣстно изъ опыта, бываютъ особенно сильны въ то время, пока ребенокъ дѣлаетъ попытки захватить сосокъ, и затѣмъ утихаютъ, какъ только онъ принялся хорошо сосать грудь. При глубокихъ трещинахъ, въ особенности—краевыхъ, боли эти часто бываютъ настолько жестокими, что кормящая женщина со страхомъ ожидаетъ той минуты, когда придется приложить ребенка къ груди, и вслѣдствіе этого страха она часто не имѣетъ мужества приложить ребенка сразу, такъ что рядъ неудачныхъ попытокъ еще усиливаетъ существующую боль.

Иногда въ ротъ ребенку попадаетъ во время кормленія немного гноя съ поверхности язвы, который въ желудкѣ однако становится безвреднымъ. При очень глубокихъ краевыхъ трещинахъ часто надрываются во время сосанія небольшіе сосуды, такъ что они кровоточатъ. Обыкновенно боль въ соскѣ послѣ кормленія быстро исчезаетъ; если же она и затѣмъ еще продолжается, то это указываетъ на начинающееся воспаленіе.

Ссадина или трещина вскорѣ послѣ кормленія покрывается излившеюся лимфою (въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ—излившеюся кровью), съ обрывками эпидермоидальныхъ клѣтокъ и всевозможными микроковками, между которыми, по *Vimm*'у, главное мѣсто занимаютъ стафилококки, причеиъ образуется скоро высыхающая корка; послѣдняя при каждомъ прикладываніи ребенка снова разрывается или размягчается, такъ что заживленіе находящагося подъ нею нарушенія цѣлости кожи встрѣчаетъ большія затрудненія. Между тѣмъ какъ соски, не смотря на всѣ эти

небольшія анатомическія измѣненія, всегда остаются на ощупь мягкими, они становятся твердыми, какъ только отъ изъязвленія начинается распространяться въ глубину воспалительный процессъ (флегмона).

Изъязвленія, сами по себѣ, никогда не вызываютъ лихорадки, до тѣхъ поръ пока они не заражены. Лихорадка появляется только тогда, когда бактеріи, находящіяся въ ссадинахъ, заносятся лимфатическими сосудами въ подлежащую ткань. Если *Winckel* говоритъ, что при язвахъ грудныхъ сосковъ иногда встрѣчается лихорадка, достигающая даже 40° Ц., то это можетъ относиться, по моему мнѣнію, лишь къ такимъ случаямъ, гдѣ произошло уже зараженіе.

Источникомъ бактерій могутъ служить какъ пальцы родильницы или повивальной бабки, такъ и въ особенности ротъ ребенка, въ которомъ уже рано появляются самые различные микроорганизмы.

§ 137. *Личеніемъ* этихъ незначительныхъ болѣзней не слѣдуетъ пренебрегать, тѣмъ болѣе, что трещины сосковъ имѣютъ большое значеніе въ качествѣ этиологическаго момента воспаленія грудной железы.

Профилактика во время беременности можетъ принести нѣкоторую пользу, хотя довольно часто трещины образуются послѣ каждыхъ родовъ, не смотря на всѣ предосторожности. Профилактика должна заключаться въ устраненіи вреднаго давленія корсета и платья, а также въ ежедневномъ обмываніи груди и грудныхъ сосковъ, сначала теплотою мыльною водою, съ предварительнымъ размягченіемъ корокъ посредствомъ масла, пока всѣ грязныя корки не будутъ удалены, а впослѣдствіи — холодною водою.

Обмываній краснымъ виномъ, ромомъ и т. п., уже изстари рекомендовавшихся для производства во время беременности, я никогда не назначалъ. Малые соски, которые плохо захватываются, должны быть осторожно вытягиваемы пальцами въ послѣднія 4 недѣли беременности, утромъ и вечеромъ; такимъ образомъ вызываются сокращенія гладкой мускулатуры оводососковаго кружка, и сосокъ мало по малу выступаетъ впередъ.

Въ родильномъ періодѣ, какъ только появляются малѣйшія ссадины или трещины, я предписываю натирать соски чистымъ глицериномъ <sup>1)</sup>. Почему *Schröder* и *Olshausen* предостерегаютъ отъ употребленія этого средства, я не могу понять; мои результаты (*mastitis suppurativa* въ 0,6% всѣхъ случаевъ изъ числа 3738 женщинъ, кормившихъ грудью) свидѣтельствуютъ объ успѣшномъ дѣйствіи глицерина. Никогда глицеринъ не должна втирать повивальная бабка или сидѣлка, а непременно сама родильница предварительно обмытымъ указательнымъ пальцемъ. Втиранія производятся черезъ каждые 1—2 часа; непосредственно передъ приложеніемъ ребенка нужно обмывать соски. *Kehrer* владетъ на сосокъ

<sup>1)</sup> Недавно я видѣлъ одинъ случай, который показалъ мнѣ, что полученный изъ аптеки нечистый глицеринъ можетъ имѣть очень вредное дѣйствіе.

полотняный компрессъ, пропитанный глицериномъ, и покрываетъ его кускомъ клеенки.

Другіе рекомендуютъ для этого миндальное масло, ланолинъ, Перуанскій бальзамъ, борную мазь (1 : 30). Послѣднія два средства я примѣнялъ очень часто, но при этомъ были достигнуты далеко не столь хорошіе результаты.

Если трещины не заживаютъ, если боль слишкомъ сильна, то нужно прибѣгнуть къ стеклянному колпачку для груднаго соска. Употреблявшіеся въ прежнее время колпачки изъ коровьяго вымени, или цѣликомъ изъ каучука, непрактичны. Нужно обращать вниманіе на то, чтобы стеклянный цилиндръ былъ достаточно широкъ (примѣрно съ большой палець) для груднаго соска, разбухающаго во время сосанія, и чтобы каучуковая трубка, по своей тонкости, не спадалась отъ давленія воздуха. Колпачекъ, предложенный *Auward*'омъ (*téterelle biaspiratoire*), кажется мнѣ болѣе цѣлесообразнымъ, чѣмъ обыкновенно употребляемый въ Германіи, именно въ виду того, что оба отверстія находятся у верхушки стеклянной трубочки (см. рис. 39 и 40). Нѣкоторыя женщины бывають очень довольны этими колпачками, но въ другихъ случаяхъ боли не утихаютъ. Въ  $\frac{1}{2}$  всего числа случаевъ удается достигнуть заживленія ссадинъ и т. д., не смотря на продолжающееся кормленіе грудью.

Колпачекъ для груднаго соска употребляется до тѣхъ поръ, пока не заживуть изъязвленія, или пока кровотеченія изъ трещинъ во время со-



Рис. 39. Колпачекъ для соска, съ двойною трубкою.



Рис. 40. *Téterelle biaspiratoire*, по *Auward*'у.

санія не вынудятъ приостановить на 24 часа кормленіе грудью; если начинается лихорадка, то и въ этомъ случаѣ кормленіе должно быть немедленно прекращено.

Употреблявшіеся въ прежнее время холодныя примочки на грудные соски давно уже мною оставлены; если трещины имѣютъ болѣе значительную глубину, если онѣ нѣсколько покрыты налетомъ или кровоточатъ во время кормленія, то я назначаю компрессы изъ холодной воды съ

прибавленіемъ *Liq. Plumbi subacet.*, борной или салициловой кислоты, которые перемѣняются черезъ каждыя  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  часа; растворовъ карболовой кислоты (2—4‰) я избѣгалъ, такъ какъ она легко можетъ оказать вредное дѣйствіе на груднаго ребенка.

При кровотокащихъ трещинахъ я смазываю изъязвленіе 10‰ растворомъ азотнокислаго серебра, когда кормленіе грудью приостановлено на 24 часа, а затѣмъ предписываю прикладывать по прежнему компрессы изъ холодной воды съ борною кислотою.

Наконецъ, необходима та предосторожность, чтобы при обширномъ нарушеніи цѣлости груднаго соска, даже въ случаѣ обильнаго отдѣленія молока, ребенокъ рѣдко прикладывался къ груди, именно лишь настолько часто (3 раза въ 24 часа), насколько это нужно для поддержанія дальнѣйшаго отдѣленія молока, и чтобы онъ при этомъ еще получалъ коровье молоко. Польза очевидна: заживленіе сосковъ достигается скорѣе.

Для большей осторожности, если существуютъ ссадины и язвы, необходимо передъ приложеніемъ ребенка къ груди промывать ему ротъ растворомъ борной или салициловой кислоты (1:500—1000), чтобы предотвратить зараженіе трещинъ сосковъ изъ рта ребенка; я считаю предварительное промываніе рта болѣе важнымъ, чѣмъ промываніе послѣ кормленія, какъ это дѣлалось до сихъ поръ.

## 2. Заболѣванія околососкового кружка.

### Кровоподтеки на околососковомъ кружкѣ.

§ 138. Кровоподтеки на околососковомъ кружкѣ встрѣчаются нерѣдко, представляясь въ видѣ небольшихъ, величиною съ двугривенный, рѣже — нѣсколько болѣе значительныхъ, беспорядочно разсѣянныхъ багровыхъ пятенъ, образующихся вслѣдствіе небольшихъ кровоизліяній въ ткань кожи; они появляются въ какомъ либо мѣстѣ околососковаго кружка вслѣдствіе сосанія ребенка, когда онъ потерялъ грудной сосокъ изъ рта, и поэтому мы находимъ ихъ чаще всего — по крайней мѣрѣ въ клиникѣ — при утреннемъ посѣщеніи палаты, когда матери еще спятъ съ ребенкомъ у груди.

Практическаго значенія эти кровоподтеки не имѣютъ ровно никакого; пятна обыкновенно быстро исчезаютъ. Я упомянулъ здѣсь объ этомъ явленіи только для того, чтобы обратить на него вниманіе, такъ какъ мнительныя женщины иногда обращаютъ на него вниманіе врача.

## 3. *Phlegmone subareolaris. Furunculosis areolae.*

### Воспаленіе околососковаго кружка.

§ 139. Воспаленіе маленькихъ железокъ околососковаго кружка (железы *Montgomery*) составляетъ почти исключительную причину *phlegmone subareolaris*.

Воспаленіе этихъ маленькихъ железокъ, часто содержащихъ нѣсколько капель молока при обильномъ отдѣленіи его изъ грудной железы, вѣроятно, всегда бываетъ обусловлено поступленіемъ въ области околососкового кружка тѣхъ или другихъ возбудителей воспаления, именно — стафилококковъ или сапрофитовъ. Поводъ къ этому является довольно часто, такъ какъ, во время прикладыванія къ груди, ротъ ребенка или пальцы сидѣлки достаточно приходятъ въ соприкосновеніе къ названнымъ железками. Если ротъ ребенка или пальцы сидѣлки нечисты, то возбудители воспаления могутъ быть непосредственно втиснуты въ выводные протоки этихъ железокъ. Недавно я видѣлъ очень обширную *fungulosis areolae*, развившуюся вслѣдствіе втиранія нечистаго глицерина.

Дѣло начинается образованіемъ небольшого, нѣсколько болѣзненнаго узелка, на вершинѣ котораго вскорѣ появляется гнойная пробка, совершенно такъ же, какъ при *acne follicularis*. Къ этой «*mastitis subareolaris*» очень скоро присоединяется *phlegmone subareolaris*, причѣмъ рыхлая соединительная ткань околососкового кружка припухаетъ и становится твердою, чувствительною. Кожа не можетъ уже перемѣщаться надъ этою опухолью, и появляются боли, особенно во время прикладыванія ребенка къ груди, и притомъ преимущественно тогда, когда флегмона простирается до груднаго соска.

Будучи предоставлена самой себѣ, флегмона иногда переходитъ въ разрѣшеніе; но нерѣдко наступаетъ ограниченное нагноеніе. Не очень рѣдко мнѣ случалось видѣть, что къ *phlegmone subareolaris* присоединялась *phlegmone mammae*.

Предсказаніе въ общемъ благоприятно; болѣзнь не имѣетъ очень большаго значенія; но если флегмона простирается до груднаго соска, то въ такомъ случаѣ кормленіе грудью иногда бываетъ очень затруднено или даже оказывается невозможнымъ вслѣдствіе болей; уже въ виду этого своевременное распознаваніе болѣзни, вообще очень маловажною, имѣетъ все-таки нѣкоторое значеніе.

Если обнаружилось воспаленіе одной изъ этихъ железокъ и если ребенокъ каждый разъ захватываетъ ее ртомъ во время кормленія; то нужно нѣсколько рѣже прикладывать его къ груди и положить на околососковый кружокъ Присницевскій компрессъ съ 1% растворомъ борной кислоты, но такъ, чтобы въ компрессѣ и въ покрывающей его каучуковой бумагѣ было вырѣзано для соска достаточно большое отверстіе. Въ большинствѣ случаевъ удается этимъ путемъ достигнуть разрѣшенія.

Но если разрѣшеніе не было достигнуто и если флегмона слишкомъ близко подошла къ грудному соску, такъ что прикладываніе ребенка къ груди каждый разъ причиняетъ боль, то нужно приостановить кормленіе на 2—3 дня и по возможности раньше сдѣлать небольшой разрѣзъ, имѣющій относительно соска радіальное направленіе, а затѣмъ, въ случаѣ

надобности, ввести небольшой дренажъ или йодоформную марлю, чтобы воспрепятствовать слишкомъ быстрому закрытію раны.

Какъ только окончилось заживленіе, можно снова начать кормленіе грудью.

## ГЛАВА XIX.

### 4. Mastitis puerperalis.

#### Воспаленіе грудной железы. Грудница.

§ 140. Хотя послѣродовое воспаленіе грудной железы при антисептическомъ веденіи родильнаго періода наблюдается уже гораздо менѣе часто, чѣмъ прежде, но все-таки въ частной практикѣ, особенно когда роды ведутся повивальною бабкою самостоятельно, оно и до сихъ поръ еще встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ въ клиникахъ. Въ числѣ вышеупомянутыхъ 3738 женщинъ, кормившихъ грудью, я нашелъ воспаленіе грудной железы въ родильномъ періодѣ у 119 женщинъ (3,18%), но до нагноенія дѣло дошло только у 23-хъ, что составляетъ 0,6% всѣхъ случаевъ; у остальныхъ женщинъ, числомъ около 200, не кормившихъ грудью, воспаленіе грудной железы совсѣмъ не наблюдалось. Статистическихъ данныхъ о частотѣ воспаленія грудной железы внѣ родильныхъ домовъ не существуетъ; однако, по общему впечатлѣнію, вынесенному мною въ частной и консультативной практикѣ, я думаю, что не ошибусь, если скажу, что болѣзнь эта въ частной практикѣ встрѣчается значительно чаще, чѣмъ въ родильныхъ домахъ. Статистическія данныя о частотѣ воспаленія грудной железы во времена, предшествовавшія введенію антисептики, потеряли для насъ теперь всякую цѣну.

Важность послѣродоваго воспаленія грудной железы видна изъ того, что болѣзнь причиняетъ вредъ и матери, и ребенку.

Что касается этиологіи, то взгляды врачей на происхожденіе этой болѣзни, конечно, должны были существенно измѣниться подъ влияніемъ ученія объ инфекціонныхъ болѣзняхъ ранъ.

Подъ влияніемъ долго господствовавшей теоріи о метастазахъ молока, какъ о причинѣ родильной горячки, застаиваніе молока въ грудной железѣ считалось для возникновенія послѣродоваго мастита самымъ существеннымъ и самымъ важнымъ причиннымъ моментомъ, да и въ настоящее время не всѣ врачи и профессора нашей специальности окончательно отстали отъ этой теоріи; что въ понятіяхъ женщинъ и повивальныхъ бабокъ застаиваніе молока еще играетъ большую роль, — это достаточно извѣстно.

Дѣйствіе этого застаиванія молока представляли себѣ слѣдующимъ образомъ. Застоявшееся молоко разлагается и вслѣдствіе этого раздражаетъ внутреннюю стѣнку конечныхъ пузырьковъ, эпителий распадается,

и дѣло доходить до нагноенія, которое иногда не ограничивается пораженной долей грудной железы, а распространяется болѣе или менѣе далеко по сосѣдству. Но, выставяя эту теорію, совершенно упускали изъ виду, что воспаленіе грудной железы обыкновенно начиналось въ самый разгаръ кормленія грудью, слѣдовательно въ такое время, когда о застояваніи молока не могло быть и рѣчи, между тѣмъ какъ прекращеніе кормленія, сдѣлавшееся необходимымъ вслѣдствіе уже существующаго мастита, или закрытіе просвѣта отдѣльныхъ выводныхъ протоковъ, обусловленное воспалительнымъ процессомъ, должно было, конечно, имѣть своимъ необходимымъ послѣдствіемъ застояваніе молока.

Затѣмъ, было упущено изъ виду, что воспаленіе грудной железы чрезвычайно рѣдко встрѣчается у женщинъ, не кормящихъ грудью съ самаго начала, что оно чрезвычайно рѣдко наблюдается послѣ отнятія ребенка отъ груди на 8—12-мъ мѣсяцѣ, когда обыкновенно является гораздо болѣе сильный застой молока, и что гнойное воспаленіе грудной железы можетъ встрѣчаться даже при такихъ условіяхъ, гдѣ нельзя предполагать физиологическаго застояванія молока, напр. у беременных или внѣ родильнаго состоянія, особенно въ эпоху половой зрѣлости.

Наконецъ, не было обращено вниманія на то, что происхожденіе воспалительнаго процесса вслѣдствіе застояванія молока въ женской грудной железнѣ представляло бы съ физиологической точки зрѣнія единственное въ своемъ родѣ явленіе, такъ какъ относительно другихъ органовъ, напр. слюнныхъ железъ, поджелудочной железы, печени, яичекъ и проч., не извѣстно ни одного факта, который бы свидѣтельствовалъ, что застояваніе секрета можетъ вызывать лихорадку и воспаленіе.

Хирурги всего раньше отказались отъ этого взгляда, будто бы застояваніе молока служитъ причиною послѣродоваго воспаленія грудной железы. *Billroth*, въ своей книгѣ («Die Krankheiten der weiblichen Brustdrüsen»), говоритъ уже въ 1880 году, что онъ считаетъ сомнительнымъ, чтобы застояваніе молока въ самомъ дѣлѣ такъ часто служило причиною воспаленія грудной железы, а *Roser* еще раньше говорилъ, что задержка молока составляетъ не причину, а послѣдствіе воспаленія, именно такимъ образомъ, что просвѣтъ выводныхъ протоковъ железистыхъ долей закрывается вслѣдствіе воспалительнаго набуханія.

Въ настоящее время единственно вѣрнымъ долженъ считаться тотъ взглядъ, что послѣродовое воспаленіе грудной железы возникаетъ на почвѣ зараженія; подраздѣлять воспаленіе грудной железы на заразную и незаразную форму, какъ это дѣлаетъ *Vimm* (*Volk. Sammlung* № 282), я считаю неправильнымъ. Судя по клиническимъ наблюденіямъ, мы можемъ для большинства случаевъ непосредственно доказать, что изъ зараженныхъ ссадинъ или трещинъ грудныхъ сосковъ возбудители воспаленія проникаютъ въ ткань грудной железы и вызываютъ въ ней тотъ процессъ, который носитъ названіе мастита. Въ гною трещинъ,



въ молоко грудной железы и въ самой ткани ея достаточно часто были находимы стафилококки, стрептококки и нѣкоторые другіе микробы, чтобы можно было объяснить, какимъ образомъ совершается этотъ процессъ. Но и относительно воспаления грудной железы у беременныхъ, а также внѣ родильнаго состоянія, въ большинствѣ случаевъ легко можно объяснить и доказать, что возбудители воспаления проникли чрезъ небольшія поврежденія сосковъ, совершенно такъ же, какъ мы должны признать, что этиологическимъ моментомъ не особенно рѣдко встрѣчающагося воспаления грудной железы у новорожденныхъ служить непосредственное зараженіе нечистыми руками того лица, которое ухаживаетъ за ребенкомъ. Болѣе рѣдкіе случаи, гдѣ воспаление грудной железы наблюдалось будто бы при отсутствіи трещины или вообще какого бы то ни было поврежденія сосковъ, могутъ быть хорошо объяснены и такимъ образомъ, что маленькія трещины, чрезъ которыя проникли микробы, остались незамѣченными; если микрококки проникли въ незначительномъ количествѣ, то они могутъ болѣе или менѣе долго оставаться повидимому недѣйственными въ одномъ какомъ нибудь мѣстѣ, пока количество ихъ внешне не увеличится и этимъ самымъ не будетъ данъ толчекъ къ появленію мастита.

До сихъ поръ еще не сообщено достовѣрныхъ случаевъ гнойнаго мастита безъ микрококковъ; однако, въ виду новѣйшихъ изслѣдованій, согласно которымъ нагноеніе можетъ будто бы происходить подъ вліяніемъ химически дѣйствующихъ средствъ независимо отъ микрококковъ, нельзя считать совершенно невысказаннымъ, что разложеніе молока, вслѣдствіе образованія химическихъ продуктовъ, можетъ производить отравленіе ткани грудной железы и вмѣстѣ съ тѣмъ вызывать въ ней нагноеніе.

Тогда какъ всѣ авторы согласны между собою относительно того, что поступленіе стрептококковъ и стафилококковъ чрезъ трещины груднаго соска или околососковаго кружка въ околожелезистую соединительную ткань грудной железы вызываетъ флегмонозные процессы,—до сихъ поръ еще остается невыясненнымъ и не достигнуто соглашенія относительно того, могутъ ли микробы проникать чрезъ молочные протоки въ направленіи противоположномъ тому, въ какомъ вытекаетъ молоко изъ грудной железы.

*Escherich*, впрочемъ, полагаетъ, будто бы онъ доказалъ, что зараженіе молока бактеріями происходитъ изъ груднаго соска по направленію молочныхъ протоковъ; но если допустить справедливость этого утвержденія, то съ физиологической точки зрѣнія было бы не совсѣмъ понятно, какимъ образомъ микрококки, не обладающіе способностью самостоятельнаго движенія, могутъ проникать на встрѣчу вытекающей жидкости и какимъ образомъ они преодолѣваютъ давленіе отдѣляющагося молока. Равнымъ образомъ еще не доказано и другое заявленіе *Escherich*'а,

будто бы у больныхъ родильницъ микроорганизмы, поступившіе изъ крови, выводятся чрезъ молочную железу, хотя, конечно, это имѣетъ извѣстную аналогію въ выведеніи микроорганизмовъ чрезъ почки. Опыты надъ животными, гдѣ послѣ впрыскиванія микрококковъ непосредственно въ яремную вену наблюдалось выведение ихъ чрезъ молоко, не могутъ быть безъ дальнѣйшихъ разсужденій перенесены на человѣка. Но, какъ бы то ни было, вопросъ о томъ, выводятся ли чрезъ молоко микроорганизмы при пuerперальныхъ воспаленіяхъ, заслуживаетъ новыхъ и тщательныхъ изслѣдованій. Выведеніе микробовъ чрезъ грудную железу, впрочемъ, еще не указываетъ само по себѣ на возможность появленія мастита, какъ это полагаетъ *Ogston*, по крайней мѣрѣ относительно паренхиматозной формы воспаленія.

Еслибы это было такъ въ дѣйствительности, то при септическихъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, особенно при послѣродовомъ метрофлебитѣ, должны были бы гораздо чаще встрѣчаться метастатическіе абсцессы грудной железы; между тѣмъ, подобныхъ случаевъ почти неизвѣстно.

Тѣмъ не менѣе, по очень тщательнымъ изслѣдованіямъ *Bumm'a*, нельзя отвергать, что иногда бактерии могутъ входить въ окончанія молочныхъ выводныхъ протоковъ, а затѣмъ проникать въ молочныя пазухи и отсюда даже въ мелкія развѣтвленія протоковъ, на мѣстѣ ихъ перехода въ конечныя пузырьки. При нормальныхъ условіяхъ этого, разумѣется, не бываетъ, а только тогда, когда молоко застаивается, когда кормленіе грудью было уже раньше прекращено по какой либо причинѣ; поэтому застаиваніе молока, быть можетъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣйствительно играетъ извѣстную роль въ томъ смыслѣ, что оно дозволяетъ бактеріямъ проходить чрезъ молочныя протоки внутрь железы, что поступившія бактерии даютъ поводъ къ кислому броженію молока и что этимъ самымъ вызывается распаденіе эпителія конечныхъ пузырьковъ, благодаря чему становится возможнымъ поступленіе микрококковъ въ околожелезистую соединительную ткань.

Всѣ эти воззрѣнія до сихъ норъ остаются неудовлетворительными, такъ что вообще будетъ вѣрнѣе держаться того взгляда, что въ этиологіи воспаленія грудной железы, какъ и въ этиологіи другихъ послѣродовыхъ болѣзней, играетъ роль поступленіе микрококковъ чрезъ лимфатическіе сосуды и чрезъ соединительную ткань.

§ 141. Относительно патолого-анатомическихъ измѣненій при воспаленіи грудной железы, собственно говоря, имѣется довольно немного достовѣрныхъ данныхъ, особенно со стороны новѣйшихъ авторовъ; это очень понятно, если подумать о томъ, что послѣродовое воспаленіе грудной железы рѣдко приводитъ къ смерти, что намъ чрезвычайно рѣдко представляется случай наблюдать процессъ въ началѣ его развитія и что омертвѣвшая ткань, выходящая изъ синуозной полости послѣ разрыва, уже не можетъ служить особенно надежнымъ объектомъ для изслѣдованія.

Поэтому патолого-анатомическая картина послѣродоваго воспаления грудной железы часто создавалась нѣсколько теоретически, и только *Bumm* изучалъ различныя стадіи воспаления на вырѣзанныхъ кусочкахъ ткани.

*Klob* различалъ прежде три формы, но двѣ изъ нихъ представляютъ воспаленіе грудныхъ сосковъ и соединительной ткани, находящейся впереди и позади грудной железы, тогда какъ собственно въ железистой ткани встрѣчается, по *Klob*'у, только паренхиматозный маститъ. Воспаленіе, по его словамъ, или ограничивается только отдѣльными частями грудной железы, или захватываетъ всю железу; пораженные части тверды, бугристы, переполнены въ разрѣзѣ молокомъ, ткань сочна, изобилуетъ кровью, нагноеніе начинается очень скоро и происходитъ, по *Klob*'у, въ соединительной ткани; вслѣдствіе нагноенія ткани, находящейся между конечными пузырьками, и вслѣдствіе сліянія маленькихъ гнойниковъ образуется, въ собственномъ смыслѣ этого слова, абсцессъ грудной железы, полость котораго никогда не имѣетъ гладкихъ стѣнокъ, а представляется синуозною, причѣмъ въ ней свободно висятъ обрывки распавшейся и еще не распавшейся железистой ткани.

Существенно новыми изслѣдованіями о воспаленіи грудной железы мы обязаны *Billroth*'у. По его рисункамъ, всѣ конечныя пузырьки болѣе или менѣе окружены мелкоклеточковою инфильтраціею и нѣкоторыя изъ нихъ совершенно закрыты ею. Пузырьки малы, не содержатъ молока (по крайней мѣрѣ на препаратъ *Billroth*'а), находящаяся между ними соединительная ткань громадно развита; опредѣлить съ положительностью судьбу эпителия конечныхъ пузырьковъ невозможно, но повидимому онъ въ заключеніе распадается вмѣстѣ со стѣнками пузырьковъ и инфильтрированную мелкими клетками околожелезистою тканью. По дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ *Billroth*'а, главными путями распространенія процесса должны считаться кровеносныя и лимфатическія сосуды, которыми обвиты наружныя дольки железы; и дѣйствительно, *Billroth* нашелъ, что сосуды эти переполнены микрококками.

По описанію *Bumm*'а, конечныя пузырьки выполнены сътью свернувшася казеина, въ которой заключены колоніи бактерій; эпителий пузырьковъ отпадаетъ, и изъ промежуточной соединительной ткани переходитъ въ конечныя пузырьки множество безцвѣтныхъ кровяныхъ тѣлецъ, тогда какъ изъ конечныхъ пузырьковъ проникаютъ бактеріи въ промежуточную ткань. Группа пузырьковъ замѣщается милиарнымъ гнойникомъ, а вслѣдствіе сліянія значительнаго числа этихъ гнойниковъ образуются большіе синуозные абсцессы.

Поэтому дальнѣйшими изслѣдованіями еще должно быть выяснено, существуетъ ли настоящій паренхиматозный маститъ и насколько часто онъ встрѣчается, или не симулируется ли первичный паренхиматозный маститъ такими случаями, гдѣ первично поражена главнымъ образомъ

сѣтъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, обхватывающая извѣстное число железистыхъ долекъ, между тѣмъ какъ при острой флегмонѣ возбудители воспаления уже съ самаго начала распространяются по соединительнотканнымъ путямъ грудной железы.

Въ самомъ дѣлѣ, очень возможно и то, что различія въ болѣзненномъ процессѣ обусловлены поступленіемъ различнаго рода микрококковъ; конечно, уже напередъ слѣдуетъ ожидать, что *staphylococcus aureus* и *staph. albus* будутъ вызывать въ грудной железнѣ иныя явленія, чѣмъ *streptococcus pyogenes*; и дѣйствительно, въ грудной железнѣ были находимы всѣ эти виды микрококковъ; кромѣ того, сюда же относится одинъ неполнѣ еще опредѣленный, но повидимому нѣсколько болѣе безвредный стрептококкъ, найденный *Cohn*'омъ въ гною трещинъ и въ молокѣ при паренхиматозномъ маститѣ.

Описать патолого-анатомическую картину простаго не-заразнаго мастита, которому *Küstner* даетъ названіе паренхиматознаго, мы не имѣемъ возможности, такъ какъ по этому предмету еще не существуетъ анатомическихъ изслѣдованій; только *Küstner* имѣлъ возможность въ одномъ случаѣ, при очень раннемъ разрѣзѣ, изслѣдовать жидкое содержимое, причѣмъ оказалось, что оно представляетъ не гной, а молоко, свободное отъ бактерій. Даже и тѣ авторы, которыми признается существованіе первичнаго паренхиматознаго мастита, допускаютъ, что въ теченіи процесса распадается эпителий конечныхъ пузырьковъ, что въ эти послѣдніе проникаютъ безцвѣтные кровяныя тѣльца, а съ другой стороны изъ просвѣта пузырьковъ переходятъ микрококки въ лежащую между ними соединительную ткань, т. е., что къ паренхиматозному маститу присоединяется интерстиціальныи. До тѣхъ поръ, пока эта патолого-анатомическая картина не будетъ окончательно выяснена, мы должны разсматривать всякій послѣродовой маститъ, какъ заразную болѣзнь, обусловленную поступленіемъ микрококковъ; дѣйствительно ли паренхиматозная форма, обусловленная дѣйствіемъ микрококковъ въ конечныхъ пузырькахъ, можетъ быть рѣзко противопоставлена флегмонозному маститу, — это въ настоящее время еще подлежитъ большому спору; очень возможно, что дѣло здѣсь идетъ только о различной интенсивности или вирулентности болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ въ томъ или другомъ случаѣ. Наконецъ, необходимо еще замѣтить, что при наиболѣе частой флегмонозной формѣ, существованіе которой не подлежитъ никакому сомнѣнію, одними изслѣдователями были находимы стрептококки, а другими — стафилококки. Въ Базельской клиникѣ, при оперативномъ вскрытіи абсцессовъ грудной железы, до сихъ поръ были находимы исключительно стафилококки.

Исходомъ послѣродоваго мастита можетъ быть, во первыхъ, разрѣшеніе: поступившіе микроорганизмы поглощаются эмигрирующими въ большомъ числѣ безцвѣтными кровяными тѣльцами и погибаютъ; мелко-

клеточковый экссудатъ очень медленно всасывается, гиперемія исчезаетъ, сдавленные молочные протоки постепенно опять становятся проходимыми. Другимъ, гораздо болѣе рѣдкимъ, исходомъ можетъ быть нагноеніе; въ этомъ случаѣ распадается подъ вліяніемъ воспалительнаго деструктивнаго процесса не только соединительная ткань между конечными пузырьками, но и ткань самыхъ пузырьковъ, омертвѣвшіе обрывки которой еще встрѣчаются въ большой синуозной полости абсцесса. Затѣмъ всѣ образовавшіеся абсцессы сливаются воедино, или каждый изъ нихъ прокладываетъ себѣ дорогу въ различномъ направленіи. Эти синуозныя полости всегда требуютъ очень долгаго времени для своего заживленія, такъ какъ онѣ окружены неподатливыми стѣнками.

До введенія антисептики часто случалось видѣть, что одинъ абсцессъ слѣдовалъ за другимъ, пока болѣзнь не обойдетъ всей периферіи грудной железы; въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходилось будто бы наблюдать до 30 отдѣльныхъ абсцессовъ. Иногда на долгое время остаются глубокіе свищи, если выходное отверстіе для гноя было слишкомъ узко или было заграждено нѣкоторымъ подобіемъ клапана; рѣже образуются при этомъ молочныя свищи, если были вскрыты большіе молочныя протоки, находившіеся въ соединеніи съ такими частями железистой ткани, въ которыхъ еще продолжалось отдѣленіе молока.

§ 142. *Симптомы.* Послѣродовое воспаленіе грудной железы чрезвычайно рѣдко начинается на 1-й недѣлѣ родильнаго періода. Лихорадочныя процессы первой недѣли въ большинствѣ случаевъ должны быть отнесены на счетъ заболѣваній полового канала; напротивъ того, при появленіи лихорадки на 2-й и 3-й недѣлѣ гораздо скорѣе нужно подозрѣвать воспаленіе грудной железы, особенно если предшествовали трещины или садны груднаго соска. Эта послѣдняя причина имѣетъ значеніе и у многородящихъ; но что у нихъ воспаленіе грудной железы можетъ возобновиться вслѣдствіе вытягиванія оставшагося рубца при кормленіи грудью, — это я считаю невѣрнымъ; въ прежнее время опасались дозволить кормленіе грудью послѣ однажды перенесеннаго мастита, но это опасеніе положительно лишено основанія.

Рѣдко лихорадка начинается настоящимъ потрясающимъ ознобомъ, въ большинствѣ же случаевъ — только легкимъ познабливаніемъ; температура медленно поднимается до  $38^{\circ},5$  —  $39^{\circ}$ , а въ другихъ случаяхъ она сразу повышается до  $39^{\circ},5$  —  $40^{\circ}$ . Высота лихорадки, по моимъ наблюденіямъ, имѣетъ важное прогностическое значеніе. Если процессъ переходитъ въ разрѣшеніе, то температура послѣ однократнаго вечерняго повышенія можетъ окончательно понизиться до нормы, или же она на другой вечеръ опять повышается, хотя и въ меньшей степени. Утреннія ремиссіи обыкновенно бываютъ незначительны. Въ другихъ случаяхъ, особенно когда лихорадка съ самаго начала поднимается очень высоко, она въ теченіе нѣсколькихъ дней остается на высокихъ цифрахъ, пони-

жаясь по утрамъ примѣрно до  $38^{\circ},5$ ; выше  $40^{\circ},5$  температура при воспаленіи грудной железы поднимается положительно рѣдко, если не считать тѣхъ случаевъ, когда флегмона осложнена настоящею erysipelas mastae. Если, при цѣлесообразномъ лѣченіи, лихорадка не исчезла послѣ втораго вечера, и если температура только затѣмъ медленно падаетъ до нормы, то, не смотря на паденіе лихорадки, лишь въ рѣдкихъ случаяхъ удастся избѣгнуть нагноенія; процессъ принимаетъ болѣе затянутае теченіе, причѣмъ гнойное размягченіе инфицированной ткани идетъ очень медленно. Но въ большинствѣ случаевъ лихорадка быстро поднимается до очень высокихъ цифръ, и по истеченіи 6—8 дней, рѣдко

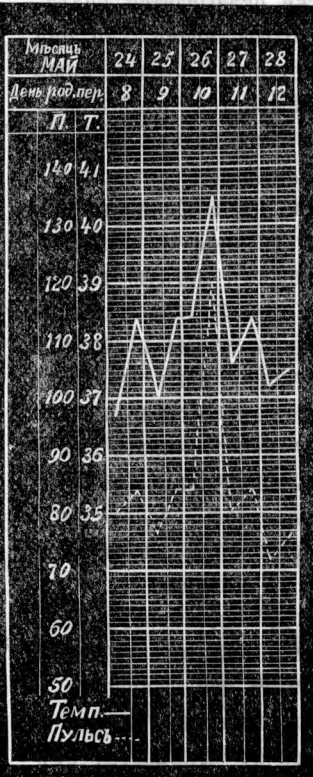


Рис. 41. Купированная лихорадка при послѣродовомъ воспаленіи грудной железы.

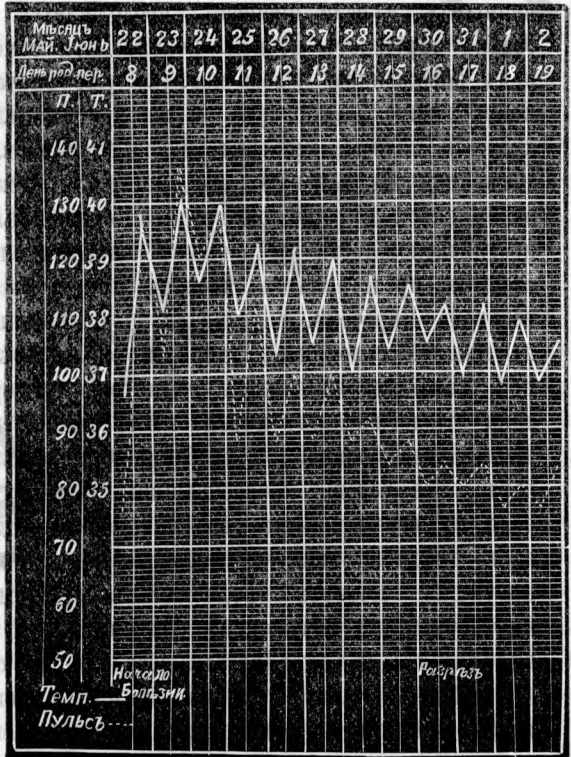


Рис. 42. Лихорадка при гнойномъ послѣродовомъ воспаленіи грудной железы.

позднѣе, абсцессъ прорывается самопроизвольно или оказывается созрѣвшимъ для разрѣза. вмѣстѣ съ тѣмъ обыкновенно падаетъ лихорадка. Если же она продолжается, то это указываетъ на то, что существуютъ еще и другіе абсцессы, которые не были вскрыты вмѣстѣ съ первымъ нарывомъ; подобнымъ же образомъ новое поднятіе температуры послѣ нѣсколькихъ дней безлихорадочнаго состоянія указываетъ на то, что образуется новый абсцессъ вслѣдствіе дальнѣйшаго распространенія воспаления или вслѣдствіе застаиванія секрета.

Въ противоположность пуэрперальнымъ заболѣваніямъ матки и ея придатковъ, частота пульса въ большинствѣ случаевъ поднимается не очень значительно, а держится между 90 и 100 ударами въ минуту. Болѣе высокія цифры наблюдаются только тогда, когда при продолжительной лихорадкѣ больная сильно истощилась и сдѣлалась малокровною.

Первымъ симптомомъ, который обыкновенно еще до наступленія лихорадки уже указываетъ на развивающуюся болѣзнь, является мѣстная боль, часто очень сильная, въ пораженной долѣ грудной железы. Сначала боль ощущается только во время кормленія, но затѣмъ она вскорѣ начинаетъ ощущаться внѣ кормленія и бываетъ часто настолько сильною, что всякое движеніе верхней конечности уже оказывается болѣзненнымъ, а если процессъ продолжается болѣе долгое время, то она сильно нарушаетъ ночной покой. При осмотрѣ грудной железы, кожа надъ пораженною долею нерѣдко уже вначалѣ оказывается равномерно покраснѣвшею, горячею, а въ другихъ случаяхъ мы видимъ только красныя полосы, соотвѣтствующія направленію лимфатическихъ сосудовъ, или же мы находимъ обширный отекъ кожи, въ особенности при очень вялой и отвислой груди. Пораженная часть грудной железы, въ противоположность остальнымъ частямъ ея, имѣющимъ мягкую консистенцію, представляется твердою на ощупь и при этомъ очень чувствительною. Впрочемъ, я рѣшительно не могу подтвердить, чтобы воспаление въ нижней половинѣ грудной железы встрѣчалось чаще, чѣмъ въ верхней, какъ это заявляютъ тѣ авторы, которые считаютъ застаиваніе молока этиологическимъ моментомъ грудницы; въ виду непостояннаго положенія тѣла больной, а особенно при измѣнчивомъ положеніи отвислой груди, эти условія кровообращенія не могутъ играть столь значительной роли въ возникновеніи болѣзни; я наблюдалъ воспаление въ верхней части грудной железы такъ же часто, какъ и въ нижней; если же наружная четверть грудной железы, быть можетъ, заболѣваетъ чаще внутренней, то я склоненъ объяснить это тѣмъ, что она гораздо сильнѣе развита и болѣе богата сосудами въ сравненіи съ внутренней.

Здоровыя части грудной железы, пока продолжается кормленіе грудью, остаются вообще мягкими; но когда ребенокъ отнимается отъ груди, вся железа очень быстро становится твердою и чувствительною, вслѣдствіе застаиванія молока.

Если дѣло доходить до нагноенія, то равномерная твердость пораженной доли мало по малу уменьшается, и очень медленно наступаетъ размягченіе въ какомъ нибудь отдѣльномъ мѣстѣ, лежащемъ ближе къ центру или къ периферіи; это можетъ сопровождаться или не сопровождаться покраснѣніемъ кожи. Если размягченіе происходитъ въ области околососкового кружка или на границѣ его, то грудной сосокъ сильно западаетъ; потому что соединительнотканнй остовъ развитъ здѣсь не такъ значительно, какъ въ другихъ мѣстахъ грудной железы.

Впрочемъ, самопроизвольное прободеніе абсцесса всегда очень долго заставляеть себя ждать; кожа, хотя бы и истонченная, всегда очень долго оказываетъ этому нѣкоторое противодѣйствіе, и если своевременно не вмѣшаться въ дѣло, то гной опускается по другимъ направленіямъ, и процессъ только еще болѣе распространяется въ глубинѣ.

Если прободеніе абсцесса долго заставляеть себя ждать, то больныя сильно страдаютъ, но не столько отъ лихорадки, сколько отъ болей, которыя отнимають у нихъ аппетитъ и сонъ. Замѣчательно, что при воспаленіи грудной железы, хотя оно и менѣе опасно, больныя истощаются гораздо скорѣе, чѣмъ при параметритѣ.

Предсказаніе почти безусловно благопріятно. Изъ 119 случаевъ, которые я наблюдалъ въ Штутгартскомъ родильномъ домѣ, 96 были купированы, и только 23 (что составляетъ 0,6% всѣхъ женщинъ, кормившихъ грудью) перешли въ нагноеніе, причемъ ни одна изъ больныхъ не умерла; эти цифры принадлежать послѣднимъ 10 годамъ, и можно надѣяться, что въ будущемъ результаты окажутся еще болѣе благопріятными. *Olshausen*, за 1883—1886 гг., наблюдалъ въ Галле на 972 родильницы 31 случай воспаленія грудной железы (3,18%), изъ которыхъ 6 перешли въ нагноеніе. *Billroth*, наблюдавшій 56 тяжелыхъ случаевъ послѣродоваго воспаленія грудной железы, потерялъ 2-хъ больныхъ вслѣдствіе осложнений; но у одной изъ нихъ уже существовалъ инфекціонный тромбозъ обѣихъ бедренныхъ венъ, а другая умерла отъ блуждающей рожи.

Диагнозъ начинающейся грудницы ставится легко, на основаніи быстро наступающей лихорадки, мѣстной болѣзненности, красноты и твердой консистенціи грудной железы.

Клиническій дифференціальный диагнозъ между интерстиціальнымъ (флегмонознымъ) и паренхиматознымъ маститомъ я считаю натянутымъ; то же самое косвенно допускаеть *Wimm*, когда онъ говоритъ, что нельзя провести рѣзкой границы между физиологическою гипереміею и паренхиматознымъ маститомъ; въ подобнымъ же результатамъ привели наблюденія *Deib'a* (Diss. inaug. Heidelberg), по которымъ паренхиматозный маститъ въ однихъ случаяхъ сопровождается лихорадкой, а въ другихъ — нѣтъ. Но, какъ бы то ни было, немислимо, чтобы при этой послѣдней формѣ уже спустя 1 — 2 дня выдавливался гной изъ молочныхъ протоковъ; микроскопическое изслѣдованіе секрета обыкновенно даеть здѣсь отрицательные результаты.

§ 143. *Лѣченіе*. Главную роль играетъ профилактика, т. е. надлежащій уходъ за грудями и цѣлесообразное лѣченіе грудныхъ сосковъ, когда на нихъ имѣются трещины и ссадины.

Какъ только появились первые признаки начинающейся грудницы, безусловно необходимо тотчасъ же прекратить кормленіе и фиксировать грудь въ покойномъ положеніи; грудь аккуратно подвязывается треуголь-



нымъ платкомъ, такъ чтобы повязка не причиняла никакой боли; самое целесообразное лѣченіе состоитъ въ томъ, что на большую грудь кладется одинъ или два пузыря со льдомъ, но при этомъ должны быть приняты мѣры, чтобы ледъ дѣйствительно лежалъ на больной груди, а не подъ нею на грудной клеткѣ. Ледъ всегда приятенъ для больныхъ, и если *Billroth* говорить, что пузырь со льдомъ рѣдко бываетъ приятенъ родильницѣ и что онъ можетъ вызвать простуду, то я могу себя объяснить это заявленіе только тѣмъ, что хирургу обыкновенно приходится видѣть болѣзнь въ такомъ періодѣ, когда уже слишкомъ поздно прикладывать пузырь со льдомъ.

Обыкновенно я предписываю прикладывать пузырь со льдомъ впродолженіе 2—4 дней; если лихорадка при этомъ прекращается спустя 1—2 дня, то предсказаніе благоприятно, и дѣло обойдется безъ нагноенія; но если лихорадка продолжается, не смотря на прикладываніе пузыря со льдомъ, то дѣло окончится нагноеніемъ, и поэтому черезъ 3—4 дня лучше перейти къ теплу. Во всякомъ случаѣ, пузырь со льдомъ можно прикладывать до тѣхъ поръ, пока это приятно для больной.

Если другая грудь здорова, то можно дозволить родильницѣ, чтобы она продолжала кормить ею ребенка; конечно, нельзя отрицать, что сильный приливъ молока, поддерживаемый кормленіемъ изъ здоровой груди, оказываетъ и на большую грудь вредное дѣйствіе; однако, этотъ приливъ молока къ больной груди, часто очень сильный и тягостный вначалѣ, обыкновенно прекращается по прошествіи 1—2 дней; другіе авторы совѣтуютъ отсасывать молоко изъ больной груди, но я не могу этого рекомендовать. Застой молока, вызванный отнятіемъ ребенка отъ груди, обыкновенно влечетъ за собою обильное содержаніе сахара въ мочѣ.

Въ то же время назначаются слабительныя, лучше всего — горькая соль, Офенская горькая вода (*Frank-Josefsquelle*) или касторовое масло, лимонадъ изъ лимоннокислой магнезій, или каломель въ малыхъ дозахъ. Ограниченіе діеты и умѣренное воздержаніе отъ питья вполне целесообразны; однако, родильница должна получать пищу въ такомъ количествѣ, чтобы ребенокъ хоть сколько нибудь могъ насыщаться. Верхняя конечность, соответствующая больной груди, должна оставаться по возможности въ покой, а если это необходимо, то можно дать ей нѣсколько приподнятое положеніе.

Если лихорадка при начинающемся воспаленіи грудной железы прекратилась уже въ первый вечеръ, то можно черезъ 48 часовъ отбѣнить пузырь со льдомъ и сдѣлать осторожную попытку возобновить кормленіе грудью; если же на второй вечеръ еще существуетъ незначительное повышеніе температуры, то я продолжаю прикладывать пузырь со льдомъ въ теченіе 3-хъ дней, и затѣмъ дѣлается попытка возобновить кормленіе.

грудью. Если лихорадка продолжается болѣе двухъ дней, то нагноеніе наступитъ во всякомъ случаѣ, и тогда отъ кормленія грудью нужно отказаться. Если больная не выноситъ пузыря со льдомъ, по причинѣ его тяжести, то прикладываются ледяные компрессы или холодныя примочки изъ раствора карболовой кислоты (2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) или сулемы (1 : 1000), свиновой воды или Liq. Alum. aceticae.

Весьма рационально было бы раннее кровоизвлеченіе изъ воспаленной ткани, сильно ущемленной между неподатливыми соединительнотканными перегородками. Пиявокъ въ настоящее время всѣ опасаются вполне справедливо, такъ какъ пиявочные уколы могли бы затѣмъ, вслѣдствіе зараженія гноемъ, послужить исходнымъ пунктомъ для появленія рожи; въ прежнее время я иногда прибѣгалъ къ раннимъ глубокимъ надрѣзамъ, причѣмъ выдѣлялась одна только кровь, безъ всякаго гноя, и получались хорошіе результаты; но это не вездѣ примѣнимо, такъ какъ больная, соглашаясь на разрѣзъ, желаетъ вмѣстѣ съ тѣмъ увидать гной, а иначе она считаетъ разрѣзъ погрѣшностью противъ правилъ искусства.

Прибѣгать къ другимъ средствамъ для разрѣшенія воспалительнаго процесса я ни разу не имѣлъ надобности; лучшимъ доказательствомъ цѣлесообразности моего способа лѣченія служить то, что мнѣ удалось купировать воспаленіе грудной железы въ 96 случаяхъ изъ числа 119-ти.

Поэтому я никогда не накладывалъ давящихъ повязокъ для разрѣшенія воспалительнаго процесса (*Schwarz* рекомендуетъ для этого липкій пластырь, *Küstner* предлагаетъ эластическіе бинты, а въ прежнее время была употребительна крахмальная повязка). Съ хирургической точки зрѣнія совсѣмъ даже нельзя понять, какую пользу могли бы приносить эти повязки; къ тому же всякое давленіе должно быть для больной очень чувствительно. Еще менѣе я могъ бы рекомендовать массажъ, какъ средство къ тому, чтобы предотвратить нагноеніе; *Bumt* и др. рекомендуютъ массажъ только при паренхиматозной формѣ воспаленія.

Наружное примѣненіе іодной, ртутной или белладонновой мази въ настоящее время тоже сдѣлалось излишнимъ; еще менѣе я могу рекомендовать внутреннее употребленіе іодистыхъ препаратовъ.

Если теченіе болѣзни показываетъ, что нагноеніе уже не можетъ быть предотвращено, то мы переходимъ къ теплу, которое и для больныхъ въ это время бываетъ обыкновенно болѣе пріятнымъ; въ подобныхъ случаяхъ я прикладываю теплые Присницевскіе компрессы съ какою нибудь антисептической жидкостью; если нагноеніе сидитъ еще очень глубоко, то я нисколько не боюсь прикладывать припарки, и притомъ всего охотнѣе въ видѣ *cataplasma artificiale*, хотя другими авторами онѣ безусловно отвергаются; во всякомъ случаѣ, теплота въ этой формѣ дѣйствуетъ гораздо сильнѣе, чѣмъ въ формѣ влажныхъ компрессовъ. Передъ производствомъ разрѣза всегда вѣдь существуетъ возможность дезинфицировать кожу.

Если абсцессъ очень малъ, если онъ повидимому ограничивается одною долею железы, то необходимо сдѣлать разръзъ по возможности раньше, чтобы предотвратить дальнѣйшее распространеніе нарыва; но если флегмона очень обширна, то я въ настоящее время предпочитаю выжидать нѣсколько подольше, чтобы затѣмъ имѣть возможность въ одинъ сеансъ вскрыть абсцессъ и наложить противоотверстіе.

Разръзъ всегда долженъ производиться подъ наркозомъ, такъ какъ только при этомъ мы имѣемъ возможность тщательно произвести необходимую дезинфекцію груди, составляющую очень важное предварительное условіе для быстраго заживленія безъ дальнѣйшаго нагноенія; за 6—12 часовъ передъ вскрытіемъ абсцесса прикладываютъ влажный компрессъ съ растворомъ сулемы (1 : 2000), затѣмъ, уже подъ наркозомъ, тщательно дезинфицируютъ кожу мыломъ, щеткою и теплою водою, а послѣ этого обтираютъ ее 90% спиртомъ и, наконецъ, при помощи щетки—растворомъ сулемы (1 : 1000).

Затѣмъ, посредствомъ остроконечнаго бистури, вскрываютъ абсцессъ въ самомъ тонкомъ мѣстѣ; разръзъ долженъ быть достаточно широкъ, не менѣе двухъ сантиметровъ; по соосѣдству съ околососковымъ кружкомъ лучше дѣлать разръзъ въ радіальномъ направленіи, тогда какъ въ другихъ мѣстахъ это не столь необходимо; вводить палецъ въ полость абсцесса нецѣлесообразно; точно также не слѣдуетъ сильно надавливать на стѣнки абсцесса для опорожненія гноя. *Billroth* справедливо предостерегаетъ также отъ раздраженія полости абсцесса слишкомъ сильнымъ спринцованіемъ; при свѣжемъ абсцессѣ достаточно, по введеніи дренажной трубки, обмыть грудь снаружи, поверхъ дренажа, дезинфицирующимъ растворомъ тимола или карболовой кислоты.

Если полость абсцесса очень велика и если существуетъ размягченіе въ нѣсколькихъ мѣстахъ, то дѣлается попытка немедленно наложить подъ хлороформомъ противоотверстіе въ самомъ низкомъ мѣстѣ; надлежащій пунктъ для противоотверстія опредѣляется посредствомъ надавливанія введеннымъ въ полость абсцесса хорошо дезинфицированнымъ толстымъ маточнымъ зондомъ или проводникомъ для дренажной трубки, затѣмъ дѣлается разръзъ по введенному инструменту, и къ этому послѣднему привязывается имѣющаяся наготовѣ дренажная трубка, которая протягивается чрезъ полость абсцесса; въ этомъ случаѣ обильное промываніе полости дезинфицирующею жидкостью, конечно, будетъ вполне уместно. Сильныя кровотеченія встрѣчаются рѣдко, а именно только при разръзваніи большихъ кожныхъ мостиковъ, и тогда кровотеченіе должно быть остановлено перевязкою сосуда или обкалываніемъ; поэтому необходимо всегда имѣть наготовѣ 1—2 артеріальныхъ пинцета. Для того чтобы дренажъ не проскользнулъ въ полость абсцесса, онъ долженъ быть укрѣпленъ предохранительными иглами. Затѣмъ накладывается тугая давящая повязка на больную грудь, и послѣдняя подвязывается плат-

комъ, а вмѣстѣ съ нею обыкновенно и здоровая грудь, насколько это необходимо; но здоровая грудь должна быть оставлена свободною настолько, чтобы можно было прикладывать къ ней ребенка. Въ первый разъ повязка возобновляется спустя 24 часа, а затѣмъ только тогда, когда отдѣленіе раны протекаетъ сквозь повязку или когда снова появляется лихорадка, указывающая на задержку отдѣленія.

Правильное антисептическое лѣченіе абсцессовъ грудной железы имѣетъ для больныхъ женщинъ неоцѣнимую важность, такъ какъ оно существенно сокращаетъ теченіе болѣзни и значительно уменьшаетъ потерю гноя и чувство боли.

Какъ только прекратилось отдѣленіе гноя, дренажная трубка удаляется совсѣмъ или замѣняется другою, болѣе тонкою; если дренажъ былъ протянутъ чрезъ противоотверстіе, то спустя 3—4 дня онъ разрѣзывается по серединѣ на двѣ части, и оба конца его оставляются на мѣстѣ до тѣхъ поръ, пока они постепенно не будутъ извергнуты сами собою. Съ того времени, какъ я началъ производить при малѣйшей возможности двойной разрѣзъ подъ наркозомъ, стали получаться превосходные результаты. Если образуются новые абсцессы, то ихъ нужно вскрывать по тѣмъ же правиламъ.

Если абсцессъ грудной железы, прежде чѣмъ больная обратилась къ врачебной помощи, уже вскрылся самопроизвольно, однимъ или нѣсколькими отверстіями, то содержимое его въ большинствѣ случаевъ оказывается уже разложившимся вслѣдствіе маслянокислаго броженія молока; при такихъ условіяхъ необходимо расширить по возможности одно изъ отверстій, чтобы ощупываніемъ съ помощію введеннаго пальца опредѣлить свойства полости; затѣмъ дѣлается противоотверстіе, выскабливаются острою ложечкою болѣе мелкіе молочные протоки, которые не могутъ быть дренируемы, полость абсцесса промывается чрезъ всѣ отверстія обильнымъ количествомъ раствора карболовой кислоты (2:100) или сулемы (1:4000), и наконецъ накладывается давящая повязка.

Впослѣдствіи, когда отдѣленіе гноя почти прекратилось и когда дренажныя трубки уже извергнуты, рана перевязывается борною мазью (1:10) или чѣмъ нибудь другимъ въ этомъ родѣ, до полного зарубцеванія.

## 5. Воспаленіе клѣтчатки, лежащей позади грудной железы.

### Retromastitis. Paramastitis.

§ 144. Краткаго особаго описанія здѣсь еще требуетъ воспаленіе клѣтчатки позади грудной железы, которому авторы даютъ названіе «paramastitis». Въ противоположность флегмонозному воспаленію клѣтчатки, лежащей подъ околососковымъ кружкомъ *впередѣ* грудной железы, которое иными авторами тоже описывается подъ именемъ пара-

маститита (мною оно было описано выше под именемъ phlegmone sub-  
areolaris) и которое въ родильномъ періодѣ встрѣчается не особенно  
рѣдко, — paramastitis posterior, для которой мы поэтому предпочитаемъ  
название «retromastitis», составляетъ въ родильномъ періодѣ чрезвычай-  
ную рѣдкость. Вѣроятно, чаще всего retromastitis присоединяется къ  
глубокой послѣродовой флегмонѣ грудной железы, въ особенности тогда,  
когда гною своевременно не доставленъ выходъ въ надлежащемъ на-  
правленіи, причемъ онъ прорываетъ чрезъ фасцію, которую грудная же-  
леза покрыта сзади. Гной попадаетъ тогда въ рыхлую клетчатку, ле-  
жащую впереди большой грудной мышцы. Такъ какъ *Billroth* говоритъ,  
что подобные абсцессы онъ наблюдалъ и у мушинъ, то возможно до-  
пустить, что и у женщинъ абсцессы эти иногда образуются вслѣдствіе  
травматическихъ причинъ внѣ родильнаго періода. Въ нѣкоторыхъ слу-  
чаяхъ послѣродовое воспаление клетчатки позади грудной железы было  
наблюдаемо въ видѣ метастатическаго нагноенія.

Если гною своевременно не доставленъ выходъ наружу, то онъ мо-  
жетъ проложить себѣ дорогу въ плевру и вызвать костоѣду и омертвѣ-  
ніе реберъ, а также эмпіему. Съ другой стороны, въ рѣдкихъ случаяхъ  
будто бы наблюдалось и то, что абсцессъ, находящійся въ связи съ  
костоѣдою реберъ, прорывался позади грудной железы.

Симптомы, въ общемъ, будутъ тѣ же, что и при глубокой флег-  
монѣ грудной железы; если позади железы накопилось достаточное коли-  
чество гноя, то при ошупываніи получается такое впечатлѣніе, какъ  
будто она лежитъ на водяной подушкѣ.

Точный діагнозъ можетъ быть поставленъ только послѣ достаточно  
обширнаго разрѣза и дренированія соединительнотканнаго пространства,  
лежащаго позади грудной железы. Введеніе дренажныхъ трубокъ, дезин-  
фицирующія промыванія полости и наложеніе давящей повязки совер-  
шенно умѣстны.

Особенную важность мы должны здѣсь во всякомъ случаѣ придавать  
общему укрѣпляющему лѣченію.

## В. Незаразныя заболѣванія въ родильномъ періодѣ.

### ГЛАВА XX.

#### Кровотеченія въ родильномъ періодѣ.

§ 145. Такъ какъ въ планѣ этой книги входитъ исключительно  
родильный періодъ, то я оставляю здѣсь въ сторонѣ тѣ кровотеченія,  
которыя обыкновенно являются въ качествѣ осложненія третьяго періода  
родовъ, а буду говорить только о тѣхъ, которыя наступаютъ не ранѣе  
какъ черезъ 2 часа послѣ полного изгнанія плаценты или еще позднѣе,  
причемъ, соотвѣтственно общепринятому обычаю, предполагается, что

продолжительность третьего периода родовъ, вмѣстѣ съ наблюдениемъ повивальной бабки за маткою роженицы, равна 2 — 3 часамъ. Такимъ образомъ я буду здѣсь говорить только о кровотеченияхъ, появляющихся и требующихъ врачебнаго вмѣшательства по прошествіи этого срока.

### 1. Кровотеченія изъ разрывовъ.

§ 146. Сюда относятся разрывы наружныхъ половыхъ частей, особенно въ области клитора, разорванныя раны малыхъ губъ, разрывы промежности и т. д.

Если разрывъ образовался во время прохожденія головки, какъ это чаще всего бываетъ у первородящихъ, то при разрывѣ какой-нибудь артеріи или болѣе крупной вены кровотеченіе обыкновенно производитъ тотчасъ послѣ родовъ такія рѣзкія явленія, что пособіе искусства оказывается необходимымъ въ той или иной формѣ. Въ другихъ случаяхъ кровотеченіе изъ разрыва вскорѣ останавливается само собою, вслѣдствіе отхожденія разорванныхъ концовъ артеріи, или вслѣдствіе прижатія кровотокающихъ венъ, или вслѣдствіе того, что послѣ обильной потери крови ослабляется дѣятельность сердца. Но когда въ родильномъ періодѣ спустя нѣсколько часовъ дѣятельность сердца опять усиливается, то кровотеченіе изъ разрыва можетъ возобновиться совершенно самопроизвольно, или же оно возобновляется вслѣдствіе того, что склеившаяся рана была опять разорвана, благодаря неумѣлымъ манипуляціямъ повивальной бабки, въ особенности при введеніи катетера или во время обмыванія половыхъ частей.

Опредѣленіе того, что мы дѣйствительно имѣемъ предъ собою кровотеченіе изъ разрыва, не представляетъ въ большинствѣ случаевъ никакихъ трудностей, если надлежащимъ образомъ обнажить половыя части и осмотрѣть ихъ при хорошемъ освѣщеніи.

Кровотокающія артеріи, послѣ тщательной дезинфекціи кровотокающей поверхности разрыва, захватываются и перевязываются, и только въ томъ случаѣ, еслибы это оказалось неисполнимымъ по причинѣ глубокаго положенія кровотокающаго мѣста, дѣлается обкалываніе артеріи; при обильномъ венозномъ кровотеченіи лучше всего сдѣлать глубокое обкалываніе разрыва; необходимо обращать вниманіе на то, чтобы игла обхватывала всю ножку клитора, а не проходила сквозь ея толщу; игла не должна быть слишкомъ толста, для того чтобы разрѣзъ, сдѣланный ея ушкомъ, по возможности выполнялся ниткою. Но если кровотеченіе изъ отверстій, чрезъ которыя проведена нитка, все-таки продолжается, то мы прижимаемъ зашитое мѣсто іодоформною марлею къ лонной дугѣ.

Матеріаломъ для швовъ служитъ шелкъ или, еще лучше, обезпложенный кѣтгутъ; послѣдній имѣетъ то преимущество, что его не приходится удалять. Швы удаляются не раньше 5—6-го дня.

## 2. Атоническія кровотеченія въ родильномъ періодѣ.

§ 147. Я буду здѣсь говорить только о тѣхъ атоническихъ послѣ-родовыхъ кровотеченіяхъ, которыя исключительно обуславливаются недостаточною сократительностью матки въ родильномъ періодѣ, тогда какъ о кровотеченіяхъ, обуславливаемыхъ задержкою остатковъ плаценты и яйцевыхъ оболочекъ, будетъ сказано въ другомъ мѣстѣ

*Болѣе значительныя атоническія кровотеченія* въ родильномъ періодѣ наблюдаются исключительно въ такихъ случаяхъ, гдѣ уже въ третьемъ періодѣ родовъ существовали симптомы атоніи матки, потребовавшіе врачебнаго вмѣшательства, или гдѣ симптомы эти, не смотря на то, что были очень ясно выражены, остались незамѣченными повивальною бабкою по незнанію, или отчасти предумышленно были оставлены ею безъ надлежащаго вниманія, потому что она желала возможно скорѣе оставить родильницу, какъ это, къ сожалѣнію, бываетъ слишкомъ часто.

При рациональномъ веденіи третьяго періода родовъ, именно въ родильныхъ домахъ, гдѣ это всегда поручается опытнымъ рукамъ, мнѣ уже давно почти не случалось видѣть подобныхъ кровотеченій въ родильномъ періодѣ.

*Незначительныя атоническія кровотеченія* въ родильномъ періодѣ могутъ появляться и въ такихъ случаяхъ, гдѣ роды прошли совершенно нормально; чаще всего эти кровотеченія наблюдаются у многородящихъ, у которыхъ уже во время однихъ изъ предшествовавшихъ родовъ встрѣчались незначительныя разстройства послѣдоваго періода, или при нецѣлесообразномъ поведеніи родильницы, если она принимаетъ сидячее положеніе или дѣлаетъ сильныя движенія въ постели, затѣмъ при переполненіи мочеваго пузыря, который, оттѣсняя матку, препятствуетъ ея сокращенію. Наконецъ, при упорныхъ атоническихъ кровотеченіяхъ въ родильномъ періодѣ не слѣдуетъ упускать изъ виду, что въ очень рѣдкихъ случаяхъ они могутъ быть выраженіемъ общей кровоточивости. По наблюденіямъ, сообщеннымъ въ послѣднее время *Stumpf* омъ, обыкновенно при этомъ появляются пятна purpurae на наружныхъ покровахъ.

Симптомы атоническаго кровотеченія—тѣ же самыя, что и во время родовъ: матка велика, имѣетъ мягкую консистенцію, сильно приподнята вверхъ и обыкновенно отклонена въ сторону; изъ матки и влагалища выходятъ довольно большія количества жидкой и свернувшейся крови; при этомъ въ большинствѣ случаевъ, особенно въ первую недѣлю, существуютъ довольно сильныя и болѣзненные послѣродовыя потуги.

При незначительныхъ кровотеченіяхъ, по временамъ, одинъ или два раза въ день, вмѣсто жидкой крови выходятъ кровяныя сгустки, особенно въ первые дни родильнаго періода; сгустки обыкновенно соотвѣтствуютъ формѣ и величинѣ полости матки; на периферіи они по-

крыты отчасти обезцвѣченнымъ фибриномъ, отчасти небольшими обрывками отпадающей оболочки, и поэтому во многихъ случаяхъ можетъ показаться, какъ будто отошли только яичевыя оболочки.

Если родильница уже раньше потеряла много крови во время родовъ, то обыкновенно еще немногаго нужно, чтобы появились симптомы значительной анеміи, именно блѣдность и охлажденіе кожи, субъективное чувство холода, зѣвота, шумъ въ ушахъ, потемнѣніе въ глазахъ, рвота, обморокъ, затрудненное дыханіе, учащенный малый пульсъ и анемическія судороги.

Задача врача состоитъ въ томъ, чтобы по возможности скорѣе опредѣлить точную причину послѣдовательнаго кровотеченія и на основаніи этого діагноза приступить къ соотвѣтствующему лѣченію.

Если врачъ лично присутствовалъ при родахъ, то ему легко будетъ знать, была ли извергнута вся плацента вмѣстѣ съ яичевыми оболочками, или на этотъ счетъ у него имѣлось нѣкоторое сомнѣніе уже во время родового акта. Если же при родахъ присутствовала одна повивальная бабка, то врачу, къ сожалѣнію, приходится иногда полагаться исключительно на ея заявленія. Хотя обыкновенно предписывается, что плацента должна храниться въ теченіе двухъ часовъ послѣ родовъ, но предписаніе это не всегда строго исполняется. Если плацента еще имѣется налицо, то для врача очень важно осмотрѣть ее самымъ тщательнымъ образомъ, чтобы опредѣлить, извергнута ли она цѣликомъ или нѣтъ. Если существуетъ полное основаніе думать, что плацента выдѣлилась цѣликомъ, то образъ дѣйствій врача представляется совершенно яснымъ; наоборотъ, если имѣется подозрѣніе, что плацента или яичевыя оболочки выдѣлились неполнѣ, то это не можетъ безъ дальнѣйшихъ разсужденій служить поводомъ къ внутриматочнымъ манипуляціямъ; но если положеніе дѣла представляется совершенно яснымъ, какъ это вообще бываетъ довольно рѣдко, если очевидно, что недостаетъ какой нибудь части плаценты или яичевыхъ оболочекъ, то при такихъ условіяхъ я всегда считаю необходимымъ вмѣшаться въ дѣло и удалить тѣ части, которыя остались въ полости матки (см. ниже).

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ атоническаго послѣдовательнаго кровотеченія нужно сначала попытаться остановить его, не прибѣгая къ внутриматочнымъ манипуляціямъ.

§ 148. Лѣченіе здѣсь то же самое, что и въ третьемъ періодѣ родовъ. Главное средство состоитъ въ циркулярныхъ растираніяхъ всей матки, имѣющихъ въ виду вызвать болѣе сильныя потуги, которыми могло бы быть удалено ненормальное содержимое полости матки; если наступила потуга, то рука должна всю свою тяжестью надавливать на матку для того, чтобы способствовать сокращенію органа, т. е. взаимному надвиганію ромбоидально расположенныхъ мышечныхъ волоконъ, которое необходимо для окончательной остановки кровотеченія; въ про-



межутки между отдѣльными потугами наша задача состоитъ не только въ томъ, чтобы вызывать растираніемъ новыя потуги, но и въ томъ, чтобы рука, производящая растираніе матки, закрывала своею тяжестью нѣкоторые изъ кровоточащихъ сосудовъ, а главное, чтобы она способствовала остановкѣ кровотеченія, сильно прижимая переднюю стѣнку матки къ задней. Если въ маткѣ предполагается присутствіе значительныхъ сгустковъ, то во время сильной потуги, одинъ или никакъ не болѣе двухъ разъ, производится выжиманіе для того, чтобы изгнать ихъ изъ полости матки; но при этомъ не слѣдуетъ возобновлять выжиманіе во время каждой потуги, такъ какъ окончательная остановка кровотеченія, помимо сокращенія матки, существенно достигается образованіемъ тромбовъ въ маточно-плацентарныхъ венахъ; слѣдовательно, часто повторяемое выжиманіе представляется нераціональнымъ, такъ какъ оно препятствуетъ образованію тромбовъ; стойкое сокращеніе матки, о которомъ говоритъ *Ahlfeld*, какъ о причинѣ окончательной остановки кровотеченія, въ дѣйствительности не существуетъ.

Наряду съ методическимъ наблюденіемъ за маткою, которое должно производиться самимъ врачомъ и не должно быть предоставлено повивальной бабкѣ, полезно еще прибѣгнуть къ спорынѣ или ея препаратамъ, съ цѣлью возбудить сократительность матки. Отъ внутренняго употребленія спорыньи въ видѣ порошка при такихъ кровотеченіяхъ я почти совершенно отказался, такъ какъ онъ принимается неохотно, легко вызываетъ рвоту и часто даже остается неэффективнымъ, если былъ назначенъ не въ свѣжеприготовленномъ видѣ; порошокъ дается черезъ каждые полчаса или черезъ каждыя часъ по 0,5—1,0 грм., съ водою или въ облаткахъ. Въ настоящее время я почти исключительно предпочитаю эрготинъ въ видѣ подкожныхъ инъекцій. Лучше всего, если врачъ постоянно имѣетъ при себѣ эрготинъ (*Bombelon'a*) въ маленькой стеклянкѣ съ широкимъ горлышкомъ; изъ этой стеклянки берется эрготинъ въ количествѣ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Правацовскаго шприца, а затѣмъ остальные  $\frac{3}{4}$ — $\frac{1}{2}$  шприца пополняются чистою колодезною водою; если шприцъ былъ чистъ и если употреблена тонкая игла, то уколъ не причиняетъ почти никакой боли, и навѣрно предотвращается образованіе узловъ и абсцессовъ. Что касается обезпложеннаго раствора корнутаина (0,0025 грм. pro dosi), рекомендуемаго *Küstner'*омъ, то въ этомъ отношеніи я еще не имѣю никакого опыта (препаратъ готовится *Bernatzik'*омъ въ Вѣнѣ). Если кровотеченіе уже не такъ сильно, то можно давать эрготинъ внутрь (*Extr. Secal. corn. 2,0—3,0 : Aq. Cinnam. 100,0*, принимать столовыми ложками; или *Infus. Secal. corn. 10,0 : 100,0, Syrup. Cinnam. 20,0*).

Впрочемъ, *Schatz*, основываясь на своихъ опытахъ въ третьемъ періодѣ родовъ, утверждаетъ, что при внутреннемъ употребленіи эрготина дѣйствіе его наступаетъ скорѣе, чѣмъ при подкожныхъ инъекціяхъ;

однако, намъ часто придется прибѣгать къ подкожнымъ впрыскиваніямъ, такъ какъ у очень малокровныхъ женщинъ эрготинъ при внутреннемъ употребленіи легко причиняетъ отвращеніе или извергается рвотой.

Другія средства, какъ напр. пузырь со льдомъ, накладываніе мѣшка съ пескомъ или тяжелыхъ простынь, пригодны только тогда, когда кровотеченіе уже остановилось; средства эти не должны быть примѣняемы до тѣхъ поръ, пока еще необходимо растираніе матки.

Такъ называемыя холодныя примочки, которыя охотно примѣняются повивальными бабками, но въ большинствѣ случаевъ согрѣваются очень быстро, должны быть совершенно изгнаны изъ употребленія, потому что не приносятъ никакой пользы; равнымъ образомъ бесполезно обливать брюшные покровы каплями эфира или накладывать на животъ пропускную бумагу, пропитанную вишневымъ спиртомъ.

Но если правильное растираніе матки въ соединеніи съ подкожнымъ впрыскиваніемъ эрготина не остановило кровотеченія, то врачъ долженъ поступать въ родильномъ періодѣ совершенно такъ же, какъ въ третьемъ періодѣ родовъ, а именно, онъ долженъ тщательно ощупать внутреннюю поверхность матки, чтобы получить ясное понятіе о причинѣ послѣдовательнаго кровотеченія.

Слишкомъ быстро рѣшаться на этотъ шагъ въ родильномъ періодѣ было бы нераціонально, такъ какъ эти манипуляціи легко могутъ быть сопряжены съ опасностью послѣдовательнаго зараженія родильницы путемъ прививки гнилостныхъ влагалищныхъ лохий въ полость матки; опасность, конечно, еще болѣе велика, если уже существуетъ лихорадка. Передъ ощупываніемъ полости матки всегда можно найти время, чтобы сначала опорожнить мочевоу пузырь, а затѣмъ тщательно дезинфицировать наружныя половыя части теплою мыльною водою и въ заключеніе — растворомъ карболовой кислоты (1 : 100) или сулемы (1 : 1000); но новѣйшимъ нашимъ изслѣдованіямъ, эта дезинфекція имѣетъ большое практическое значеніе; наконецъ, производится дезинфицирующее спринцованіе влагалища и шейки 1—2 литрами раствора карболовой кислоты (1—2%) или креолина ( $\frac{1}{2}$  ‰).

Послѣ всего этого, произведя тщательную дезинфекцію ручной кисти и предплечья, ощупываютъ полость матки; у очень чувствительныхъ женщинъ, при сильномъ напряженіи брюшныхъ покрововъ, ощупываніе значительно облегчается въ состояніи наркоза; во многихъ случаяхъ наркотизація даже безусловно необходима для того, чтобы можно было тщательно ощупать дно матки и устья Фаллопиевыхъ трубъ; очень важно чтобы рука быстро прошла до дна матки, не причинивъ слишкомъ много побочныхъ поврежденій; производить ощупываніе полости матки наполювину, рискуя оставить въ ней что либо, подлежащее удаленію, было бы болѣе опасно, чѣмъ отказаться отъ всякаго вмѣшательства, такъ какъ

при ощупываніи неизбежно вводятся въ полость матки микроорганизмы, которые тѣмъ скорѣе подадутъ поводъ къ разложенію, если въ ней задержаны остатки плаценты и т. п.

Если при ощупываніи найдены болѣе значительные остатки плаценты, оболочекъ яйца или отпадающей оболочки, то они удаляются рукою, по возможности въ большемъ количествѣ за одинъ разъ, такъ какъ слишкомъ частое введеніе и выведеніе руки сопряжено съ опасностью. Часто намъ приходится довольствоваться удаленіемъ кровяныхъ сгустковъ; но все-таки результатъ при этомъ въ большинствѣ случаевъ оказывается достаточнымъ. Небольшіе остатки отпадающей оболочки могутъ быть безъ вреда оставляемы на мѣстѣ; область прикрѣпленія плаценты никогда не можетъ быть сдѣлана столь же гладкою, какъ остальная стѣнка матки, и отъ этого уже напередъ нужно отказаться.

Если дѣло идетъ о послѣдовательномъ кровотеченіи въ первые 10 дней родильнаго періода, послѣ срочныхъ или преждевременныхъ родовъ, то для удаленія остатковъ отпадающей оболочки *никогда* не должно прибѣгать къ острой ложечкѣ, такъ какъ въ это время слишкомъ легко можно прорвать послѣродовую матку, если она имѣетъ тонкія дряблыя стѣнки.

По удаленіи задержанныхъ остатковъ я всегда промываю полость матки горячимъ 2—2½% растворомъ карболовой кислоты, чрезъ катетеръ à double courant, съ соблюденіемъ обычныхъ предосторожностей (см. стр. 111); если родильница не очень малокровна и если у нея не существуетъ сильнаго охлажденія кожи, то можно также сдѣлать промываніе холоднымъ растворомъ карболовой кислоты. Послѣ промыванія обыкновенно требуется лишь весьма непродолжительное наблюденіе за маткою.

Отъ введенія кусочковъ льда или комковъ свѣга въ полость матки я давно уже отказался, такъ какъ можно обойтись безъ этихъ средствъ, которыя не особенно вяжутся съ нашей антисептикой; кромѣ того, они очень неприятны и тягостны для больныхъ и представляютъ то неудобство, что при употребленіи ихъ никогда нельзя съ точностью опредѣлить, какое количество крови теряется въ данную единицу времени. Наконецъ, вмѣстѣ со льдомъ неизбежно вводятся находящіеся въ немъ возбудители нагноенія и гніенія. Горячее промываніе полости матки безъ предварительнаго удаленія кровяныхъ сгустковъ совершенно бесполезно.

Тампонировать полость матки іодоформною марлею при кровотеченияхъ въ первую недѣлю родильнаго періода, какъ это было предложено *Dührssen*'омъ для атоническихъ кровотеченій въ третьемъ періодѣ родовъ, я считаю нераціональнымъ и опаснымъ. Основанія, по которымъ я придерживаюсь такого мнѣнія, были мною указаны въ другомъ мѣстѣ (*Handbuch der Geburtshilfe*, Bd. III), и поэтому я могу здѣсь ограничиться изложеніемъ дѣла въ краткихъ словахъ. *Olshausen*, на кон-

грессѣ въ Фрейбургѣ, тоже высказался противъ тампонаціи, ссылаясь на нѣкоторые случаи, гдѣ она оказалась недѣйствительною. При физиологическихъ условіяхъ передняя стѣнка матки до такой степени непосредственно прилегаешь къ задней, что никакой полости между ними не существуетъ; слѣдовательно, выполняя полость матки марлею, мы создаемъ условія ненормальныя. Къ тому же, тампонація матки могла бы имѣть смыслъ только тогда, когда тампонъ закрываетъ всю область прикрѣпленія плаценты и когда онъ вообще равномерно выполняетъ всю полость матки. Но это удается лишь въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ, да и то только очень опытному врачу; если же область прикрѣпленія плаценты затампонирована не на всемъ своемъ протяженіи, то въ результатѣ получится внутреннее кровотеченіе, и опасность будетъ тѣмъ болѣе велика, что она не сразу обращаетъ на себя вниманіе; если полость матки затампонирована неравномерно, то появятся атоническія кровотеченія, вслѣдствіе неравномернаго растяженія стѣнки, какъ это часто бываетъ и при задержаніи уже отдѣлившейся плаценты. Я никогда еще въ такихъ случаяхъ не имѣлъ надобности прибѣгать къ тампонаціи, такъ какъ въ концѣ концовъ, при соответствующей терапіи, всегда восстанавливается сократительность матки; поэтому я могу только удивляться, какимъ образомъ *Dührssen* нашелъ такое большое число случаевъ для примѣненія своего метода. Впрочемъ, я охотно допускаю, что въ отчаянныхъ случаяхъ тампонація матки іодоформною марлею или, у очень малокровныхъ больныхъ, тампонація марлею, пропитанною борной кислотой, заслуживаетъ преимущества предъ тампонаціей кровоостанавливающими средствами, о которой мы еще будемъ говорить.

Съ тѣхъ поръ какъ была опубликована работа *Regnault* изъ моей клиники (*Centralblatt f. Gynäk.* 1884), я чрезвычайно рѣдко находилъ нужнымъ даже въ третьемъ періодѣ родовъ повторять горячее промываніе полости матки, а въ родильномъ періодѣ это еще рѣже можетъ оказаться необходимымъ. Главное условіе состоитъ въ томъ, чтобы дать маткѣ достаточно времени для сокращенія; послѣ горячаго промыванія необходимо впродолженіе нѣкотораго времени наблюдать за маткою и растирать ее, и ни въ какомъ случаѣ мы не должны немедленно производить выжиманіе только потому, что во время потуги еще выходить немного крови, или немедленно повторять внутриматочное спринцованіе только потому, что оно въ первый разъ оказалось недѣйствительнымъ.

§ 149. При очень сильномъ атоническомъ кровотеченіи употребляются еще и другіе методы лѣченія. Сюда относится сдавливаніе стѣнки матки между обѣими руками, изъ которыхъ одна лежитъ въ полости матки, а другая на брюшныхъ покровахъ; нельзя отрицать, что это механическое раздраженіе мускулатуры матки имѣетъ немаловажное значеніе: въ этомъ можно убѣдиться при всякомъ удаленіи остатковъ, за-

держанныхъ въ полости матки, и вообще послѣ этой операціи слѣдуетъ выводить руку изъ полости матки не тотчасъ, а постепенно, причемъ предварительно должна быть вызвана сильная потуга посредствомъ растирания рукою, лежащею на брюшныхъ покровахъ.

Еще болѣе пѣлесообразнымъ во многихъ случаяхъ оказывается сдавливаніе матки между одною рукою, лежащею снаружи, и другою, дѣйствующею на матку со стороны влагалищнаго свода. Этотъ способъ уже очень старъ, и его предлагали въ различныхъ видоизмѣненіяхъ; существенную роль здѣсь повидимому играетъ раздраженіе описаннаго *Fran-*

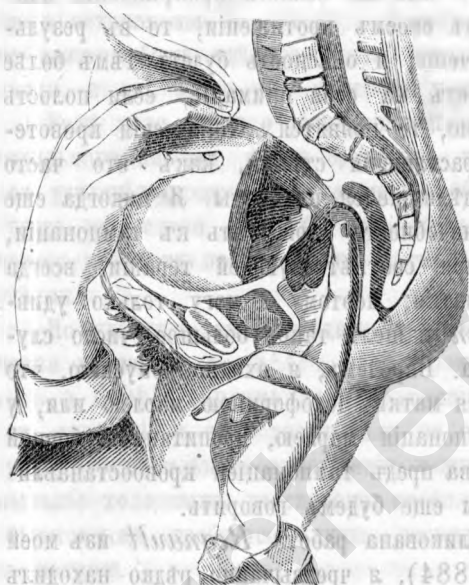


Рис. 43 (*Breisky*). Сдавливаніе матки между обѣими руками.

*kenhäuser*'омъ нервнаго узла (*ganglion cervicale*), тѣсно прилегающаго къ своду влагалища, а равно и то обстоятельство, что задняя стѣнка матки приводится въ соприкосновеніе съ переднею.

При этомъ одна рука, введенная въ сводъ влагалища, оттѣсняетъ маточную шейку впередъ, подъ прямымъ угломъ къ тѣлу матки, а другая, лежащая на брюшныхъ покровахъ, оттѣсняетъ тѣло матки къ лонному сочлененію (см. рис. 43), или же матка сильно оттѣсняется изнутри по направленію къ боковой или задней стѣнкѣ таза, а другая

рука, находящаяся снаружи, отдавливаетъ матку въ томъ же направленіи; наконецъ, можно также оттѣснить тѣло матки со стороны его задней поверхности по направленію кпереди, надавливая на него рукою, находящеюся во влагалищѣ.

Строго различать отдѣльные способы этого сдавливанія матки между обѣими руками невозможно; манипуляціи обѣихъ рукъ должны въ каждомъ данномъ случаѣ сообразоваться съ положеніемъ матки и ея высотой надъ лоннымъ сочлененіемъ. При нѣкоторой опытности очень скоро можно уяснить себѣ, какимъ образомъ матка въ данномъ случаѣ всего лучше можетъ быть сдавлена между обѣими руками. *Sejournet* предлагалъ внутриматочное прижатіе аорты; но оно, конечно, дѣйствуетъ исключительно въ качествѣ прижатія самой матки.

Тампонація полости матки кровоостанавливающими средствами почти всегда бываетъ излишнею въ родильномъ періодѣ, какъ и въ третьемъ

періодѣ родовъ. Когда я былъ еще молодымъ ассистентомъ полигелиники, я въ нѣкоторыхъ случаяхъ прибѣгалъ къ этимъ кровоостанавливающимъ средствамъ, но съ тѣхъ поръ я уже въ продолженіе многихъ лѣтъ не имѣлъ надобности къ нимъ обращаться. Въ прежнее время, при атоническихъ кровотеченіяхъ, которыя не могли быть остановлены другими способами, производилось спринцованіе матки растворомъ полуторохлористаго желѣза, разбавленнымъ водою; растворъ полуторохлористаго желѣза (который не долженъ имѣть кислой реакціи) разбавляется или въ отношеніи 1 ч. на 3 чч. воды, или его просто разбавляютъ водою до тѣхъ поръ, пока получится свѣтло-желтая жидкость. Неудобства этихъ спринцованій рѣзко бросаются въ глаза: растворъ полуторохлористаго желѣза дѣйствуетъ не только на полость матки, но, вытекая изъ нея, прижигаетъ маточную шейку, влагалище и наружныя половыя части, слизистая оболочка которыхъ становится жесткою, неподатливою, и это можетъ явиться существенно помѣхою, еслибы впослѣдствіи потребовались дальнѣйшія манипуляціи; кромѣ того, ужасно пачкаются руки оператора и портится постельное и носильное бѣлье родильницы. Вотъ почему не слѣдуетъ прибѣгать къ этому средству, если только существуетъ малѣйшая возможность безъ него обойтись. Но если нѣкоторые считаютъ растворъ полуторохлористаго желѣза болѣе опаснымъ въ виду того, что онъ образуетъ струпу, подъ которыми легче могутъ накопляться разлагающіяся массы, вызывающія своимъ всасываніемъ септицемію, то мнѣніе это, конечно, несправедливо; въ самомъ дѣлѣ, растворъ полуторохлористаго желѣза представляетъ сильнодѣйствующее ѣдкое средство, и онъ во всякомъ случаѣ разрушаетъ всѣ микробки, находящіяся въ полости матки; если же, не смотря на это, часто появляется септицемія, то здѣсь нѣтъ ничего удивительнаго, такъ какъ въ то же время производятся различныя манипуляціи, при посредствѣ которыхъ заразныя вещества могутъ быть введены въ полость матки.

Между тѣмъ какъ прежде англійскіе авторы совѣтовали вводить въ полость матки губку, пропитанную разведеннымъ растворомъ полуторохлористаго желѣза, — въ настоящее время можно было бы въ отчаянныхъ случаяхъ производить эту кровоостанавливающую тампонацію слѣдующимъ образомъ: въ положеніи на спинѣ вводится по возможности большое Фергюсоновское зеркало, и съ помощью длиннаго корнцанга проталкивается въ полость матки одинъ или нѣсколько снабженныхъ нитками ватныхъ тампоновъ, пропитанныхъ растворомъ полуторохлористаго желѣза (пополамъ съ водою), а для защиты влагалищнаго свода вкладывается сухой ватный тампонъ. Еще лучше удастся произвести тампонацію въ положеніи на боку, захвативъ крючкомъ переднюю губу.

Кровоостанавливающіе тампоны должны быть удаляемы черезъ 12 часовъ; если не существуетъ лихорадки, то по удаленіи тампона не дѣ-

лается никакого промыванія полости матки, для того чтобы не были удалены образовавшіеся тромбы.

Спокойный, сознательный, не слишкомъ послѣдній образъ дѣйствія въ случаяхъ атоническаго кровоточенія навѣрно всегда приведетъ къ цѣли; оставляя въ сторонѣ случаи предлежанія плаценты, можно съ увѣренностью сказать, что родильница, находившаяся съ самаго начала подъ наблюденіемъ врача, въ частной ли практикѣ или въ родильномъ домѣ, не легко можетъ погибнуть вслѣдствіе атоническаго кровоточенія.

Поэтому я надѣюсь, что *Lomer* не приведетъ въ исполненіе той попытки, о которой онъ говоритъ въ своей лекціи (*Volkmann's Samml. № 321*); онъ предполагаетъ именно при атоніи, обусловленной чрезвычайнымъ истонченіемъ матки, сдѣлать предварительно лапаротомію, пе-

Рис. 44.

Рис. 45.

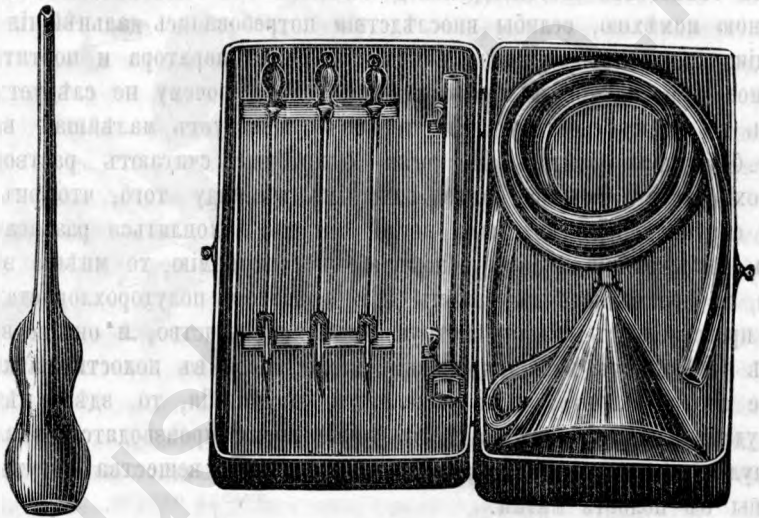


Рис. 44—стеклянная канюля (въ естественную величину), для вливанія въ вену раствора поваренной соли.

Рис. 45—аппаратъ для подкожнаго вливанія раствора поваренной соли (*Leopold-Münchmeyer*).

ретагнуть матку эластическимъ жгутомъ и вырѣзать ее; но это было бы все равно, что ради волосъ отрѣзать голову!

Болѣе косвеннымъ путемъ дѣйствуетъ прижатіе аорты, которое у родильницъ въ большинствѣ случаевъ очень легко можетъ быть произведено непосредственно чрезъ брюшныя покровы; впрочемъ, если даже и удастся скоро произвести полное прижатіе аорты, то и въ такомъ случаѣ еще въ теченіе нѣкотораго времени будетъ продолжаться оттокъ венозной крови, поддерживаемый поступленіемъ лимфы, и поэтому кровоточеніе не остановится немедленно. Слѣдовательно, дѣйствіе прижатія аорты, не подлежащее никакому сомнѣнію, состоитъ главнымъ образомъ въ томъ, что при остановкѣ кровообращенія въ нисходящей аортѣ вре-

менно наступаетъ повышеіе кровянаго давленія въ области сонныхъ артерій и вмѣстѣ съ тѣмъ въ головномъ мозгу, такъ что устраняется опасность анеміи мозга.

Точно также косвеннымъ путемъ дѣйствуетъ *autotransfusio*: нижнія конечности обертываются фланелевыми или эластическими бинтами и укладываются въ приподнятомъ положеніи, для того чтобы временно доставить сердцу и головному мозгу большее количество крови.

*Переливаніе крови* при атоническихъ кровотеченіяхъ въ позднѣйшее время родильнаго періода едва-ли уже можетъ понадобиться; но въ случаяхъ крайней необходимости не слѣдуетъ слишкомъ долго медлить производствомъ этой операціи. Еще и въ настоящее время наиболѣе цѣлесообразнымъ должно считаться переливаніе человѣческой дефибрированной крови, если существуетъ возможность быстро и легко достать таковую въ требуемомъ количествѣ (300 куб. стм.) и если подъ руками имѣются аппараты, необходимые для того, чтобы дефибрировать кровь, нагрѣть ее до требуемой температуры и посредствомъ стеклянаго ирригатора съ тонкою стекляною канюлюю влить ее въ *v. median. anti-brachii*. Я могу рекомендовать канюлю, изображенную на рис. 44-мъ; она весьма цѣлесообразна и можетъ быть соединена съ трубкою всякаго ирригатора. Если человѣческой крови не имѣется въ распоряженіи, то въ вену вливаютъ съ перерывами  $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$  литра физиологическаго раствора поваренной соли (6,0 грм. *Natr. chlorat.* на 1 литръ *Aq. destill.*, съ 1 каплею *Liq. Natr. caust.*).

Нѣсколько разъ я примѣнялъ рекомендуемыя *Ziemssen*'омъ подкожныя вливанія того же раствора поваренной соли, съ послѣдующимъ распредѣленіемъ жидкости при помощи массажа. Вливаніе это легко можетъ быть произведено какъ посредствомъ Цимсеновскаго шприца, ёмкостью въ 100 грм., такъ и посредствомъ пратичнаго маленькаго аппарата, предложеннаго *Münchmeyer*'омъ изъ Дрезденской клиники (см. рис. 45). Этотъ аппаратъ, помѣщаемійся въ никелированномъ футлярѣ, состоитъ изъ воронки съ трубкою, изъ 3-хъ иголь и одного термометра. Но, конечно, посредствомъ шприца вливаніе раствора поваренной соли производится быстрѣе.

Какъ при вливаніи раствора поваренной соли въ вену, такъ и при вливаніи его въ подкожную вѣтчатку я видѣлъ въ большинствѣ случаевъ неблагопріятные результаты; поэтому я не могу отдѣлаться отъ того впечатлѣнія, что въ благопріятно оканчивающихся случаяхъ больная, можетъ быть, выздоровѣла бы и безъ вливанія раствора поваренной соли.

Наконецъ, острая общая анемія требуетъ примѣненія тѣхъ средствъ, которыя признаются полезными при всякихъ вообще потеряхъ крови; сюда относится, прежде всего, обильное питье, — кофе, чай, молоко, бульонъ, горячее вино, ромъ, грогъ, шампанское и т. д., — затѣмъ на-



ружное примѣненіе тепла, въ видѣ компрессовъ, бутылокъ съ горячею водою и т. п., наконецъ — средства, возбуждающія дѣятельность сердца, именно подкожныя впрыскиванія маслянаго раствора камфоры (1 : 5), или эфиръ и мускусная настойка.

### 3. Недостаточное обратное развитіе матки.

#### Шеднія кровотеченія.

§ 150. Уже въ физиологическомъ отдѣлѣ я упомянулъ о медленномъ обратномъ развитіи матки въ родильномъ періодѣ; подъ этимъ именемъ мы разумѣемъ замедленное возвращеніе матки къ ея прежней величинѣ: тѣло матки остается слишкомъ большимъ, мускулатура ея слишкомъ толста, маточно-плацентарные сосуды облитерируются недостаточно, либо потому, что тромбы отпадаютъ слишкомъ рано или слишкомъ часто, либо потому, что при неудовлетворительномъ сокращеніи матки питающіе сосуды спадаются недостаточно.

Въ ряду этиологическихъ моментовъ первое мѣсто занимаютъ неоднократно повторявшіеся роды; извѣстно, что уже послѣ перваго родильнаго періода матка никогда не возвращается къ своей прежней формѣ и величинѣ; чѣмъ больше было родильныхъ періодовъ и чѣмъ быстрѣе они слѣдовали одинъ за другимъ, тѣмъ болѣе увеличенной и неуклюжею остается матка. Далѣе, нѣкоторое вліяніе имѣетъ нецѣлесообразный режимъ въ родильномъ періодѣ, особенно, когда родильница слишкомъ рано принимаетъ сидячее положеніе или встаетъ съ постели, причѣмъ вслѣдствіе увеличеннаго внутрибрюшнаго давленія затрудняется оттокъ крови изъ матки; подобнымъ же образомъ можетъ вліять продолжительный запоръ въ родильномъ періодѣ, связанный съ чрезмѣрными усиліями къ опорожненію кишечника. Весьма значительное вліяніе имѣютъ измѣненія въ положеніи послѣродовой матки, а именно опущеніе и выпаденіе ея, чрезмѣрное искривленіе впередъ и вызванная имъ *lochimetra*, но преимущественно искривленіе и наклоненіе матки взадъ, которыя могутъ развиваться какъ послѣ срочныхъ родовъ, такъ и послѣ выкидышей или преждевременныхъ родовъ. Преувеличено то мнѣніе, будто бы продолжительное лежаніе на спинѣ составляетъ въ родильномъ періодѣ причину искривленія матки взадъ; для этого требуются еще и другіе этиологическіе моменты, какъ напр. расслабленіе маточныхъ связокъ у малокровныхъ родильницъ, или же искривленіе матки взадъ появляется до нѣкоторой степени первичнымъ путемъ, подъ вліяніемъ чрезмѣрныхъ физическихъ напряженій, подъ вліяніемъ сидячаго положенія или вставанія съ постели, а вслѣдствіе застоя крови, обусловленнаго искривленіемъ матки взадъ, обратное развитіе ея совершается недостаточно.

Затѣмъ, недостаточное обратное развитіе матки наблюдается и при отсутствіи заболѣваній въ родильномъ періодѣ, именно у малокровныхъ,

плохо упитанныхъ родильницъ или у такихъ женщинъ, которыя чрезмѣрно истощаются вслѣдствіе кормленія грудью; еще чаще недостаточное обратное развитіе матки бываетъ результатомъ пуэрперальныхъ заболѣваній, особенно — метрита, эндометрита, параметрита и т. д.

Рѣдко намъ представляется случай видѣть на секціонномъ столѣ такую матку съ недостаточнымъ обратнымъ развитіемъ въ послѣродовомъ періодѣ. Мускулатура матки распадается недостаточно, стѣнка остается слишкомъ толстою, или въ случаяхъ пуэрперальнаго заболѣванія извѣстная часть мускулатуры матки совершенно погибаетъ вслѣдствіе омертвѣнія или гиалиноваго перерожденія; при этомъ происходитъ чрезмѣрное новообразование соединительной ткани, слизистая оболочка матки остается слишкомъ толстою и содержитъ много крови, область прикрѣпленія плаценты спустя 6 недѣль еще не изглажена, и на ея поверхности еще выступаютъ ясно замѣтные тромбы, которые чрезвычайно легко кровоточатъ; цервикальный каналъ долго остается болѣе проходимымъ, чѣмъ это бываетъ обыкновенно; вся шейка представляется болѣе мягкою, отдѣляетъ секретъ въ болѣе значительномъ количествѣ, и на губахъ маточнаго зѣва часто остаются фунгозные ссадины съ увеличеннымъ слизисто-гнойнымъ отдѣленіемъ.

Симптомы недостаточнаго обратнаго развитія матки вначалѣ обыкновенно не очень рѣзко бросаются въ глаза, и только мало по малу они обнаруживаются тѣмъ, что *lochia sanguinolenta* упорно не прекращается или вмѣсто нея по временамъ опять появляется *lochia cruenta*, или что внезапно опять появляется примѣсь крови послѣ того, какъ уже въ теченіе долгаго времени отдѣлялась *lochia alba*.

При ближайшемъ изслѣдованіи оказывается, что матка болѣе велика, чѣмъ нужно было бы ожидать въ данное время, что она во вторую и третью недѣлю часто еще стоитъ надъ лоннымъ сочлененіемъ, а при двойномъ изслѣдованіи съ выпрямленіемъ матки мы всегда находимъ, что она стоитъ еще очень высоко надъ лобкомъ; матка при этомъ увеличена преимущественно въ сагиттальномъ размѣрѣ и обыкновенно не болѣзненна, влагалищная часть толста, мягка, обыкновенно покрыта многочисленными ссадинами; цервикальный каналъ еще оказывается проходимымъ на всемъ своемъ протяженіи; если, при весьма значительномъ остроугольномъ искривленіи матки впередъ, образовалась *lochiometra*, которая растягиваетъ полость матки и препятствуетъ сокращенію органа, то во время выпрямленія матки стекаетъ по рукѣ обильное количество послѣродоваго очищенія, часто имѣющаго зловонный запахъ. Въ этомъ случаѣ кровянистое послѣродовое очищеніе чередуется съ выдѣленіемъ слизисто-гнойной или сыворотной жидкости; остальные органы и отправленія обыкновенно находятся въ полномъ порядкѣ; родильница чувствуетъ себя вполне здоровою и настоятельно требуетъ, чтобы ей было разрѣшено встать съ постели, такъ какъ лихорадки въ большинствѣ случаевъ не суще-

ствуеть. Своевременное и правильное распознаваніе недостаточнаго обратнаго развитія матки имѣеть большое значеніе; если состояніе это будетъ просмотрѣно или запущено, то родильница можетъ остаться больною на всю жизнь.

§ 151. Поэтому недостаточное обратное развитіе матки и обусловленные имъ явленія требуютъ энергическаго лѣченія.

Я всегда стараюсь по возможности придерживатьяся того правила, что родильница, у которой послѣродовое очищеніе еще окрашено кровью, не должна вставать съ постели. Она должна лежать спокойно, то на спинѣ, то на боку, и ни въ какомъ случаѣ не должна принимать сидячаго положенія; но вмѣстѣ съ тѣмъ слѣдуетъ ей давать укрѣпляющую, богатую бѣлками пищу и даже вино въ умѣренномъ количествѣ; я воспреещаю развѣ только употребленіе пива при болѣе значительномъ выдѣленіи крови. Для ускоренія обратнаго развитія матки мы имѣемъ въ распоряженіи опять-таки прежде всего спорынья и различные препараты эрготина; и здѣсь также всего лучше примѣнять эрготинъ въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  грамма pro dosi), а если врачъ не можетъ посѣщать больную ежедневно, то эрготинъ назначается въ пилюляхъ (Extr. Secal. cogn. 2,0, Extr. Gentian. 1,0. M. f. pilul. № 20; отъ 2 до 3 пилюль въ день). Поочередно съ эрготиномъ можно также давать два раза въ день по 20 капель Extr. Hydrast. canad. fluid., который часто вмѣстѣ съ тѣмъ усиливаетъ аппетитъ, или можно назначить Extr. Hydrast. spiss. въ пилюляхъ (по 0,05 грм. въ каждой). Въ то же время я примѣняю сначала прохладныя ( $20$ — $22^{\circ}$  P.), а впоследствии, на 3-й и 4-й недѣлѣ родильнаго періода, горячія спринцованія влагалица, причемъ температура воды постепенно увеличивается съ  $30$  до  $36$ — $38^{\circ}$  P.; спринцованія эти производятся два раза въ день, причемъ каждый разъ употребляется отъ  $1\frac{1}{2}$  до 2 литровъ.

Холодъ въ этихъ случаяхъ уже неумѣстенъ, ни въ видѣ пузыря со льдомъ, ни въ видѣ примочекъ. Такъ какъ обратное развитіе мышечныхъ волоконъ и всасываніе бѣлка въ видѣ жира можетъ быть скорѣе усилено посредствомъ теплоты, то, начиная съ 8—10-го дня, я во многихъ случаяхъ прикладывалъ мѣшки, наполненные горячею водою; лучше всего ваять пузырь, наполненный вмѣсто льда по возможности горячею водою, или же специально для этого предназначенный каучуковый мѣшокъ; по моимъ наблюденіямъ, уже опубликованнымъ въ диссертациі д-ра *Gärttner*'а, средство это очено пріятно родильницамъ и часто оказываетъ хорошія услуги. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ послѣродовое очищеніе не уменьшалось, а, напротивъ того, увеличивалось, мы были, впрочемъ, вынуждены отмѣнить дальнѣйшее прикладываніе мѣшка съ горячею водою.

Въ послѣднее время противъ такихъ хроническихъ кровотеченій рекомендуется еще *Radix Gossypii*, въ видѣ настоя (1 малая столовая

ложка на одну чашку кипящей воды) или въ видѣ *Extr. fluid. Rad. Gossyp.* (3 раза въ день по десертной ложкѣ); равнымъ образомъ рекомендуется *Extr. fluid. Hamamelis virgin.*, въ тѣхъ же приемахъ. Большаго числа наблюдений относительно этихъ средствъ еще не имѣется.

Давать внутрь растворъ полуторохлористаго желѣза, какъ кровоостанавливающее средство, совершенно безцѣльно, потому что онъ никогда здѣсь не можетъ дѣйствовать кровоостанавливающимъ образомъ; вообще, препараты желѣза умѣстны только въ то время, когда больная уже встала съ постели и начала ходить.

Если кровотеченіе на 3-й и 4-й недѣлѣ уже сдѣлалось довольно незначительнымъ, то могутъ оказаться умѣстными вяжущія спринцованія влагалища, съ прибавленіемъ хлорной воды, танина, сѣрнокислаго цинка или раствора укуснокислаго глинозема; въ заключеніе я иногда, послѣ предварительнаго дезинфицирующаго промыванія влагалища, вводилъ на 12 часовъ тампонъ изъ іодоформной марли въ сводъ влагалища, съ цѣлью вызвать свертываніе крови.

Я не раздѣляю взгляда многихъ авторовъ, утверждающихъ, будто бы эти упорныя позднія кровотеченія чаще встрѣчаются у родильницъ, не кормящихъ грудью; напротивъ того, у родильницъ, кормившихъ грудью, мнѣ приходилось видѣть эти кровотеченія довольно часто; они зависятъ, быть можетъ, отъ обѣднѣнія крови бѣлковыми веществами и отъ уменьшенной вслѣдствіе этого способности ея къ свертыванію, а также отъ частаго чередованія сокращенія и расслабленія матки при кормленіи грудью.

Если причиню кровотеченій служатъ измѣненія въ положеніи матки, то необходимо лѣченіе подходящими пессаріями (см. гл. XXI); если существуютъ остатки плаценты или яичевыхъ оболочекъ, то, конечно, и въ этомъ случаѣ должно быть примѣнено соответствующее лѣченіе.

Если мы имѣемъ предъ собою только недостаточное обратное развитіе тѣла матки и въ особенности ея слизистой оболочки, какъ это бываетъ часто, и если вышеозначенныя средства не привели къ цѣли, то въ такомъ случаѣ можетъ принести пользу энергическое прижиганіе слизистой оболочки матки чистою іодною настойкою или растворомъ полуторохлористаго желѣза пополамъ съ водою. Больная укладывается на боку, передняя губа захватывается пулевыми щипцами, влагалищная часть и шейка дезинфицируются, а затѣмъ производится прижиганіе зондомъ *Playfair'a*, погруженнымъ предварительно въ іодную настойку или въ растворъ полуторохлористаго желѣза; наступающее послѣ этого болѣе энергическое сокращеніе матки можетъ быть еще усилено эрготиномъ. Въ случаѣ необходимости, прижиганіе повторяется по прошествіи 4—5 дней.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ, даже при отсутствіи осложненія эндометритомъ, а просто при недостаточномъ обратномъ развитіи матки, зависѣвшемъ отъ общаго малокровія, мнѣ приходилось предпринимать вы-

скабливаніе матки для остановки кровотеченій на 4—6-й недѣлѣ. Способъ производства этой операціи будетъ описанъ въ слѣдующей главѣ.

#### 4. Кровотеченія, обусловливаемые остатками плаценты или яйцевыхъ оболочекъ.

##### Плацентарные и фибриновые полипы.

§ 152. Всѣми признано, что даже при самопроизвольномъ изгнаніи плаценты отдѣльныя доли ея или части таковыхъ могутъ оставаться въ полости матки. Это бываетъ особенно при патологическихъ срощеніяхъ послѣ децидуальнаго эндометрита во время беременности (*endometritis deciduae in graviditate*), который очень легко можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ болѣе плотное приращеніе отдѣльныхъ долей плаценты къ запоздалой отпадающей оболочкѣ (*decidua serotina*), затѣмъ—при чрезвычайно тонкой плацентѣ, особенно при фиброзномъ утолщеніи ея края съ атрофіею соответствующихъ ворсинокъ хоріона, наконецъ—въ тѣхъ случаяхъ, когда существуютъ болѣе значительныя или болѣе мелкія прибавочныя плаценты (*placentae succenturiatae*).

Но если задержаніе остатковъ плаценты встрѣчается даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ она выдѣлилась совершенно самопроизвольно, то для насъ не можетъ быть ничего удивительнаго въ томъ, что остатки ея, какъ было замѣчено *Schröder*'омъ еще въ 1873 году, иногда задерживаются въ полости матки послѣ примѣненія ручнаго приема *Credé*.

Задержаніе остатковъ плаценты, конечно, еще скорѣе возможно при искусственномъ ея отдѣленіи. Каждому практику извѣстно, что часто бываетъ очень трудно ориентироваться въ полости матки тотчасъ послѣ родовъ и съ точностью различить плаценту, яйцевыя оболочки и кровяные сгустки; задержаніе остатковъ плаценты будетъ случаться еще чаще, если врачъ не считаетъ своею строгою обязанностью немедленно по удаленіи послѣда оцунать вновь дезинфицированную рукою полость матки, съ цѣлью удостовѣриться, не оставилъ ли онъ въ ней куски плаценты неудаленными. Само собою понятно, что это должно было часто случаться при удаленіи плаценты посредствомъ нотягиванія за пуповину, — способъ, который въ прежнія времена официально практиковался повивальными бабками, но который еще и теперь многими практикуется *per nefas*. Понятно и то, что при неправильномъ и грубомъ примѣненіи способа *Credé* задержаніе остатковъ плаценты будетъ случаться чаще, чѣмъ при правильномъ примѣненіи этого способа.

Въ виду всего этого ясно, что задержаніе остатковъ плаценты должно въ практикѣ встрѣчаться нерѣдко; но, съ другой стороны, *Ahlfeld* заходитъ слишкомъ далеко, утверждая, вопреки другимъ акушерамъ, что у значительнаго большинства больныхъ, умершихъ отъ родильной горячки, онъ находилъ при анатомическомъ вскрытіи остатки плаценты въ полости матки.

Во всякомъ случаѣ, еще чаще остатковъ плаценты задерживаются въ маткѣ яйцевыя оболочки. Прежде всего, при всякомъ способѣ веденія третьяго періода родовъ, — будемъ ли мы держаться вполне выжидательно или прибѣгнемъ къ болѣе или менѣе активному вмѣшательству, — въ полости матки остаются части отпадающей оболочки и притомъ преимущественно ея ампуллярнаго слоя. Плаценту съ вполне отдѣлившимся ампуллярнымъ слоемъ намъ рѣдко приходится видѣть; ампуллярный слой можетъ даже совсѣмъ отсутствовать на плацентѣ, хотя бы она была извергнута самопроизвольно, безъ всякаго давленія снаружи, т. е. на ней можетъ оказаться одинъ только клѣточный слой отпадающей оболочки. Слѣдовательно, задержаніе большей или меньшей части отпадающей оболочки должно считаться нормальнымъ въ послѣродовомъ періодѣ, и оно не вызываетъ никакихъ патологическихъ явленій, а въ особенности не подаетъ повода къ обильнымъ кровотечениямъ.

Иное дѣло — задержаніе частей хоріона въ послѣродовой маткѣ. Въ настоящее время уже нельзя отрицать, что слишкомъ активное примѣненіе метода *Credé* бывало причиною отрыванія яйцевыхъ оболочекъ и задержанія остатковъ ихъ въ полости матки; я, съ своей стороны, всегда охотно и открыто признавалъ, что *Dohrn*, возбудивъ реакцію противъ такого примѣненія метода *Credé*, научилъ насъ предотвращать вышеупомянутыя вредныя послѣдствія болѣе позднимъ примѣненіемъ этого метода. Но, какъ бы то ни было, существуетъ немало случаевъ, гдѣ и безъ всякой погрѣшности въ способѣ веденія третьяго періода родовъ остаются въ полости матки части хоріона и соединенной съ нимъ водной оболочки. По моимъ наблюденіямъ, это бываетъ особенно при *placenta marginata*, и случаи эти, какъ я полагаю, тоже находятся въ существенной связи съ децидуальнымъ эндометритомъ во время беременности. Между тѣмъ, вопреки *Schröder*'у, я долженъ рѣшительно признать, что задержаніе остатковъ хоріона и водной оболочки въ полости матки бываетъ причиною кровотеченій, какъ въ третьемъ періодѣ родовъ, такъ и въ родильномъ періодѣ.

Быть можетъ, еще чаще, чѣмъ послѣ срочныхъ и преждевременныхъ родовъ, задержаніе остатковъ яйцевыхъ оболочекъ или даже всего плоднаго мѣшка, спавшагося по выходѣ плода и оволоплодной жидкости, или задержаніе одной только отпадающей оболочки, сильно гипертрофированной на 2-мъ и 3-мъ мѣсяцѣ беременности, или задержаніе остатковъ этой оболочки, подаетъ поводъ къ послѣдовательнымъ кровотечениямъ послѣ выкидыша, и это бываетъ не только въ такихъ случаяхъ, гдѣ онъ окончился самопроизвольно, но еще чаще въ такихъ, гдѣ было оказано недостаточное оперативное пособіе.

§ 153. Вслѣдствіе задержанія кусковъ плаценты, яйцевыхъ оболочекъ, или остатковъ яйца послѣ выкидыша, замедляется обратное развитіе матки,

особенно въ томъ мѣстѣ ея стѣнки, гдѣ остатки эти еще плотно прикрѣплены.

Измѣненія, которымъ подвергаются задержанные остатки, бываютъ чрезвычайно неодинаковы; во многихъ случаяхъ, — особенно, когда не производилось никакого изслѣдованія или вообще никакихъ манипуляцій, которыми было бы облегчено поступленіе возбудителей гніенія, — задержанные части плаценты или яйцевыхъ оболочекъ, если онѣ тѣсно связаны со стѣнкою матки, остаются по цѣлымъ недѣлямъ и даже мѣсяцамъ такими же свѣжими; какими онѣ бываютъ во время родовъ, т. е. мы не находимъ въ нихъ никакого слѣда разложенія, изъ чего нужно заключить, что къ нимъ еще до извѣстной степени доставлялся питательный матеріалъ; въ другихъ же случаяхъ очень быстро наступаетъ гнилостное разложеніе кусковъ плаценты и яйцевыхъ оболочекъ, которое обнаруживается зловоннымъ запахомъ послѣродоваго очищенія и появленіемъ лихорадки.

Наконецъ, въ третьемъ рядѣ случаевъ, какъ при срочныхъ родахъ, такъ и при преждевременныхъ и при выкидышѣ, задержанные остатки даютъ поводъ къ образованію такъ называемыхъ фибриновыхъ или плацентарныхъ полиповъ. Понятіе о плацентарномъ полипѣ, первоначально установленное *Kiwisch*'омъ, не имѣло, какъ предполагалось, ничего общаго съ беременностью. Но *Scanzoni* и *Schröder* убѣдительно доказали, что образованію такихъ полиповъ почти во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ предшествуетъ беременность; вѣрно повидимому то, что полипы эти наблюдаются послѣ выкидыша нѣсколько чаще, чѣмъ послѣ срочныхъ родовъ, хотя во второмъ случаѣ они положительно достигаютъ гораздо большаго объема, чѣмъ въ первомъ.

На шероховатую область прикрѣпленія плаценты, какъ было объяснено *Schröder*'омъ, отлагаются хлопья фибрина изъ крови, излившейся изъ маточныхъ сосудовъ; если мѣсто прикрѣпленія плаценты особенно далеко выпячивается въ полость матки и если на немъ особенно сильно выступаютъ плацентарные тромбы, то это повидимому благоприятствуетъ отложенію фибрина. Если существуютъ остатки плаценты или, послѣ выкидыша, остатки яйцевыхъ оболочекъ, то ножка полипа состоитъ изъ ткани тѣхъ или другихъ остатковъ, да и самое ядро полипа въ большинствѣ случаевъ еще состоитъ отчасти изъ сдавленныхъ плацентарныхъ ворсинокъ или яйцевыхъ оболочекъ, тогда какъ наружная поверхность покрыта фибриновыми сгустками, которые внутри полипа имѣютъ наибольшую плотность, между тѣмъ какъ снаружи находятся еще относительно свѣжіе слои свернувшейся крови. Послѣ выкидыша основная ткань полипа можетъ состоять исключительно изъ отпадающей оболочки.

Эти полипы могутъ постепенно увеличиваться путемъ дальнѣйшаго отложенія фибрина; наибольшая величина, которой они могутъ достигать, равняется объему кулака, какъ это было въ одномъ случаѣ *Kuhn*'а;

величины куриного яйца они достигают рѣдко, а въ большинствѣ случаевъ бываютъ величиною отъ голубинаго яйца до лѣснаго орѣха. Послѣ выкидышей нерѣдко также встрѣчаются разсѣянные небольшія полипозныя разрощенія (*endometritis hyperplastica*).

Рѣзкое принципиальное разграниченіе между фибринозными и плацентарными полипами не всегда оказывается возможнымъ; въ большинствѣ случаевъ ядро полипа первоначально образуется кусочкомъ плацентарной ткани или яйцевыхъ оболочекъ, но затѣмъ, спустя болѣе долгое время, анатомическіе признаки до такой степени изглаживаются, что мы различаемъ только главную массу, состоящую изъ фибриновыхъ сгустковъ.

Дальнѣйшія послѣдствія полиповъ тѣ же самыя, которыя уже были нами описаны: матка остается увеличенною, полость ея широка, маточная шейка раскрыта. При сколько нибудь объемистыхъ плацентарныхъ или фибриновыхъ полипахъ цервикальный каналъ совсѣмъ не закрывается; но если внутренней зѣвъ былъ уже закрытъ въ началѣ второй недѣли, то онъ можетъ опять раскрыться, какъ только при дальнѣйшемъ ростѣ полипа верхушка его начинаетъ напирать на внутренней зѣвъ, благодаря стремленію матки освободиться отъ ненормальнаго содержимаго.

При небольшихъ остаткахъ отпадающей оболочки, или при разлитомъ эндометритѣ послѣ выкидыша, внутренней зѣвъ въ большинствѣ случаевъ бываетъ непроходимъ для пальца, и цервикальный каналъ только въ своей нижней части раскрытъ болѣе обыкновеннаго. Тѣло матки всегда бываетъ болѣе велико, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ, и, благодаря своей тяжести, оно нерѣдко опускается по направленію къзади; стѣнка матки остается толстою, обратное развитіе ея замедлено, и распадающіяся мышечныя волокна отчасти замѣщаются новообразованною соединительною тканью.

Кровотеченія, связанныя съ этими состояніями, въ большинствѣ случаевъ происходятъ неправильно; если послѣ выкидыша или срочныхъ родовъ образовался болѣе значительный полипъ, то кровотеченія наступаютъ непосредственно за кровянистымъ послѣродовымъ очищеніемъ (*lochia cruenta*); въ другихъ случаяхъ, быть можетъ, въ теченіе первой недѣли или нѣсколько дольше не существуетъ особенно сильной потери крови, и только въ теченіе второй и третьей недѣли, когда слѣдовало бы уже ожидать появленія *lochia albae*, потеря крови постепенно увеличивается. Предполагать въ подобныхъ случаяхъ преждевременное наступленіе менструаціи, какъ это нѣкоторые думаютъ, не имѣло бы никакого смысла; предположеніе это имѣло бы основаніе только въ томъ случаѣ, еслибы ровно черезъ 4 недѣли послѣ подобнаго кровотеченія опять наступила менструація.

Кровотеченіе происходитъ частію изъ сосудовъ области прикрѣпленія плаценты, обратное развитіе которой совершилось еще недостаточно,



частью изъ сосудовъ мелкихъ разрошенныхъ отпадающей оболочки, особенно послѣ выкидыша, частью же изъ поверхности самого полипа.

Кровотеченіе иногда бываетъ непрерывное и притомъ умѣренное; чаще, однако, оно совершенно прекращается на одинъ или нѣсколько дней, а затѣмъ опять являются обильныя потери крови съ выдѣленіемъ большихъ сгустковъ. Послѣ выкидыша обыкновенно происходитъ продолжительное выдѣленіе кровянистой или буровой жидкости, къ которой по временамъ примѣшиваются небольшіе кровяные сгустки или обрывки отпадающей оболочки. Но въ промежуточное время иногда наступаютъ такіе періоды, гдѣ въ теченіе нѣсколькихъ дней опять выдѣляется слизисто-гнояная жидкость.

Большіе плацентарные полипы, даже оставаясь въ маткѣ цѣлыми недѣлями, могутъ не представлять никакихъ слѣдовъ разложенія, если только болѣзнетворные микроорганизмы не были занесены изъ внѣшней среды или изъ влагалища при изслѣдованіи пальцемъ или при зондированіи матки (котораго поэтому никогда не должно производить), причемъ наступаетъ гнилостное разложеніе и иногда появляется лихорадка.

Въ рѣдкихъ случаяхъ къ разложенію плацентарнаго полипа еще присоединяется околomatочная флегмона; обыкновенно, впрочемъ, послѣдовательность явленій бываетъ обратная, а именно зараженіе во время родового акта влечетъ за собою септическую флегмону, которая имѣетъ своимъ результатомъ недостаточное обратное развитіе матки, и уже вслѣдствіе этого образуются фибриновые полипы.

Предсказаніе весьма неблагоприятно, если къ распаденію плацентарныхъ тромбовъ присоединяется гнойный метрофлебитъ съ тромбозомъ венъ и эмболіями; въ прежнія времена, до введенія антисептики, это иногда бывало причиною смерти родильницъ.

Сколько-нибудь сильныя боли наблюдаются вообще рѣдко; болѣзненные потуги могутъ появляться лишь въ такихъ случаяхъ, когда полиппъ очень великъ и когда онъ постепенно проталкивается внизъ. При кровотеченіяхъ послѣ выкидыша почти никогда не бываетъ болей.

Описывать здѣсь общія явленія, которыя вызываются этими кровотечениями, иногда очень продолжительными и чрезвычайно изнуряющими, я считаю излишнимъ.

§ 154. Сразу поставить діагнозъ часто бываетъ нелегко, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ мы неохотно рѣшаемся прибѣгать къ внутриматочнымъ манипуляціямъ безъ крайней надобности. Если кровотеченіе непрерывно продолжается до 3-й или 4-й недѣли родильнаго періода, или, если оно уже прекратилось, но затѣмъ внезапно опять наступило обильное выдѣленіе крови, иногда даже съ примѣсью кровяныхъ сгустковъ, то мы должны подумать о возможности присутствія въ маткѣ ненормальнаго содержимаго, особенно, когда уже раньше были замѣчены какія нибудь отклоненія въ третьемъ періодѣ родовъ. Въ случаяхъ вы-

вдыша, если кровотечение не прекратилось на 3-й недѣль, можно почти съ увѣренностью предсказать, что дѣло идетъ о какомъ нибудь ненормальномъ содержимомъ въ полости матки.

Если внутренней звѣвъ проходимъ для пальца, то діагнозъ можетъ быть поставленъ легко. Ощупыванію полости матки всегда должно предшествовать дезинфицирующее промываніе влагалища и матки; въ другихъ же случаяхъ должно быть произведено расширение цервикальнаго канала стеклянными инструментами *Hegar'a* или посредствомъ ламинариі. При этомъ необходима осторожность, особенно если уже существуютъ признаки нѣкотораго разложенія; какъ передъ расширеніемъ цервикальнаго канала, такъ и передъ ощупываніемъ полости матки должно быть произведено тщательное промываніе влагалища 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворомъ карболовой кислоты или 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворомъ креолина; кромѣ того, непосредственно передъ введеніемъ пальца или ламинариі въ цервикальный каналъ, должно быть сдѣлано промываніе матки черезъ катетеръ *Fritsch'a*.

Въ прежнія времена, когда пренебрегали этими предосторожностями, появлялась въ нѣкоторыхъ случаяхъ лихорадка непосредственно вслѣдъ за ощупываніемъ полости матки или за попытками удаленія ненормальнаго содержимаго, и поэтому понятно до извѣстной степени, что во Франціи еще и теперь нѣкоторые авторы безусловно отвергаютъ удаленіе подобныхъ остатковъ, задержанныхъ въ полости матки.

Предсказаніе положительно благоприятно, если только удастся предотвратить гнилостное зараженіе.

§ 155. *Личеніе*, при достовѣрномъ діагнозѣ, имѣетъ своей задачей быстрое и полное удаленіе плацентарныхъ или фибриновыхъ полиповъ. Ощупываніе полости матки съ діагностическою цѣлью и самое удаленіе полиповъ обыкновенно производится въ *одинъ* сеансъ. Наркотизація для этого почти безусловно необходима.

По опорожненіи мочеваго пузыря и послѣ тщательной дезинфекціи наружныхъ половыхъ частей, влагалище и полость матки промываются 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворомъ карболовой кислоты, затѣмъ, при постоянномъ содѣйствіи руки, лежащей на брюшныхъ покровахъ, удаляются пальцемъ другой руки болѣе крупныя массы, находящіяся въ полости матки; куски, величиною въ дѣсной орѣхъ и болѣе, удаляются пальцемъ, и это вѣрнѣе приводитъ къ цѣли, такъ какъ при выскабливаніи острою ложечкою, которою удаляются всѣ болѣе мелкія массы, легко могло бы что нибудь остаться въ полости матки.

Если фибриновый полипъ прикрѣпленъ такъ высоко или имѣетъ такую большую длину и ширину, что невозможно пройти пальцемъ до его ножки, то дѣлается попытка захватить полипъ съ помощію полипныхъ щипцовъ (см. рис. 46), а затѣмъ оттянуть его внизъ и удалить посредствомъ открыванія ножки.

Послѣ выкидыша въ большинствѣ случаевъ бываетъ достаточно однократнаго ощупыванія полости матки, чтобы удостовѣриться, что въ ней не существуетъ болѣе крупныхъ кусковъ ненормальнаго содержимаго. Между тѣмъ какъ прежде старались по возможности удалять всякую шероховатость отпадающей оболочки, послѣдовательно вводя палецъ нѣсколько разъ въ полость матки, — мы въ настоящее время считаемъ гораздо болѣе цѣлесообразнымъ и вмѣстѣ съ тѣмъ гораздо болѣе безопаснымъ выскабливать матку острою ложечкою послѣ того, какъ большіе куски удалены посредствомъ пальца.

Послѣ срочныхъ родовъ не должно дѣлать выскабливанія матки въ теченіе первой недѣли, а начиная со второй, всегда нужно производить выскабливаніе вслѣдъ за удаленіемъ полипа; напротивъ того, послѣ выкидыша выскабливаніе матки во всякое время должно производиться тотчасъ вслѣдъ за удаленіемъ ненормальнаго содержимаго.



Всякому другому положенію тѣла во время этой операціи я предпочитаю рекомендуемое *Sims'*омъ положеніе на боку, такъ какъ оно даетъ большую возможность устранить посредствомъ оттягиванія матки довольно значительное во многихъ случаяхъ искривленіе ея впередъ или назадъ, и слѣдовательно мы получаемъ увѣренность въ томъ, что для острой ложечки будетъ доступна вся стѣнка матки. Послѣ тщательной дезинфекціи влагалища и шейки измѣряютъ зондомъ длину полости матки и отмѣчаютъ найденную длину на дѣленіяхъ острой ложечки, чтобы инструментомъ не проткнуть мягкую матку, какъ это иногда уже случалось. Если употреблять ложечку по возможности большаго калибра, то эта маленькая операція производится быстро и съ полною точностью, но для выскабливанія дна матки у внутреннего отверстия Фаллопиевой трубы часто слѣдуетъ предпочитать очень маленькую ложечку

Рис. 46. Полипные щипцы ( $\frac{1}{2}$  естественной величины).

*Негар'*а. Выскабливаніе продолжается до тѣхъ поръ, пока ложечка повсюду не будетъ попадать на здоровую, плотную, хрустящую ткань.

Иногда кровотечение во время операции бывает чрезвычайно обильнымъ, особенно при выскабливаніи на 3—5-й недѣлѣ родильнаго періода.

Послѣ выскабливанія дѣлается промываніе полости матки черезъ катетеръ à double courant 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% растворомъ карболовой кислоты, прохладнымъ или горячимъ (40°P.).

Затѣмъ я прижигаю полость матки 50% карболовымъ спиртомъ или 10% растворомъ хлористаго цинка (въ обоихъ случаяхъ посредствомъ зонда *Playfair'a*), или вставляю іодоформную палочку. На первые 2—3 часа послѣ прижиганія я ввожу въ сводъ влагалища полоску іодоформной марли для того, чтобы остановить кровотечение. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, при особенно сильномъ послѣдовательномъ кровотеченіи или у очень малокровныхъ больныхъ, можетъ оказаться необходимымъ послѣ операции затампонировать полость матки іодоформною марлею, или марлею, пропитанною борной кислотой; этотъ тампонъ оставляется на 10—12 часовъ. Въ подобныхъ случаяхъ мы можемъ производить тампонацію матки безъ всякаго опасенія, такъ какъ здѣсь нечего бояться, что она вновь будетъ растянута.

Послѣдовательное лѣченіе должно быть строго выжидательное; въ первые дни цѣлесообразно дѣлать подкожныя впрыскиванія эрготина; спринцованія влагалища производятся только при лихорадкѣ.

Спустя 8 дней предпринимается внутреннее изслѣдованіе; если матка еще велика, если цервикальный каналъ еще проходимъ, то можно въ положеніи на боку снова сдѣлать прижиганіе карболовымъ спиртомъ или іодною настойкою, или мы вводимъ, съ помощію внутриматочнаго пистолета *Martin'a*, палочку длиною въ 3 сантиметра, погруженную предварительно въ растворъ полуторохлористаго желѣза. Раньше какъ черезъ 2 недѣли послѣ операции больная не должна встать съ постели, да и тогда еще необходимо ей посовѣтовать, чтобы она легла въ постель при появленіи первой менструаціи.

Какъ бы ни было очевидно, что при несомнѣнно доказанномъ присутствіи ненормальнаго содержимаго въ полости матки всѣ эти задержанные въ ней остатки должны быть по возможности удалены, особенно при гнилостномъ разложеніи, однако, съ другой стороны, трудно рѣшить, какимъ образомъ слѣдуетъ поступать въ тѣхъ случаяхъ, когда при ненормальномъ содержимомъ въ полости матки существуетъ околomatочная флегмона или пельвеоперитонитъ.

Показаніе къ оперативному вмѣшательству при этихъ послѣднихъ условіяхъ не можетъ быть установлено для всѣхъ случаевъ вообще, а должно устанавливаться для каждаго случая въ отдѣльности. Такъ какъ поводомъ къ развитію флегмоны часто бываютъ распадающіеся остатки плаценты или яйцевыхъ оболочекъ, то удаленіе ихъ очень желательно, потому что иногда послѣ этой операции задерживается дальнѣйшее распространеніе флегмоны. Если можно предвидѣть, что удаленіе этихъ

остатковъ будетъ произведено легко, безъ слишкомъ энергическихъ манипуляцій, то оно должно быть сдѣлано; но если симптомы параметрита или пельвеоперитонита стоятъ уже на первомъ планѣ, если существуетъ наклонность къ общему перитониту, то въ первое время мы избѣгаемъ всякаго вмѣшательства и только производимъ однократную дезинфекцію полости матки, часто дезинфицируемъ влагалище, назначаемъ эрготинъ, а затѣмъ выжидаемъ подходящаго момента для операціи, когда утихнеть воспалительный процессъ.

## 5. Кровотеченія въ родильномъ періодѣ, обусловленныя новообразованіями.

§ 156. Къ числу опухолей, которыя здѣсь могутъ играть роль, принадлежатъ міомы и карциномы.

*Міомы* нерѣдко препятствуютъ обратному развитію матки, даже когда онѣ сидятъ подъ серознымъ покровомъ; но чаще всего такое вліяніе оказываютъ интерстиціальныя и въ особенности подслизистыя міомы. Извѣстно немалое число случаевъ, гдѣ подслизистыя міомы, благодаря давленію, производимому на питающіе ихъ сосуды сокращеніями матки во время родовъ и въ родильномъ періодѣ, лишились притока крови и вслѣдствіе этого извергались путемъ омертвѣнія, или гдѣ ложе опухоли постепенно истончалось настолько, что она въ видѣ полипа выпячивалась по направленію къ полости матки.

Обильное, внезапно появившееся кровотеченіе, жестокія потужныя боли, ихорозныя выдѣленія и лихорадка въ большинствѣ случаевъ побуждаютъ къ производству изслѣдованія, которое вполне выясняетъ діагнозъ.

Терапія должна способствовать изгнанію опухоли, если таковое уже началось силами природы; вылуценіе міомы производится по правиламъ, указаннымъ въ руководствахъ гинекологіи; однако, не слѣдуетъ думать, что оно представляетъ операцію очень легкую.

*Карциномы*, наблюдаемыя въ родильномъ періодѣ, всегда представляютъ такія раковыя опухоли шейки и влагалищной части, которыя были констатированы еще во время беременности и во время родовъ и которыя уже успѣли быстро увеличиться настолько, что сдѣлались недоступными для операціи. Лишь рѣдко случается наблюдать, что раковый узелъ, до тѣхъ поръ незначительный, начинаетъ быстрѣе разрастаться послѣ родовъ.

Кровотеченія, вызываемыя раковыми опухолями, лѣчатся по обычнымъ правиламъ гинекологіи. Въ большинствѣ случаевъ бываетъ еще возможно только симптоматическое лѣченіе — выскабливаніе, прижиганіе термокаутеромъ *Pagelin*'а, тампонація іодоформною марлею, иногда съ послѣдующимъ примѣненіемъ высушивающихъ средствъ, изъ которыхъ особенно пригоднымъ здѣсь оказывается животный уголь, или таннинъ съ іодоформомъ.

Если изолированный раковый узелъ начинаетъ разростаться. лишь послѣ родовъ, то полное вылушеніе его бываетъ еще возможно.

## ГЛАВА XXI.

**Измѣненія въ положеніи матки и влагалища въ родильномъ періодѣ.**

### **Искривленіе и наклоненіе матки впередъ.**

§ 157. За исходный пунктъ мы должны здѣсь взять нормальное положеніе послѣродовой матки. Положеніе это тотчасъ послѣ родовъ представляетъ искривленіе впередъ, причемъ увеличенное тѣло матки покоится на передней брюшной стѣнкѣ, а въ первое время, пока объемъ его достаточно еще великъ, оно опирается на безымянную линію. Но чѣмъ болѣе нуэрперальная матка уменьшается вслѣдствіе обратнаго развитія, тѣмъ меньшая часть ея лежитъ на передней брюшной стѣнкѣ, а вскорѣ объемъ матки уменьшается настолько, что она, конечно, опустилась бы въ малый тазъ, еслибы тѣмъ временемъ брюшина, связывающая ее съ мочевымъ пузыремъ и прямою кишкою, а равнымъ образомъ широкія, заднія и круглыя связки не сморщились до такой степени, что удерживаютъ матку въ нормальномъ антефлексированномъ положеніи еще и тогда, когда она прощупывается надъ лоннымъ сочлененіемъ. Замѣчательно, что ученіе это, не смотря на работы *Credé*, *Winckel*'я, *Schröder*'а и особенно на тщательныя разъясненія *B. Schultze*, еще не сдѣлалось общимъ достояніемъ всѣхъ врачей; и однако, нѣтъ ничего легче и проще, какъ убѣдиться акушерскимъ изслѣдованіемъ въ справедливости этого ученія; если сначала произвести изслѣдованіе при наполненномъ мочевомъ пузырьѣ, то мы найдемъ, что влагалищная часть стоитъ высоко, что дно матки прощупывается снаружи между лоннымъ сочлененіемъ и пупкомъ и въ большинствѣ случаевъ смѣшено въ сторону, и что въ переднемъ сводѣ влагалища прощупывается наполненный мочевой пузырь; затѣмъ, когда послѣдній опорожненъ самопроизвольно или посредствомъ катетера, матка сильно опускается на передній сводъ влагалища, и образуется обыкновенно антефлексія второй степени, а въ послѣдующіе дни родильнаго періода матка оказывается искривленною впередъ уже подъ острымъ угломъ, особенно при опорожненномъ мочевомъ пузырьѣ. Если влагалищная часть, вслѣдствіе укороченія Дугласовыхъ складокъ, сильно смѣщена взадъ, что впрочемъ бываетъ довольно рѣдко, то мы находимъ наклоненіе матки впередъ, которое въ родильномъ періодѣ еще можетъ считаться физиологическимъ явленіемъ.

Слѣдовательно, мы должны твердо держаться того взгляда, что искривленіе и наклоненіе матки впередъ представляютъ въ родильномъ періодѣ нормальное явленіе; патологическими они становятся лишь въ томъ случаѣ, когда искривленіе или наклоненіе усиливается вслѣдствіе

острыхъ или медленно протекающихъ воспалительныхъ процессовъ до такой степени, что уже не можетъ быть устранено наполненіемъ сосѣднихъ органовъ, т. е. мочевого пузыря и прямой кишки (см. рис. 47).

Кромѣ того, антефлексія въ родильномъ періодѣ становится патологическою, если она достигаетъ такой значительной степени, что препятствуетъ выдѣленію послѣродоваго очищенія изъ матки. Почему въ некоторыхъ случаяхъ, гдѣ не предшествовало воспалительныхъ явленій со стороны придатковъ матки, искривленіе ея впередъ не можетъ быть устранено наполненіемъ мочевого пузыря,—это еще недостаточно выяснено. Чаще всего дѣло здѣсь идетъ, конечно, о многородящихъ съ большою вялою маткою; но особенно этому можетъ способствовать недоста-

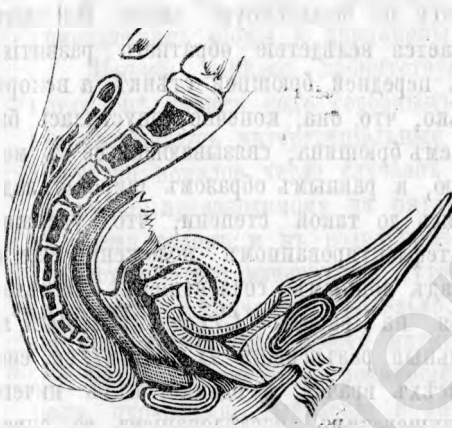


Рис. 47 (по *Fritsch'y*). Патологическое искривленіе матки впередъ, при укороченіи Дугласовыхъ складокъ.

точно обратное развитіе области прикрѣпленія послѣда, когда она находится на передней стѣнкѣ матки; кромѣ того, здѣсь должно еще присоединиться какое нибудь обстоятельство, не позволяющее маточной шейкѣ отклониться назадъ, а влекущее за собою отбѣсненіе ея впередъ и внизъ; такимъ обстоятельствомъ можетъ быть прежде всего опущеніе стѣнокъ влагалища, съ послѣдовательнымъ вытяженіемъ влагалищной части матки и продолжительнымъ сильнымъ наполненіемъ прямой кишки.

§ 158. Явленія *lochiometrae*, вызванной сильнымъ искривленіемъ

матки впередъ, обыкновенно легко могутъ быть констатированы. Однимъ изъ первыхъ явленій оказывается лихорадка при удовлетворительномъ состояніи родильницы во всѣхъ другихъ отношеніяхъ и при отсутствіи чувствительности къ давленію; лихорадка эта, впрочемъ, никогда не заходитъ выше  $39^{\circ}$ ; она появляется въ концѣ первой или началѣ второй недѣли, обыкновенно послѣ того какъ родильница чувствовала себя раньше вполне здоровой; послѣродовое очищеніе поразительно уменьшено въ количествѣ или почти совсѣмъ отсутствуетъ; производя изслѣдованіе при опорожненномъ мочевомъ пузырьѣ, мы нигдѣ не находимъ увеличенной резистенціи; когда мы обѣими руками ошупываемъ матку, обыкновенно искривленную подъ острымъ угломъ впередъ, то внезапно изливается поверхъ пальца 30—50 куб. стм. или иногда еще большее количество буроватаго зловоннаго послѣродоваго очищенія; въ этомъ случаѣ мы не должны стараться во что бы то ни стало ошупать полость матки, прежде чѣмъ она не будетъ дезинфици-

рована внутриматочнымъ спринцованіемъ, а должны назначить прохладныя спринцованія влагалища и эрготинъ внутрь или подъ кожу, но вмѣстѣ съ тѣмъ предписать родильницѣ, чтобы она почаще перемѣняла положеніе тѣла или даже садилась въ постели; обыкновенно послѣ этого лихорадка прекращается; если же температура опять повышается, то необходимо снова произвести выпрямленіе матки.

Не во всѣхъ случаяхъ *lochiometrae* существуетъ лихорадка; но такъ какъ она иногда наступаетъ тамъ, гдѣ раньше совсѣмъ не производилось акушерскаго изслѣдованія, то бактериологія должна намъ еще выяснитъ, всегда ли при этомъ имѣются бактеріи въ маточныхъ лохіяхъ, или же лихорадка можетъ появляться вслѣдствіе всасыванія химическихъ веществъ, находящихся въ послѣродовомъ очищеніи.

### Искривленіе и наклоненіе матки взадъ.

§ 159. *Retroflexio* и *retroversio uteri* въ родильномъ періодѣ не составляютъ особенной рѣдкости; напр., по мнѣнію *Credé*, онѣ встрѣчаются приблизительно въ 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всѣхъ случаевъ, но по моимъ наблюденіямъ цифра эта болѣе значительна и равняется 3—4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Я не буду здѣсь разбирать всѣ вопросы относительно этиологіи искривленія матки взадъ, которое можетъ быть врожденнымъ или можетъ встрѣчаться у дѣвицъ, а также у замужнихъ женщинъ, страдающихъ или не страдающихъ безплодіемъ; здѣсь будетъ идти рѣчь только о тѣхъ случаяхъ, когда искривленіе и наклоненіе матки взадъ появляются послѣ выкидыша или послѣ преждевременныхъ и срочныхъ родовъ.

Всѣ акушеры единогласно признаютъ, что послѣ срочныхъ родовъ *retroflexio uteri* можетъ появиться не раньше 7-го или 8-го дня, а до этого времени *prolapsedum* не допускаетъ того, чтобы наклоненіе матки взадъ, предшествующее искривленію ея въ ту же сторону, было замѣнено нормальнымъ положеніемъ органа. Лишь въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ *retroflexio uteri* появляется на 3-й день; чаще всего она обнаруживается во вторую недѣлю родильнаго періода, не только у такихъ женщинъ, которыя раньше не страдали искривленіемъ матки взадъ, но и въ особенности у такихъ, у которыхъ оно уже существовало раньше. Необходимо помнить тотъ фактъ, что *retroflexio uteri*, существовавшая до беременности, почти всегда возобновляется въ родильномъ періодѣ; слѣдовательно, когда дѣло идетъ о больной, страдающей искривленіемъ матки взадъ, мы не должны неосторожно давать обѣщаніе, что родильное состояніе излѣчитъ ее отъ этой болѣзни. Поводомъ къ искривленію матки взадъ могутъ быть также преждевременные роды и недостаточное обратное развитіе матки, но не воспалительные процессы въ ея придаткахъ.

Собственно говоря, до сихъ поръ еще не вполне выяснено, почему матка, которая съ 4-го мѣсяца беременности и въ первые 8 дней послѣ



родовъ была во всякомъ случаѣ искривлена впередъ, имѣть такую необычайную наклонность вновь перегнуться назадъ, не смотря на то, что вся стѣнка ея совершенно преобразовалась во время беременности и что ненормальныя сращения, которыми она фиксирована, всегда въ это время подвергаются сильному вытяженію.

*Retroflexio uteri* встрѣчается чаще всего при вялой маткѣ, слѣдовательно у такихъ родильницъ, у которыхъ происходили атоническія кровотечения; часто ли здѣсь причина заключается въ прикрѣпленіи плаценты на задней стѣнкѣ матки, — этого я не берусь рѣшить. Прямымъ поводомъ служить нецѣлесообразный режимъ въ родильномъ періодѣ: когда матка еще велика и тяжела, когда наполненный мочевой пузырь стоитъ въ направленіи продолженной тазовой оси, то уже умѣренного физическаго напряженія (кашель, натуживаніе при испражненіи) оказывается достаточнымъ для того, чтобы вызвать наклоненіе матки взадъ; если матка еще велика и тяжела, то это наклоненіе ея тотчасъ превращается въ искривленіе; если внутрибрюшное давленіе дѣйствуетъ чрезъ посредство кишекъ на матку со стороны ея передней поверхности, то всякое напряженіе брюшнаго пресса будетъ усиливать искривленіе ея взадъ; этому еще способствуетъ существующій нерѣдко въ родильномъ періодѣ запоръ, который подаетъ поводъ къ сильному смѣщенію влагалищной части впередъ и къ растяженію Дугласовыхъ складокъ.

Если искривленіе матки уже существуетъ, то оно можетъ сдѣлаться постояннымъ, хотя бы и не предшествовали воспалительные процессы; матка, искривленная взадъ, уменьшается въ объемѣ недостаточно или даже вновь увеличивается, тѣло ея вслѣдствіе этого постоянно оттѣсняетъ дно Дугласова пространства внизъ, влагалищная часть перемѣщается болѣе впереди. Дугласовы складки постоянно растягиваются, *peritoneum vesico-uterinum* укорачивается и становится неподатливымъ, а вслѣдствіе гипереміи маточной стѣнки дѣло доходитъ до легкаго воспаления серознаго покрова, и мало по малу наступаетъ склеиваніе матки со стѣнкою Дугласова пространства. Это, во всякомъ случаѣ, составляетъ наиболѣе частую причину, вслѣдствіе которой образуется стойкое искривленіе матки взадъ; въ другихъ, болѣе рѣдкихъ, случаяхъ фиксированная *retroflexio uteri* происходитъ вслѣдствіе того, что пельвеоперитонитическій экссудатъ при своемъ сморщиваніи постепенно оттягиваетъ матку назадъ.

Описывать здѣсь симптомы искривленія матки взадъ я считаю излишнимъ; но я долженъ только замѣтить, что это искривленіе матки, по моему мнѣнію, никогда не бываетъ причиною запора.

Если искривленіе уже образовалось и если оно просуществовало нѣкоторое время, то быстро устранить всѣ послѣдовательныя явленія оказывается труднымъ. Врачъ, пользующій родильницу, долженъ поэтому держаться правила, что всякая родильница, прежде чѣмъ она встанетъ съ постели, должна быть подвергнута изслѣдованію, съ цѣлью опредѣ-

лить положеніе матки; это особенно важно тамъ, гдѣ уже раньше существовало искривленіе матки взадъ. Впрочемъ, тѣло матки часто перегибается взадъ уже во время лежанія въ постели, а не только послѣ вставанія, какъ это утверждаетъ *Schröder*.

Такъ какъ искривленіе матки взадъ и зависящія отъ него послѣдовательныя явленія имѣютъ для половой жизни женщины большое значеніе, то очень важно по возможности раньше возстановить нормальное положеніе органа.

§ 160. Искривленіе матки взадъ, развившееся вслѣдствіе расслабленія ея во вторую недѣлю родильнаго періода, исчезаетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ само собою, если родильница избѣгала слишкомъ продолжительнаго лежанія на спинѣ; поэтому полезно, чтобы родильница почаще измѣняла свое положеніе въ постели и, особенно, чтобы она часто принимала положеніе среднее между положеніемъ на боку и положеніемъ на животѣ; вмѣстѣ съ тѣмъ, для ускоренія обратнаго развитія матки полезно назначить спорынью и прохладныя души.

Если выпрямленіе искривленной матки не наступило самопроизвольно, то можно въ началѣ 4-й недѣли сдѣлать осторожную попытку ручнаго выпрямленія; прибѣгать къ зонду при этомъ не слѣдуетъ ни въ какомъ случаѣ. Предварительно должно быть сдѣлано антисептическое промываніе влагалища, а затѣмъ вводится пессарій *Hodge* или *Thomas'a*. Хотя вообще я признаю за восьмиобразными кольцами *Schultze* большія достоинства, однако я не прибѣгаю къ нимъ въ этихъ случаяхъ, такъ какъ передній отрѣзокъ кольца можетъ производить слишкомъ сильное растяженіе передней стѣнки влагалища. Послѣ введенія пессарія дается эрготинъ. По прошествіи 4-й недѣли, при большомъ объемѣ матки, полезны также горячія спринцованія влагалища; если кольцо въ теченіе нѣсколькихъ дней хорошо продержалось на мѣстѣ, то можно дозволить родильницѣ, чтобы она немедленно встала съ постели. Всякаго насилія при выпрямленія матки нужно избѣгать, чтобы этимъ не вызвать воспалительныхъ процессовъ; если выпрямленіе матки не удалось въ первый разъ, то мы возобновляемъ попытку спустя нѣсколько дней.

Такъ какъ на 4-й недѣлѣ обратное развитіе матки и влагалища еще не совершилось въ достаточной степени, то въ это время требуется еще довольно большое кольцо; послѣ 6-й недѣли вводится уже кольцо меньшихъ размѣровъ, а на 8-й недѣлѣ еще меньшее, еслибы таковое понадобилось.

Если *retroflexio uteri* развилаь только въ родильномъ періодѣ, то иногда для окончательнаго возстановленія нормальнаго положенія матки бываетъ достаточно, чтобы больная носила пессарій въ теченіе 2—3 мѣсяцевъ; но, конечно, по удаленіи пессарія необходимо еще время отъ времени удостовѣряться, сохраняетъ ли матка свое нормальное положеніе. Если же искривленіе матки взадъ существовало еще до родильнаго

періода, то больная должна носить пессарій въ теченіе болѣе долгаго времени.

Дальнѣйшія подробности относительно искривленія матки взадъ и относительно лѣченія пессаріями могутъ быть найдены въ руководствахъ гинекологіи (см. *Fritsch, Lageveränderungen, Deutsche Chirurgie, Lief. 56*).

### **Descensus et prolapsus uteri et vaginae.**

#### **Опущеніе и выпаденіе матки и влагалища.**

§ 161. Во избѣжаніе повтореній, я буду параллельно разсматривать опущеніе влагалища и опущеніе матки, тѣмъ болѣе, что обыкновенно они существуютъ вмѣстѣ.

Врачъ долженъ твердо помнить, что выпаденіе влагалища и матки почти всегда, за немногими исключеніями, ведетъ свое начало отъ родильнаго періода, и что, слѣдовательно, тамъ, гдѣ ему представляется случай пользоваться родильницу, онъ часто будетъ имѣть возможность предотвратить это выпаденіе соотвѣтствующими профилактическими мѣрами.

Поэтому выпаденіе и опущеніе влагалища и матки встрѣчаются у женщинъ рабочаго класса гораздо чаще, чѣмъ у женщинъ болѣе обеспеченнаго класса общества, которыя въ большей степени пользуются медицинскою помощью.

Уже во время беременности происходитъ физиологическое опущеніе передней стѣнки влагалища вслѣдствіе гипертрофіи передняго влагалищнаго валика (*tuberculum vaginae*); кромѣ того, головка плода, вступающая во время беременности въ малый тазъ, ненормально растягиваетъ сводъ влагалища. Большое число этиологическихъ моментовъ имѣется во время родового акта; извѣстную роль здѣсь играетъ ненормальное растяженіе влагалища при очень большой продолжительности періода изгнанія или при трудномъ наложеніи щипцовъ; разрывъ промежности, оставленный незащитымъ, точно также имѣетъ извѣстное значеніе въ качествѣ этиологическаго момента для выпаденія влагалища, хотя значеніе это далеко не такъ велико, какъ многіе думаютъ; въ самомъ дѣлѣ, каждый врачъ, который въ случаяхъ выпаденія матки и влагалища всегда предпринимаетъ тщательное изслѣдованіе передъ производствомъ операціи, можетъ засвидѣтельствовать, что именно въ случаяхъ самаго сильнаго выпаденія рѣдко оказывается сколько нибудь значительный разрывъ промежности.

Конечно, растяженіе промежности и задней стѣнки влагалища имѣетъ извѣстное значеніе, когда части эти въ первую и во вторую недѣлю родильнаго періода не могутъ служить достаточною опорой для передней стѣнки влагалища, которая уже и безъ того бываетъ въ большинствѣ случаевъ еще гипертрофирована. Задней стѣнкѣ влагалища именно въ родильномъ періодѣ часто неразумнымъ образомъ предъявляются чрезмѣрныя

требования; родильница въ большинствѣ случаевъ начинаетъ слишкомъ рано садиться въ постели для испусканія мочи, для принятія пищи или кормленія грудью, причемъ послѣродовая матка сильно наклоняется или даже искривляется впередъ, влагалищная часть отходитъ далеко назадъ, и въ то же время задняя стѣнка влагалища оттягивается вверхъ, а образующееся при этомъ свободное пространство должно быть выполнено переднею стѣнкою влагалища вмѣстѣ съ мочевымъ пузыремъ, который связанъ съ нею довольно тѣсно, такъ что появляется значительная грыжа мочевого пузыря (*cystocele*); вмѣстѣ съ тѣмъ, благодаря сидячему положенію, усиливается внутрибрюшное давленіе, и влагалищно-пузырная

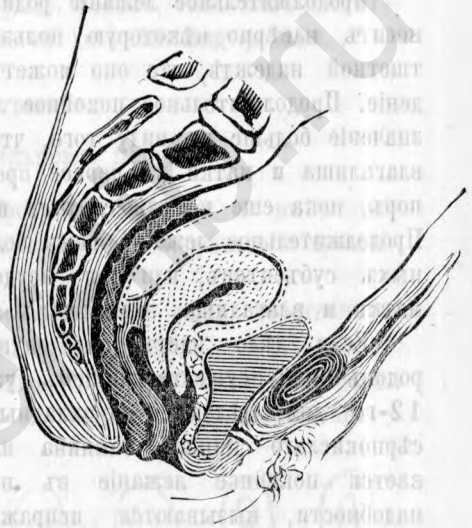
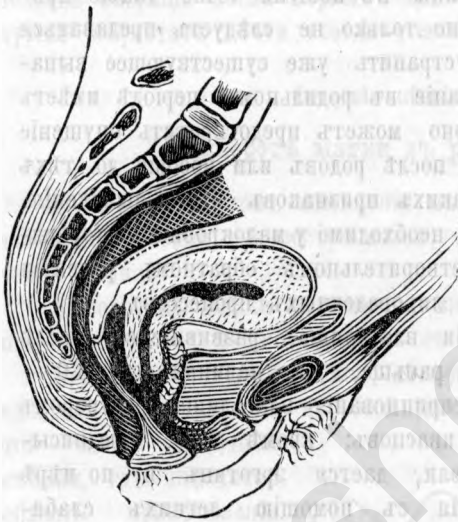


Рис. 48 (по *Fritsch'y*). Матка тотчасъ послѣ родовъ, съ неповрежденною промежностью. Незначительная физиологическая *cystocele*.

Рис. 49 (по *Fritsch'y*). Матка съ недостаточнымъ обратнымъ развитіемъ, на 9-й день родового періода. Разрывъ промежности; *cystocele*; начинающійся *descensus cervicis*.

стѣнка оттясняется внизъ тѣмъ въ большей степени, чѣмъ менѣе она поддерживается заднею стѣнкою (см. рис. 48 и 49). Влагалище, обхватывающее верхній отдѣлъ шейки, тянетъ за собою внизъ влагалищную часть, такъ что вторичнымъ путемъ является опущеніе и въ концѣ концовъ выпаденіе матки, шейка удлинняется, надвлагалищная часть ея истончается, тѣло матки, уже вслѣдствіе своей тяжести, легко перегибается назадъ, и такимъ образомъ въ той части шейки, которая лежитъ подъ мѣстомъ прикрѣпленія влагалищнаго свода, появляется венозный застой крови, съ припухlostью и гипертрофіею.

Это есть тотъ обычный путь, которымъ возникаетъ выпаденіе матки; рѣдко оно появляется внезапно, вслѣдствіе чрезмѣрнаго физическаго напряженія въ то время, когда родильница уже встала съ постели.

Діагнозъ легко можетъ быть поставленъ при тщательномъ изслѣдо-

ваніи и осмотрѣ; изслѣдованіе должно быть произведено и въ стоячемъ положеніи, еслибы это оказалось необходимымъ.

§ 162. О профилактикѣ во время беременности и родового акта я могу здѣсь не говорить, такъ какъ она сюда не относится. Къ числу профилактическихъ мѣръ я отношу также тщательное зашиваніе разрыва промежности непосредственно послѣ родовъ.

Въ родильномъ періодѣ нужно съ самаго начала заботиться о правильномъ опорожненіи мочевого пузыря и прямой кишки; если больная не можетъ мочиться въ лежачемъ положеніи, то въ первые 8 дней необходимо вводить катетеръ.

Продолжительное лежаніе родильницы въ постели точно также приноситъ навѣрно нѣкоторую пользу, но только не слѣдуетъ предаваться тщетной надеждѣ, что оно можетъ устранить уже существующее выпаденіе. Продолжительное покойное лежаніе въ родильномъ періодѣ имѣетъ значеніе больше въ виду того, что оно можетъ предотвратить опущеніе влагалища и матки въ первое время послѣ родовъ или вообще до тѣхъ поръ, пока еще не существуетъ никакихъ признаковъ этого выпаденія. Продолжительное лежаніе тѣмъ болѣе необходимо у малокровныхъ торпидныхъ субъектовъ, или при неудовлетворительномъ обратномъ развитіи матки и влагалища, зависящемъ отъ лихорадочныхъ процессовъ.

Если дѣло идетъ объ опущеніи влагалища, развившемся послѣ родовъ или существовавшемъ уже раньше, то, начиная съ 10—12-го дня, дѣлаются прохладныя спринцованія влагалища растворомъ сѣрнокислаго цинка, танина или квасцовъ; кромѣ того, предписывается покойное лежаніе въ постели, дается эрготинъ и, по мѣрѣ надобности, вызываются испражненія съ помощью легкихъ слабительныхъ или небольшихъ клистировъ, въ особенности — глицериновыхъ; родильница, во всякомъ случаѣ, должна пролежать въ постели 4—5 недѣль; но если къ тому времени не исчезла наклонность къ выпаденію, то, разумѣется, дальнѣйшее лежаніе будетъ бесполезно. Затѣмъ, я считаю цѣлесообразнымъ, начиная съ 4-й недѣли, черезъ каждые 2 дня вводить въ сводъ влагалища на 12 часовъ ватный тампонъ средней величины, обильно пропитанный глицериновымъ растворомъ сѣрнокислаго цинка (1:6) или танина (1:8); если предварительно производить промываніе влагалища растворомъ карболовой кислоты, то никакой опасности отъ этихъ тампоновъ нечего бояться. Прежде чѣмъ родильница встанетъ съ постели, вводится по возможности маленькій пессарій *Hodge*, или пессарій *Olshausen*'а. Очень важно брать для этого самый маленькій пессарій, какой еще можетъ удовлетворить цѣли: я видѣлъ неоднократно такіе случаи, гдѣ выпаденіе было вызвано слишкомъ большими кольцами или гдѣ оно, по крайней мѣрѣ, увеличилось подъ ихъ вліяніемъ. Овальныя кольца болѣе рациональны, чѣмъ круглыя, такъ какъ, соотвѣтствуя формѣ влагалища, они не слишкомъ сильно растя-

гиваютъ его въ ширину. Если половая расщелина не слишкомъ широка, то можно также ввести пессарій *Thomas'a*.

Если кольцо *Hodge* не устраняетъ выпаденія, то я ввожу самое маленькое пружинное кольцо *Meigs'a*.

Употреблять пессаріи другихъ формъ, въ началѣ и въ позднѣйшее время родильнаго періода, я считаю нераціональнымъ; если впоследствии, спустя 8—10 недѣль, опущеніе влагалища и матки еще не устранено, то должны быть примѣнены другіе методы лѣченія, о которыхъ можно справиться въ руководствахъ гинекологіи.

Впрочемъ, у молодыхъ женщинъ я по возможности избѣгаю производства операціи послѣ первыхъ или вторыхъ родовъ, такъ какъ достигнутый результатъ почти всегда уничтожается дальнѣйшими родами.

### Inversio uteri puerperalis.

#### Выворотъ матки въ родильномъ періодѣ.

§ 163. Объ этомъ измѣненіи въ положеніи матки я не имѣю надобности особенно распространяться, такъ какъ оно встрѣчается чрезвычайно рѣдко.

Выворотомъ матки называется внѣдреніе ея въ свою собственную полость, которое можно сравнить съ внѣдреніемъ кишки.

При первой, самой легкой, степени выворота, дно матки нѣсколько вдается въ ея полость; въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ именно о

той части маточной стѣнки, гдѣ находится область прикрѣпленія плаценты (вдавленіе, параличъ области прикрѣпленія послѣда). Легкія формы этой первой степени выворота констатируются нѣрѣдко, какъ при одномъ наружномъ изслѣдованіи, — причемъ

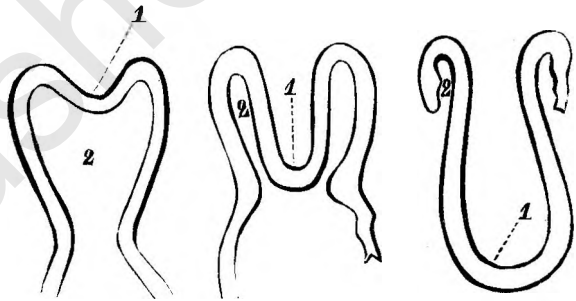


Рис. 50. Схема пuerperального выворота, по *Crosse'у* (см. руководство *Charpentier*). 1—дно матки; 2—полость матки.

иногда можетъ возникнуть сомнѣніе, не имѣемъ ли мы дѣла съ двурогою маткою, — такъ и въ особенности при внутреннемъ изслѣдованіи, предпринятомъ по причинѣ атоническаго кровотеченія въ третьемъ періодѣ родовъ, причемъ область прикрѣпленія плаценты оказывается болѣе или менѣе выпяченною въ полость матки.

Вторая степень выворота состоитъ въ томъ, что вдавленное дно матки опускается ниже, расширяетъ цервикальный каналъ и доходитъ

до наружнаго зѣва, причѣмъ маточная шейка еще сохраняетъ свое нормальное положеніе, — неполный выворотъ.

При полномъ выворотѣ матки, дно ея уже прошло чрезъ наружный зѣвъ и находится во влагалищѣ или внѣ половой расщелины, такъ что маточная шейка тоже выворочена, и въ сводѣ влагалища обыкновенно прощупывается только наружный маточный зѣвъ, въ видѣ каймы вывороченной шейки.

Настоящія причины послѣродоваго выворота матки до сихъ поръ еще очень мало выяснены, — главнымъ образомъ, вѣроятно, потому, что врачу рѣдко случается присутствовать при самомъ возникновеніи выворота, появляющагося въ третьемъ періодѣ родовъ, а женскій персоналъ, по винѣ котораго образовался выворотъ, заинтересованъ въ сокрытіи истинной причины его возникновенія. До извѣстной степени механизмъ образованія выворота можетъ быть въ нѣкоторыхъ случаяхъ объясненъ попытками удаленія фиброида.

Если матка въ третьемъ періодѣ родовъ хорошо сократилась, то выворотъ не можетъ образоваться, такъ какъ передняя стѣнка ея соприкасается съ заднею настолько тѣсно, что между ними не остается свободнаго пространства для внѣдренія дна матки; поэтому здѣсь требуется значительное расслабленіе матки, наступающее въ особенности при внезапномъ опорожненіи ея, слѣдовательно — при родахъ въ положеніи на боку или въ стоячемъ положеніи, при быстромъ опорожненіи матки у многородящихъ, при крупномъ плодѣ и обильномъ количествѣ околоплодной жидкости. Помимо этого расслабленія матки, несомнѣннымъ этиологическимъ моментомъ можетъ быть вытяженіе пуповины: существуютъ случаи, достоверно констатированные врачами, гдѣ извлеченіе младенца при слишкомъ короткой пуповинѣ было причиною выворота матки; точно также выворотъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ вызывался потягиваніемъ за пуповину въ третьемъ періодѣ родовъ; но это составляетъ рѣдкость, такъ какъ скорѣе разорвется пуповина или отдѣлится плацента. Наконецъ, извѣстное значеніе имѣетъ чрезмѣрное и неправильное надавливаніе на дно матки; каждому изъ насъ навѣрно уже приходилось видѣть, что слишкомъ сильное и, въ особенности, односторонне производимое давленіе на матку можетъ вызвать начинающееся внѣдреніе ея стѣнки. Въ большинствѣ случаевъ, вѣроятно, всѣ 3 этиологическіе момента дѣйствуютъ совмѣстно, въ большей или меньшей степени. Если плацента еще плотно прикрѣплена, то она выворачивается вмѣстѣ съ маткою; въ другихъ же случаяхъ выворотъ матки происходитъ лишь послѣ отдѣленія и самопроизвольнаго изгнанія плаценты.

§ 164. Симптомы начинающагося выворота рѣзко бросаются въ глаза только тогда, когда наблюденіе за маткою въ третьемъ періодѣ родовъ ведется опытною рукою; при этомъ сначала замѣчается углубленіе въ маточной стѣнкѣ, а если внѣдреніе уже сдѣлалось болѣе значи-

тельнымъ, то матка при наружномъ изслѣдованіи вовсе не прощупывается. Когда дно матки уже опустилось до внутренняго зѣва или прошло еще ниже, то и повивальная бабка можетъ въ это время распознать выворотъ; у родильницы появляются сильныя потуги, какъ будто бы ей предстояло родить еще одного ребенка, и обыкновенно матка проталкивается произвольными потугами еще ниже, причѣмъ она можетъ очутиться внѣ половой расщелины. Если плацента еще крѣпко сидитъ на своемъ мѣстѣ, то можетъ не быть никакого кровотечения; если же она отдѣлилась цѣликомъ или отчасти, то первыя стадіи выворота сопровождаются обильнымъ кровотеченіемъ, такъ какъ вены широко раскрыты; кровотеченіе останавливается, даже при полномъ выворотѣ, только тогда, когда шейка рефлекторно сократилась вокругъ основанія вывороченной матки и этимъ самымъ произвела закрытіе сосудовъ.

Поэтому симптомы выворота матки выражаются отчасти явленіями сильной анеміи, отчасти явленіями shock'a, причѣмъ иногда преобладаютъ явленія одной группы, а иногда явленія другой, или въ нѣкоторыхъ случаяхъ тѣ и другія явленія существуютъ рядомъ.

Явленія shock'a объясняются сильнымъ раздраженіемъ чувствительныхъ нервовъ матки, а при полномъ выворотѣ, по всей вѣроятности, еще и раздраженіемъ ущемленнаго нервнаго узла *Frankenhäuser'a*; при этомъ, вслѣдствіе раздраженія блуждающаго нерва, можетъ наступить, по аналогіи съ опытомъ *Golts'a*, замедленіе пульса или полная остановка сердца.

Лицо—блѣдное, осунувшееся, какъ при разрывѣ матки, пульсъ—то рѣдкій, прерывающійся, то малый, учащенный; въ большинствѣ случаевъ существуетъ сильно учащенный позывъ къ испраженію и мочеиспусканію, но часто также наблюдается *dysuria*, если вслѣдствіе выворота матки образовалась *cystocele*.

Между тѣмъ какъ въ прежнее время многіе случаи полнаго выворота матки (по тогдашнимъ статистикамъ—около 25%) быстро оканчивались смертью отъ кровотечения, — статистическія данныя послѣдняго десятилѣтія показываютъ, что въ настоящее время угрожающая опасность уже не столь велика, такъ какъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ первая опасность истеченія кровью благополучно устраняется.

§ 165. *Распознаваніе* свѣжаго выворота матки въ родильномъ періодѣ не должно было бы представлять особенныхъ трудностей въ тѣхъ случаяхъ, когда вся матка вмѣстѣ съ находящеюся на ней плацентою лежитъ внѣ половой расщелины. Но и въ такихъ случаяхъ, гдѣ плацента уже отдѣлилась, внезапное появленіе опухоли въ третьемъ періодѣ родовъ, ея форма, интенсивно красный цвѣтъ и бархатистый видъ, наконецъ—еще замѣтная область прикрѣпленія плаценты и внутренняя поверхность отпадающей оболочки должны были бы всегда наводить на діагнозъ выворота. Если вывороченная матка долго пролежала внѣ по-



ловой расщелины, то слизистая оболочка ея можетъ получить сходство съ верхнею кожицею, подобно слизистой оболочкѣ влагалища при давно уже существующемъ выпаденіи его.

Тѣмъ не менѣе, я видѣлъ недавно одинъ случай, гдѣ свѣжій выворотъ матки былъ принятъ по какому-то непонятному ослѣпленію за полипозный фиброидъ: хирургъ оторвалъ вывороченную матку вмѣстѣ съ нѣсколькими кишечными петлями, находившимися въ воронкообразномъ углубленіи ея стѣнки, и принесть мнѣ этотъ рѣдкостный препаратъ, подъ видомъ фиброида! Больная прожила еще 10 дней.

Діагнозъ становится уже болѣе затруднительнымъ, если симптомы не сразу принимаютъ угрожающій характеръ, а только по прошествіи нѣсколькихъ часовъ или даже нѣсколькихъ дней появляющіяся кровотечения и чувство напирания внизъ обращаютъ вниманіе родильницы на то, что не все у нея находится въ порядкѣ. *Battlehner* недавно сообщилъ одинъ случай, гдѣ выворотъ матки образовался только на 41-й день родильнаго періода, вслѣдствіе сильнаго натуживания при испражненіи; существовалъ ли здѣсь раньше неколный выворотъ, — этого теперь уже нельзя выяснитъ. Если дно матки находится только въ маточной шейкѣ или во влагалищѣ, такъ что сверху отъ наружнаго зѣва нѣкоторая часть шейки еще осталась невывороченною, то можетъ возникнуть вопросъ о полипозномъ фиброидѣ, тѣмъ болѣе, что эти фиброиды часто отпадаютъ въ третьемъ періодѣ родовъ и извергаются сокращеніями матки.

Тщательное изслѣдованіе воронкообразнаго углубленія маточной шейки посредствомъ пальца и зонда, изслѣдованіе чрезъ прямую кишку, отсутствіе шарообразной матки при ощупываніи чрезъ брюшные покровы, особенно когда изслѣдованіе произведено подъ наркозомъ, а тѣмъ болѣе — констатированіе воронки, въ которую направляются Фаллопиевы трубы, яичники и тонкія кишки, — всѣ эти данныя помогаютъ намъ прійти къ вѣрному діагнозу. Въ діагностическомъ отношеніи достойно вниманія то, что выворотъ матки не встрѣчается послѣ выкидыша.

Предсказаніе въ общемъ сомнительно. Если больная не умерла очень быстро вслѣдствіе shock'a и кровотечения, то ей все-таки еще грозитъ опасность гангрены опухоли, или опасность зараженія, связанная съ тѣми операціями, которыя здѣсь могутъ потребоваться.

§ 166. Къ лѣченію нужно приступать по возможности раньше, такъ какъ опытомъ давно доказано, что вправленіе вывороченной матки удастся тѣмъ легче, чѣмъ меньше времени прошло послѣ появленія выворота, или, другими словами, чѣмъ меньше процессы обратнаго развитія уже успѣли повліять на матку.

Если плацента еще крѣпко сидитъ на мѣстѣ, то лучше всего предварительно ее удалить тщательно дезинфицированными руками и уже затѣмъ сдѣлать попытку вправленія, такъ какъ матка по удаленіи плаценты соответственно уменьшается въ объемѣ; родильница во время вправленія

матки лежитъ въ томъ положеніи, въ какомъ производится операція камнеотчѣненія. Англичане вправляютъ вывороченную матку въ положеніи на лѣвомъ боку, что весьма цѣлесообразно, такъ какъ при этомъ положеніи тѣла уменьшается препятствіе со стороны внутрибрюшнаго давленія. Послѣ дезинфекціи вывороченной матки, влагалища и пр., мы дѣлаемъ попытку вправить раздвинутыми пальцами выворотъ матки, начиная или съ дна ея, или съ устьевъ Фаллопиевыхъ трубъ, или съ ея нижняго сегмента, смотря по особенностямъ даннаго случая. Съ теоретической точки зрѣнія кажется наиболѣе рациональнымъ отодвинуть вверхъ прежде всего маточную шейку, затѣмъ нижній сегментъ и уже въ заключеніе самое тѣло матки. Нужно остерегаться того, чтобы сводъ влагалища не оттѣснился вверхъ слишкомъ сильно, такъ какъ при этомъ мы рисковали бы оторвать его отъ матки; во избѣжаніе этой опасности можно фиксировать губы маточнаго зѣва Мюзеевскими щипцами или, какъ совѣтуютъ другіе авторы, можно предотвратить одностороннее оттѣсненіе маточной шейки, надавливая на нее пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку: Но прибѣгать къ этому надавливанію чрезъ прямую кишку не слѣдовало бы, въ видахъ антисептики. Во всякомъ случаѣ свободная рука должна постоянно контролировать производимую операцію чрезъ наружныя покровы.

Иногда могутъ быть полезны продольные надрѣзы сократившейся шейки; *Sims* предлагалъ надрѣзывать самое тѣло матки въ трехъ мѣстахъ, но къ этому способу лучше не прибѣгать.

Въ другихъ случаяхъ вправленіе выворота удается сразу, совершенно такъ же, какъ оно въ нѣкоторыхъ случаяхъ внезапно наступало само собою; послѣ вправленія, мы стараемся посредствомъ растиранія, примѣненія эрготина и горячихъ внутриматочныхъ впрыскиваній вызвать сильное сокращеніе матки, чтобы такимъ образомъ предотвратить возобновленіе выворота.

Если вправленіе не удалось въ короткое время, то нужно сдѣлать перерывъ и назначить вино, эфиръ, камфору и т. д., чтобы больная, въ большинствѣ случаевъ сильно ослабѣвшая, могла сколько нибудь оправиться, а затѣмъ дѣлается новая попытка вправленія подъ наркозомъ.

Если мы имѣемъ дѣло съ болѣе застарѣлымъ случаемъ и если попытки ручнаго вправленія оказались тщетными, то наилучшіе результаты при такихъ условіяхъ даетъ влагалищный колпейринтеръ *Braun'a*. Послѣ дезинфицирующаго промыванія влагалища вводится колпейринтеръ, причемъ давленіе воды увеличивается постепенно; онъ вынимается два раза въ день, и затѣмъ каждый разъ производится дезинфекція влагалища; колпейринтеръ въ первое время укрѣпляется Т-образнымъ бинтомъ; иногда можетъ потребоваться примѣненіе колпейринтера въ теченіе 14 дней, причемъ само собою понятно, что больная въ это время должна спокойно лежать въ постели. Если наступаетъ лихорадка, то необходимо на нѣсколько дней прекратить введеніе колпейринтера. Во вся-

комъ случаѣ, не слѣдовало бы прибѣгать къ оперативнымъ методамъ до тѣхъ поръ, пока не былъ въ достаточной степени примѣненъ этотъ способъ лѣченія. Вмѣсто колпайринтера можно примѣнить продолжительную тампонацію іодоформною марлею, или марлею, пропитанною борной кислотой.

Удаленіе вывороченной матки можетъ быть произведено или путемъ лапаротоміи, или, еще лучше, со стороны влагалища; второй способъ даетъ повидимому болѣе благоприятные результаты, чѣмъ первый.

Подробности оперативнаго лѣченія выворота могутъ быть найдены въ руководствахъ оперативной гинекологіи.

## ГЛАВА XXII.

Чрезмѣрное обратное развитіе матки въ родильномъ періодѣ.

### *Hyperinvolutio uteri puerperalis. Atrophia puerperalis.*

§ 167. Чрезмѣрное обратное развитіе послѣродовой матки уже описывалось прежними авторами, напр. *Kiwisch*'омъ, но только новѣйшія работы *P. Müller*'а, *Thorn*'а, *Frommel*'я, *Simpson*'а, *Kleinwächter*'а и друг. выяснили настоящія причины этой аномаліи и вмѣстѣ съ тѣмъ пролили нѣкоторый свѣтъ на ея практическое значеніе.

Я совершенно оставляю здѣсь въ сторонѣ тѣ разстройства, которыя обуславливаются атрофіею матки, развившеюся вслѣдствіе какой нибудь болѣзни, напр. вслѣдствіе хлороза, бугорчатки, діабета или нефрита, или преждевременною атрофіею матки, наступившею самопроизвольно или послѣ кастраціи; я буду здѣсь говорить только о чрезмѣрномъ обратномъ развитіи матки въ родильномъ періодѣ.

Лучше всего различать двѣ формы чрезмѣрнаго обратнаго развитія матки, именно: физиологическую и патологическую.

*Физиологическая форма чрезмѣрнаго обратнаго развитія матки* очень часто, вопреки прежнимъ теоріямъ, сопутствуетъ кормленію грудью, что впервые было выставлено на видъ *P. Müller*'омъ и впослѣдствіи подтверждено *Thorn*'омъ на болѣе обширномъ матеріалѣ. Еще до истеченія 6-й недѣли matka въ этихъ случаяхъ достигаетъ такой степени обратнаго развитія, которая далеко превосходитъ нормальные предѣлы; длина и ширина матки обыкновенно при этомъ оказываются меньшими, чѣмъ у дѣвиць, и только по прекращеніи кормленія грудью matka опять увеличивается до своего прежняго объема. Это чрезмѣрное обратное развитіе можетъ быть безъ всякой натяжки объяснено маточными сокращеніями, столь часто происходящими во время кормленія грудью; matka, снабженная гладкою мускулатурою, сокращается подъ влияніемъ раздраженія, производимаго кормленіемъ ребенка, безъ того, чтобы въ позднѣйшее время родильнаго періода женщина ощущала эти

сокращенія въ видѣ послѣродовыхъ потугъ. Подъ вліяніемъ безпрерывныхъ сокращеній, матка можетъ значительно уменьшиться въ сравненіи съ ея нормальнымъ среднимъ объемомъ; если сокращенія слишкомъ часты и сильны, то кормящая родильница ощущаетъ ихъ въ видѣ сильныхъ болей въ крестцѣ, которыя отсюда распространяются на всю спину. *Thorn* описываетъ эту форму подь очень удачнымъ названіемъ «*Lactationsatrophie*» (атрофія, зависящая отъ кормленія грудью).

Кромѣ этой формы, встрѣчающейся гораздо чаще, чѣмъ думали до сихъ поръ, наблюдается еще *патологическая форма чрезмѣрнаго обратнаго развитія матки*.

Эта вторая форма появляется прежде всего послѣ истощающихъ лихорадочныхъ пуэрперальныхъ процессовъ, именно послѣ пуэрперальнаго метрита, эндометрита или долго продолжавшагося параметрита, благодаря которымъ питательные сосуды матки сдѣлались непроходимыми, но въ особенности — послѣ продолжительныхъ параметральныхъ и пельвеоперитонитическихъ нагноеній. Патологическая атрофія матки встрѣчается также при осложненіи родильнаго періода тяжелою бугорчаткою.

Помимо этой атрофіи, первичная причина которой лежитъ въ самой маткѣ, вѣроятно, существуетъ еще одна форма вторичной атрофіи, развивающейся вслѣдствіе первичнаго пуэрперальнаго заболѣванія яичниковъ. Объ этой послѣдней формѣ извѣстно очень мало фактическихъ данныхъ, такъ какъ при тяжеломъ паренхиматозномъ заболѣваніи яичниковъ, обусловленномъ септицеміею, въ большинствѣ случаевъ наступаетъ смерть.

Наконецъ, *P. Müller* описываетъ еще одну форму, гдѣ атрофическое состояніе матки развивается безъ всякихъ пуэрперальныхъ заболѣваній, безъ всякаго истощенія вслѣдствіе кормленія грудью, безъ посредства истощающихъ болѣзней и обыкновенно также безъ заболѣванія яичниковъ.

По *Simpson*'у, *Frommel*'ю и *Kleinwächter*'у, атрофія матки встрѣчается въ 1 — 2% общаго числа гинекологическихъ случаевъ; но эта цифра еще требуетъ дальнѣйшаго подтвержденія, а въ особенности необходимо разъединить послѣродовую атрофію матки и ту форму атрофіи, которая развивается внѣ родильнаго періода.

§ 168. Патолого-анатому не особенно часто приходится видѣть на секціонномъ столѣ неосложненную послѣродовую атрофію, такъ какъ прогностически неблагоприятные случаи чрезмѣрнаго обратнаго развитія матки составляютъ ничтожное меньшинство.

Поэтому для сужденія о подобныхъ состояніяхъ мы должны основываться больше на результатахъ гинекологическаго изслѣдованія.

Прежде всего, нужно различать общую и частичную атрофію матки. Первая форма встрѣчается главнымъ образомъ послѣ истощающихъ общихъ болѣзней, особенно послѣ первичной атрофіи яичниковъ. Тѣло матки и шейка ея уменьшены равномѣрно.

Въ противоположность этому, при физиологической формѣ чрезмѣрнаго обратнаго развитія въ большинствѣ случаевъ бываетъ поражено исключительно тѣло матки, тогда какъ *portio vaginalis* не принимаетъ въ атрофіи никакого участія; слѣдовательно, здѣсь получается сходство съ дѣтскою маткою (*uterus infantilis*). Если при этомъ общій объемъ матки уменьшенъ, а полость ея служена, то мы говоримъ о концентрической послѣродовой атрофіи. Напротивъ того, эксцентрическая атрофія характеризуется истонченіемъ стѣнокъ при нормальной длинѣ органа; слѣдовательно, здѣсь существуетъ расширеніе полости матки.

Послѣродовая атрофія въ большинствѣ случаевъ равномерно охватываетъ все 3 слоя матки, т. е. серозный покровъ, мускулатуру и слизистую оболочку. Само собою понятно, что сморщиваніе органа происходитъ существеннымъ образомъ въслѣдствіе чрезмѣрнаго обратнаго развитія гиперплазированныхъ волоконъ мышечнаго слоя, а отчасти также въслѣдствіе ихъ жироваго распада и омертвѣнія; но и слизистая оболочка представляется тонкою, атрофированною, съ очень малочисленными сосудами; этимъ и объясняется тотъ фактъ, что въ случаяхъ атрофіи, зависящей отъ кормленія грудью, овуляція при нормальныхъ яичникахъ бываетъ сохранена, тогда какъ менструація отсутствуетъ.

При патологической формѣ атрофія не ограничивается исключительно маткою, а распространяется на все придатки ея, главнымъ образомъ — на яичники; эти послѣдніе уменьшаются въ объемѣ, теряютъ свою упругую консистенцію, притокъ крови къ нимъ уменьшается или совершенно прекращается, а вмѣстѣ съ тѣмъ ограничивается или прекращается созрѣваніе Граафовыхъ пузырьковъ. Послѣ тяжелыхъ пuerperальныхъ заболѣваній мы находимъ также сморщиваніе маточныхъ связокъ и параметральныхъ сосудовъ, уменьшенное количество жировой ткани въ полости таза, а въслѣдствіе расслабленія связочнаго аппарата атрофированная матка очень часто смѣщается назадъ, подобно тому какъ въ климактерическомъ періодѣ, и въ то же время умѣренно опускается внизъ.

§ 169. Чрезмѣрное обратное развитіе матки при физиологической атрофіи ея у родильницъ, кормящихъ грудью, не обнаруживается почти никакими симптомами. Менструація, какъ извѣстно, обыкновенно не наступаетъ, отчасти въслѣдствіе незначительнаго кровонаполненія внутреннихъ половыхъ органовъ вообще, но главнымъ образомъ въслѣдствіе легко констатируемой малой величины матки. Впрочемъ, въ некоторыхъ случаяхъ этому неоявленію менструаціи способствуетъ также общій упадокъ питанія, наступившій въслѣдствіе кормленія грудью; поэтому, конечно, воплотивъ правы тѣ авторы, которые совѣтуютъ слѣдить за всѣмъ тѣломъ не только груднаго ребенка, но и матери, кормящей его грудью, и воспрепятствовать кормленію, если констатировано, что она потеряла въ всѣхъ *Thorn*, вопреки прежнимъ взглядамъ, склоненъ даже думать, что менструація во время кормленія грудью служитъ признакомъ благоприятнаго

состоянія питанія; это мѣнѣе, конечно, справедливо прежде всего для тѣхъ случаевъ, когда родильница полнѣетъ, не смотря на обильное кормленіе грудью.

Субъективные симптомы появляются обыкновенно въ то время, когда организмъ начинаетъ страдать подъ вліяніемъ чрезмѣрнаго кормленія грудью, а особенно когда ребенокъ уже не насыщается; послѣдствіемъ этого являются боли въ крестцѣ, распространяющіяся въ спину, лопатки, заднюю область шеи, голову и нижнія конечности, затѣмъ — бессонница и уменьшеніе аппетита.

При двойномъ изслѣдованіи мы находимъ, что уменьшено главнымъ образомъ тѣло матки во всѣхъ трехъ размѣрахъ, тогда какъ влагалищная часть въ большинствѣ случаевъ нормальна; тѣло матки имѣетъ нормальное положеніе или наклонено взадъ. При изслѣдованіи зондомъ констатируется уменьшеніе длины матки (4—4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> сантиметра); стѣнки органа въ большинствѣ описанныхъ до сихъ поръ случаевъ были тонки какъ бумага; слѣдовательно, нужно остерегаться, чтобы зондомъ не было причинено прободеніе матки, какъ это дѣйствительно уже и случалось.

Если кормленіе грудью прекращено, то матка можетъ въ 4—6 недѣль снова достигнуть своей нормальной длины и толщины.

При патологической формѣ чрезмѣрнаго обратнаго развитія часто бываетъ вначалѣ трудно опредѣлить съ точностью величину матки, если послѣдняя окружена неподатливою массою экссудата; зондированія въ этихъ случаяхъ нужно избѣгать. При атрофій, обусловленной эндометритомъ, параметритомъ или сильною бугорчаткою, симптомы существенно зависятъ отъ основной болѣзни.

Наиболѣе рѣзкими симптомами обнаруживается идиопатическая послѣродовая атрофія матки, а также и та форма чрезмѣрнаго обратнаго развитія, которая основана на первичной атрофій яичниковъ.

Въ послѣднемъ случаѣ, помимо объективныхъ симптомовъ, т. е. равномѣрнаго уменьшенія всей матки и яичниковъ, существуетъ еще неправильность регулъ, которыя появляются слишкомъ поздно и въ скудномъ количествѣ; иногда, впрочемъ, запаздывающія регулы бываютъ даже очень обильны, или менструація совсѣмъ прекращается на нѣсколько мѣсяцевъ, или не появляется цѣлыми годами; естественнымъ послѣдствіемъ этого оказывается безплодіе. Вмѣстѣ съ тѣмъ развиваются катарръ шейки и влагалища, измѣненіе въ положеніи матки, а также вздутіе живота, съ обильнымъ отложеніемъ жира въ брюшной стѣнѣ или общимъ ожирѣніемъ; во всего болѣе неприятыя явленія невращенія, которыя могутъ даже усиливаться до степени истеріи и меланхоліи; больныя при этой преждевременной атрофій жалуются на тѣ же субъективные симптомы, которые столь часто наблюдаются въ нормальномъ климактерическомъ періодѣ. Впрочемъ, *P. Müller* указываетъ на то, что объективные

признаки послѣродовой атрофіи могутъ и не сопровождаться никакими субъективными симптомами.

Предсказаніе при физиологической формѣ атрофіи почти безусловно благоприятно; лишь рѣдко повидимому бываютъ такіе случаи, гдѣ атрофія матки, зависящая отъ кормленія грудью, осложняется впоследствии атрофіею яичниковъ. При патологической формѣ атрофіи, вызванной тяжелыми пуэрперальными заболѣваніями, предсказаніе также не можетъ считаться неблагоприятнымъ, хотя возвращеніе къ нормальному состоянію при этой формѣ происходитъ медленно. Я видѣлъ случаи, гдѣ аменоррея послѣ родовъ продолжалась 3—4 года, а затѣмъ возобновлялись правильныя регулы; другіе авторы наблюдали даже такіе случаи, гдѣ опять наступала беременность. Предсказаніе очень неблагоприятно при идиопатической формѣ атрофіи, — все равно, находится ли первичная причина въ самой маткѣ или въ яичникахъ.

§ 170. Слѣдовательно, поприще для лѣченія здѣсь ограничено. Физиологическая форма атрофіи возвращается къ нормальному состоянію безъ содѣйствія искусства. Если не существуетъ настоящей необходимости, то не слѣдуетъ у родильницъ, кормящихъ грудью, опредѣлять длину матки посредствомъ зонда. Если обнаруживаются признаки, указывающіе на чрезмѣрное истощеніе вслѣдствіе кормленія грудью, то въ такомъ случаѣ кормленіе должно быть прекращено, сразу или постепенно, смотря по обстоятельствамъ; прежде всего мы предписываемъ родильницѣ укрѣпляющую молочную или мясную діету, или питаніе яйцами, а въ то же время назначаемъ препараты желѣза.

Непосредственное мѣстное лѣченіе матки безцѣльно и бесполезно.

При патологической формѣ атрофіи, обусловленной пуэрперальными заболѣваніями, эти послѣднія должны быть главнымъ объектомъ лѣченія; здѣсь особенно умѣстны, для устраненія экссудатовъ, разсолныя и грязевыя ванны, индифферентныя термы и внутреннее употребленіе желѣзистыхъ минеральныхъ водъ.

Наконецъ, при идиопатической формѣ атрофіи всякое лѣченіе въ большинствѣ случаевъ оказывается безсильнымъ; умѣренныя горячія спринцованія влагалища, зондированіе матки, ношеніе стеклянаго внутриматочнаго пессарія еще могутъ время отъ времени вызывать менструальное кровотеченіе, къ великому удовольствію больной; но при атрофіи яичниковъ всѣ средства бесполезны.

Въ послѣднемъ случаѣ прежде всего необходимо лѣченіе неврастеническихъ явленій; для этого, смотря по обстоятельствамъ, мы назначаемъ массажъ, очень питательную пищу, или холодныя ванны по *Liebermeister*'у, лѣченіе холодною водою, и т. д. Очень полезны въ этомъ отношеніи горячіе души, направляемые въ видѣ струи на крестецъ и спину, или горячіе души поочередно съ холодными (такъ наз. шотландскіе души).

Само собою понятно, что врач долженъ также примѣнять разнообразныя пергуіа, насколько это необходимо.

## ГЛАВА XXIII.

### Послѣродовыя разстройства мочевыхъ путей.

#### 1. Разстройства мочеиспусканія.

§ 171. *Ischuria*, т. е. невозможность опорожнять мочевой пузырь, встрѣчается у родильницъ настолько часто, что мы были вынуждены подробно говорить о ней уже при описаніи физиологическаго родильнаго періода.

Не смотря на самыя различныя гипотезы, причина ишурии еще недостаточно выяснена для всѣхъ случаевъ. *Olshausen* придаетъ большое значеніе перегибу уретры, который образуется будто-бы тогда, когда матка, передъ тѣмъ увеличенная, быстро опускается въ полость таза послѣ родовъ, между тѣмъ какъ уретра, удлинненная во время беременности, не можетъ достаточно быстро слѣдовать за этимъ укороченіемъ матки; подобныя же наблюденія сдѣланы были *Olshausen*'омъ при быстромъ опорожненіи кистоматозныхъ опухолей яичника.

По *Schwarz*'у, для опорожненія мочевого пузыря необходимо не столько сокращеніе его мышечнаго слоя, сколько внутрибрюшное давленіе на его стѣнки. Въ лежачемъ положеніи внутрибрюшное давленіе, по опытамъ *Schatz*'а, гораздо менѣе значительно, чѣмъ въ сидячемъ или стоячемъ; съ другой стороны, послѣ быстрого опорожненія полости матки, послѣ прокола или оперативнаго удаленія опухоли яичника, внутрибрюшное давленіе весьма значительно понижается, такъ какъ брюшная мускулатура, растянутая за предѣлы своей упругости, вначалѣ еще не можетъ достаточно сократиться, и вслѣдствіе этого она не производитъ достаточнаго давленія, какое необходимо для опорожненія мочевого пузыря, особенно—въ лежачемъ положеніи.

Но такъ какъ ишурия наблюдается преимущественно у первородящихъ, то въ виду этого обстоятельства, по моему мнѣнію, мы должны искать еще какой нибудь другой причины; въ этомъ отношеніи слѣдуетъ принять во вниманіе, что наружныя половыя части, влагалище и шейка у первородящихъ представляютъ гораздо болѣе многочисленныя поврежденія, чѣмъ у многородящихъ; очевидно, что такіе же поврежденія и кровооттеки могутъ образоваться въ области уретры и шейки мочевого пузыря и что поврежденія эти, благодаря легкому отеку въ ихъ ближайшемъ сосѣдствѣ, должны затруднять мочеиспусканіе. Если къ этому еще присоединяется непривычка испускать мочу въ лежачемъ положеніи, если въ этомъ положеніи не можетъ быть достигнуто достаточное внутрибрюшное давленіе, то является ишурия.



Поэтому я склоненъ видѣть въ поврежденіяхъ мочевыхъ путей и въ уменьшеніи внутрибрюшнаго давленія настоящую причину послѣродовой ишурии. Перегибъ уретры, которому придаетъ большое значеніе *Olshausen*, не можетъ объяснить того факта, что ишурия гораздо чаще встрѣчается у первородящихъ; кромѣ того, при введеніи катетера никогда нельзя констатировать препятствія, которое соответствовало бы перегибу уретры; наконецъ, мы вправѣ думать, что не только стѣнки влагалища быстро сморщиваются послѣ родовъ, но что и стѣнка уретры, связанная съ переднею стѣнкою влагалища въ одну общую перегородку, сморщивается послѣ родовъ достаточно быстро, особенно—благодаря обильному содержанію въ ней эластическихъ волоконъ.

Въ отношеніи профилактики вполне рачіонально совѣтовать беременнымъ, чтобы онѣ въ послѣдніе дни передъ наступленіемъ родовъ по возможности привыкали мочиться въ лежачемъ положеніи, какъ я совѣтую это дѣлать и передъ производствомъ лапаротоміи.

Ишурия въ родильномъ періодѣ почти всегда можетъ быть устранена, если родильница принимаетъ сидячее положеніе для испусканія мочи; это доказываетъ, что повышеніе внутрибрюшнаго давленія играетъ здѣсь существенную роль.

Прежде всего, можно безъ всякаго вреда для больной примѣнить обычныя домашнія средства: настой шиповника или тмина, теплые компрессы на область мочевого пузыря или горячіе водяные пары, восходящія изъ подкладнаго судна. Удовлетворительное дѣйствіе я видѣлъ обыкновенно при употребленіи Вильдунгенскихъ минеральныхъ водъ (*Helenequelle*) или Виши (*Grande Grille*).

Но я говорилъ уже о томъ, что совершенно нерачіонально дозволить родильницѣ, чтобы она въ первую недѣлю послѣ родовъ принимала сидячее положеніе съ единственною цѣлью избѣжать катетеризаціи; катетеръ совершенно безвреденъ, если онъ вводится съ соблюденіемъ антисептическихъ предосторожностей, но передъ введеніемъ въ мочевой пузырь не слѣдуетъ держать его въ слишкомъ крѣпкомъ растворѣ карболовой кислоты или сулемы. Моча выпускается катетеромъ отъ 2-хъ до 4-хъ разъ въ день, смотря по надобности; вводитъ катетеръ подъ одѣяломъ, какъ это прежде практиковалось въ клиникахъ ради упражненія, не слѣдуетъ ни въ какомъ случаѣ.

*Schatz* рекомендуетъ растяженіе сфинктера мочевого пузыря до толщины верхушки мизинца; онъ производитъ это расширеніе съ помощью инструмента, устроеннаго по образу того, который употребляется для растягиванія перчатокъ; однократное примѣненіе инструмента въ большинствѣ случаевъ оказывается достаточнымъ.

## 2. Парезъ и параличъ мочевого пузыря.

§ 172. Эти расстройства мочевого пузыря въ родильномъ періодѣ встрѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ ишурия, о которой мы сейчасъ говорили.

Въ большинствѣ случаевъ дѣло здѣсь идетъ только о скоропреходящемъ ослабленіи, рѣдко о полномъ параличѣ сфинктера мочевого пузыря, такъ что незначительныя напряженія брюшнаго пресси, при кашлѣ, чиханіи, смѣхѣ и т. д., еще вызываютъ опорожненіе мочи.

Этотъ парезъ вообще рѣдко появляется послѣ трудныхъ родовъ при узкомъ тазѣ, т. е. вслѣдствіе ущемленія сфинктера головкою плода; въ большинствѣ же случаевъ дѣло идетъ о многородящихъ, въ особенности о женщинахъ болѣе пожилаго возраста, уже раньше страдавшихъ парезомъ мочевого пузыря, развившимся или безъ всякаго повода, или, можетъ быть, вслѣдствіе дурной привычки, или же вслѣдствіе выпаденія передней влагалищной стѣнки, которое послужило поводомъ къ опущенію стѣнки мочевого пузыря (*cystocele*), а вмѣстѣ съ тѣмъ — къ вытяженію его сфинктера. Послѣ очень продолжительнаго періода изгнанія, но особенно послѣ операции наложенія шипцовъ, это опущеніе передней влагалищной стѣнки и вмѣстѣ съ нимъ парезъ сфинктера часто усиливаются на короткое время.

Парезъ мочевого пузыря въ большинствѣ случаевъ появляется непосредственно послѣ родовъ; онъ бываетъ наиболѣе сильнымъ въ первое время, а затѣмъ постепенно исчезаетъ, такъ что въ большинствѣ случаевъ моча по временамъ выдѣляется самопроизвольно; рѣдко параличъ бываетъ до такой степени полный, что вся отдѣляющаяся моча вытекаетъ непривольно.

Лѣченіе здѣсь можетъ быть строго выжидательное, такъ какъ предсказаніе благоприятно. Главнѣйшими условіями должны считаться опрятное содержаніе больной и частыя обмыванія наружныхъ половыхъ органовъ. Если этого оказалось недостаточнымъ, то дѣлается попытка усилить сократительность сфинктера посредствомъ прохладныхъ спринцованій влагалища или даже мочевого пузыря. Въ случаѣ необходимости долженъ быть примѣненъ индукціонный токъ; причемъ положительный полюсъ вводится въ мочеиспускательный каналъ до сфинктера мочевого пузыря или дѣйствуетъ на сфинктеръ чрезъ стѣнку влагалища. Если моча вытекаетъ непривольно въ очень большомъ количествѣ, то необходимо подложить эластическую подушку въ видѣ кольца.

Если непривольное выдѣленіе мочи продолжается и во вторую недѣлю родильнаго періода, то при опущеніи влагалища долженъ быть введенъ подходящий пессарій, прежде чѣмъ родильница встанетъ съ постели.

### 3. Непроизвольное истечение мочи при свищах мочевого пузыря.

§ 173. Этиологические моменты, под влиянием которых образуются свищи мочевого пузыря, должны рассматриваться не в патологии родильного периода, а в учебниках акушерства.

Здесь будет достаточно указать на то, что повреждения пузырно-цервикальной, пузырно-влагалищной и уретро-влагалищной стѣнки, а въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ — повреждения мочеточниковъ, могутъ причиняться непосредственно во время родовъ, именно инструментами, рѣдко — щипцами или кефалотрипторомъ, сравнительно чаще — острымъ крючкомъ, или осколками раздробленныхъ костей; въ другихъ случаяхъ омертвѣніе сдавленнаго участка пузырно-влагалищной или цервикально-влагалищной стѣнки приводитъ къ образованію мочевого свища путемъ отпаденія струпа послѣ произвольныхъ, но трудныхъ родовъ при узкомъ тазѣ.

Въ первомъ случаѣ произвольное истечение всей отдѣляющейся мочи начинается тотчасъ послѣ родовъ, а во второмъ обыкновенно существуетъ сначала *dysuria* или *ischuria*, и только съ 4—8-го дня, по отпаденіи струпа, моча начинаетъ вытекать во влагалище чрезъ ненормальное отверстіе.

Обыкновенно діагнозъ этого несчастнаго событія можетъ быть поставленъ уже по обонянію, какъ только мы вошли въ комнату родильницы. Кромѣ того, изъ анамнеза мы узнаёмъ, что все отдѣляющееся количество мочи или, по крайней мѣрѣ, большая часть его вытекаетъ чрезъ влагалище.

Осмотръ наружныхъ половыхъ частей, съ раздвинутыми половыми губами, показываетъ, что моча вытекаетъ изъ половой расщелины; при осторожномъ ручномъ изслѣдованіи почти всегда легко удается найти свищевое отверстіе.

Моча въ большинствѣ случаевъ быстро разлагается подъ влияніемъ бактерій и переходитъ въ щелочное броженіе; вѣроятно, не только *Staphylococcus ureae*, но и различныя другія бактеріи, содержащіяся въ щелочныхъ ложіяхъ, могутъ вызывать это разложеніе мочи; иногда развивается сильный катарръ мочевого пузыря; въ то же время смачиваніе наружныхъ половыхъ частей, бедеръ и ягодицъ щелочною мочою вызываетъ сильное раздраженіе кожи и образованіе на ней ссадинъ.

Прежде всего, при свѣже-образовавшемся свищѣ мочевого пузыря не слѣдуетъ стремиться къ слишкомъ большой точности въ опредѣленіи мѣстоположенія и величины свищеваго отверстія; если намъ даже не удастся ощупать свищъ изъ-за того, что онъ сидитъ высоко въ маточной шейкѣ, то бѣда отъ этого еще не очень велика. Обнаженіе свища посредствомъ Симоновскихъ зеркалъ въ первыя недѣли безусловно противопоказано.

Покойное лежаніе родильницы, то на спинѣ, то на боку, иногда уже

само по себѣ можетъ привести къ заживленію свища. Крімъ того, я здѣсь также всего важнѣе заботиться о величайшей опрятности; больная кладется на эластическое воздушное кольцо, съ придѣланнымъ къ нему дномъ, наружныя половыя части обмываются нѣсколько разъ въ день тепловатою водою, и, смотря по надобности, производятся спринцованія влагалища слабою струею тепловатой воды, съ прибавленіемъ раствора салициловой кислоты или свинцоваго уксуса. Промываній мочеваго пузыря лучше не дѣлать вовсе.

Для лѣченія катарра мочеваго пузыря назначаются обычные средства: прежде всего—*Natrum salicyl.*, *Fol. uvae ursi*, *Hydrochinon* (0,5 — 1,0 грм. *pro dosi*) или минеральныя воды (Вильдунгенъ, Виши).

Если появляется краснота наружныхъ половыхъ частей и прилегающей кожи, то полезно покрывать экскорированныя мѣста какою нибудь мазью, напр. *Ung. Paraffini*, *Ung. Zinci c.* *Ung. Hydrarg. praecip. alb.*, мазью съ танниномъ и проч., или цинковымъ пластыремъ.

Въ благопріятныхъ случаяхъ свищъ заживаетъ при выжидательномъ лѣченіи на 2—3-й недѣлѣ; еслибы на 3-й недѣлѣ оказалось, что заживленіе еще не наступило, то, обнаживъ свищъ, прижигаютъ его посредствомъ *lap. mitigat.* или остроконечнымъ термокаутеромъ *Paquelin'a*; прижиганіе это можетъ быть повторено 2—3 раза, съ промежутками въ нѣсколько дней.

Если свищъ не заживаетъ, то производится операція, по правиламъ, указаннымъ для этого въ руководствахъ оперативной гинекологіи; но операція должна быть произведена не раньше, какъ по истеченіи 4-хъ недѣль.

#### 4. Катарръ мочеваго пузыря <sup>1)</sup>.

##### *Cystitis catarrhalis.*

§ 174. До введенія антисептики катарръ мочеваго пузыря, конечно, долженъ былъ встрѣчаться гораздо чаще; однако и въ настоящее время, не смотря на соблюденіе антисептическихъ предосторожностей, мы еще не можемъ съ полною увѣренностью рассчитывать во всѣхъ случаяхъ на предотвращеніе катарра мочеваго пузыря въ родильномъ періодѣ.

Между тѣмъ какъ въ прежнее время господствовали самыя странныя представленія объ этиологіи катарра мочеваго пузыря, — *Olshausen* впервые обратилъ вниманіе на то, что перенесеніе лохий на слизистую оболочку пузыря вызываетъ катарральныи циститъ и что при этомъ въ мочѣ появляются вибрионы. Съ тѣхъ поръ тщательныя наблюденія показали, что это представляетъ наиболѣе частый этиологическій моментъ, и если въ

<sup>1)</sup> Строго говоря, катарръ мочеваго пузыря принадлежитъ къ группѣ заразныхъ заболеванийъ въ родильномъ періодѣ; если же я описываю его въ настоящей главѣ, то дѣлаю это только ради того, чтобы въ изложеніи была сохранена связь съ остальными расстройствами мочевыхъ путей.

прежнее время катарръ мочевого пузыря развивался подобнымъ путемъ чрезвычайно часто, то мы не должны этому удивляться, такъ какъ въ то время катетеръ вводился почти всегда подъ одѣяломъ.

Благодаря изслѣдованіямъ *Витт'*а, мы знаемъ теперь, что микроорганизмъ, вводимый при посредствѣ послѣродового очищенія и обуславливающий своимъ размноженіемъ на слизистой оболочкѣ мочевого пузыря появленіе катаррального цистита, представляетъ въ большинствѣ случаевъ особый видъ диплококковъ, имѣющій очень большое сходство съ гонококками. Поводомъ къ катарральному циститу можетъ быть также занесеніе различныхъ видовъ стафилококка и, вѣроятно, нѣкоторыхъ другихъ микроорганизмовъ въ мочевой пузырь, чрезъ посредство катетера или пальца. Впрочемъ, для поступления этого диплококка требуется еще присутствіе поврежденій и ушибовъ слизистой оболочки мочевого пузыря, которые часто образуются во время родовъ или вслѣдствіе механическаго раненія при катетеризаціи.

Кромѣ того, нельзя отрицать, что болѣе сильныя катарральныя воспаленія влагалища, въ особенности — инфекціоннаго происхожденія, могутъ распространяться *per continuitatem* изъ наружныхъ половыхъ частей въ *orific. ext. urethrae*, а затѣмъ чрезъ мочеиспускательный каналъ въ мочевой пузырь; другого объясненія невозможно найти для тѣхъ случаевъ катаррального цистита, гдѣ катетеръ ни разу не вводился. Наконецъ, поводомъ къ появленію извѣстныхъ формъ катаррального цистита служить воспаленіе сосѣднихъ частей, распространяющееся на стѣнки мочевого пузыря, особенно какъ только оно захватываетъ подслизистую ткань; въ этомъ отношеніи чаще всего дѣло идетъ о параметритѣ или ограниченномъ пельвеперитонитѣ, распространившихся на мочевой пузырь.

Распространеніе катарра изъ почечной лоханки чрезвычайно рѣдко бываетъ поводомъ къ появленію катаррального цистита, по крайней мѣрѣ — въ родильномъ періодѣ.

Результаты изслѣдованія — тѣ же самыя, что и при обыкновенномъ катаррѣ мочевого пузыря. Моча имѣетъ то нейтральную, то щелочную реакцію, быстро становится мутною и послѣ продолжительнаго стоянія выдѣляетъ обильный слизеподобный осадокъ, съ чрезвычайно неприятнымъ запахомъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи мочи, мы находимъ эпителиальныя клѣтки мочевого пузыря въ большомъ количествѣ, затѣмъ — гнойныя клѣтки и нерѣдко также распавшіяся красныя кровяныя тѣльца; даже въ свѣжевыпущенной мочѣ всегда оказываются многочисленные микроорганизмы. Для научныхъ діагностическихъ цѣлей, конечно, необходимо выпускать мочу катетеромъ и тотчасъ же приступать къ разводкѣ колоній микроорганизмовъ въ обезпложенныхъ аппаратахъ.

Въ родильномъ періодѣ чрезвычайно рѣдко дѣло доходитъ до омертвѣ-

нія отдѣльныхъ слоевъ стѣнки мочевого пузыря, вслѣдствіе дифтеритическихкихъ язвъ.

Катарръ начинается обыкновенно во вторую половину первой недѣли или въ началѣ второй, такъ какъ примѣненіе катетера можетъ понадобиться не исключительно только въ первые дни родильнаго періода. Лихорадочныя явленія въ большинствѣ случаевъ совершенно отсутствуютъ.

Симптомы—тѣ же, что и при обыкновенномъ катаррѣ мочевого пузыря; чаще наблюдается усиленный позывъ къ мочеиспусканію, которое сопровождается болью, а иногда—чрезвычайно мучительными тенезмами; въ случаяхъ очень сильнаго катарра выдѣляется лишь нѣсколько капель мутной ѣдкой мочи, причѣмъ ощущаются боли, распространяющіяся далеко по сосѣдству. Если моча раньше выпускалась катетеромъ, а затѣмъ больная въ теченіе нѣкотораго времени опорожняла мочевой пузырь самопроизвольно, но недостаточно, то можетъ появиться такъ наз. *ischuria paradoxa*, т. е. произвольное истеченіе мочи отдѣльными каплями при переполненномъ мочевомъ пузырьѣ.

Если катарръ развился внезапно, вслѣдствіе того, что изъ сосѣднихъ частей прорвался абсцессъ въ мочевой пузырь, то обыкновенно циститъ быстро исчезаетъ въ нѣсколько дней, безъ всякаго лѣченія.

Въ счастью, лишь въ рѣдкихъ случаяхъ катарръ переходитъ на одну или обѣ почечныя лоханки, что сопровождается ознобомъ, лихорадкою и появленіемъ болей въ почечной области; катарръ можетъ здѣсь ограничиться и постепенно излѣчиться; но въ рѣдкихъ случаяхъ присоединяется пиелонефритъ; слѣдовательно, катарръ мочевого пузыря, казавшійся вначалѣ совершенно невиннымъ, можетъ явиться источникомъ смертельнаго заболѣванія.

Поэтому предсказаніе при послѣродовомъ катаррѣ мочевого пузыря не въ такой степени благоприятно, какъ многіе полагаютъ; конечно, въ большинствѣ случаевъ, при правильномъ лѣченіи, можно воспрепятствовать дальнѣйшему распространенію катарра; но и у женщинъ эта болѣзнь трудно излѣчивается радикальнымъ образомъ.

§ 175. Что касается лѣченія, то на первомъ планѣ должна стоять профилактика въ родильномъ періодѣ. Такъ какъ послѣродовое очищеніе можетъ быть занесено въ мочевой пузырь чрезъ посредство катетера, то слѣдуетъ по возможности избѣгать катетеризаціи; но, съ другой стороны, положительно нерационально дозволить родильницѣ, чтобы она въ первые 8 дней испускала мочу въ сидячемъ положеніи или стоя на колѣняхъ. съ единственною цѣлью избѣжать катетеризаціи.

Если катетеръ сдѣлался необходимымъ, то слѣдуетъ его ввести послѣ предварительнаго обмыванія и обтиранія наружныхъ половыхъ частей тепловатымъ 2% растворомъ карболовой кислоты. Очень часто причинялся вредъ мочевому пузырю тѣмъ, что катетеръ вводился въ него непосредственно изъ слишкомъ крѣпкаго раствора карболовой кислоты

или сулемы. Я давно уже придерживаюсь этого взгляда и, слѣдовательно, признаю вполне справедливымъ мнѣніе *Caspar*'а, который совѣтуетъ вѣстать властическій катетеръ передъ употребленіемъ на 10 минутъ въ 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> растворъ сулемы (1:1000), а металлическій — на такое же время въ 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворъ карболовой кислоты, затѣмъ переключивать инструментъ на 5 минутъ въ кипящую воду, послѣ этого обтирать его сулемовою или Брунсовскою ватою и передъ введеніемъ въ мочевоу пузырь смазывать катетеръ смѣсью изъ *Lanolin. purissim. anhydr.* и *Vaselin. americ.* aa.

Если, не смотря на всѣ предосторожности, появился катарръ мочевоу пузыря, то въ первое время требуется діететическое лѣченіе и внутреннее употребленіе лѣкарственныхъ средствъ. Нужно воспретить употребленіе кофе, чая, пива, фруктовыхъ сироповъ и острой пряной пищи, а вмѣстѣ съ тѣмъ рекомендовать слизистое питье, молоко съ водою или съ слабыми углекислыми минеральными водами (*Selters, Ems, Geilnau, Passugg, Göppingen, Sulzmatt* и т. д.), слабый настой шиповника и вообще нераздражающую пищу; концентрація мочи должна быть по возможности уменьшена обильнымъ питьемъ,

Тенезмы часто могутъ быть облегчены прикладываніемъ теплыхъ примочекъ или припарокъ къ области мочевоу пузыря, прикладываніемъ примочекъ изъ свинцовой воды или раствора салициловой кислоты къ наружному отверстию уретры и употребленіемъ опія или беладоны въ формѣ суппозиторіевъ, вводимыхъ въ прямую кишку.

Если острые симптомы не утихли въ скоромъ времени, то мы назначаемъ салициловую кислоту (2—4 раза въ день по 0,5 грм.) или салициловокислый натръ (по 1,0 грм.), или салодъ въ облаткахъ (по 1,0—2,0 грм.), или гидрохинонь (0,5 грм.), *Infus. Fol. uvae ursi* (1 ложка этого настоя на 1 чашку чай) и минеральныя воды—Вилдунгенъ (*Helepenquelle*) или Виши.

Если катарръ мочевоу пузыря, просуществовавъ болѣе долгое время, переходитъ въ хроническую стадію, то нужно приступить къ мѣстному лѣченію, но не слишкомъ скоро, не раньше какъ спустя двѣ недѣли послѣ появленія цистита, потому что въ остромъ періодѣ мѣстное лѣченіе очень плохо переносится больными. Для мѣстнаго лѣченія, черезъ катетеръ *à double courant*, наиболѣе полезнымъ средствомъ оказывается физиологическій растворъ поваренной соли, затѣмъ — растворъ салициловой кислоты (1:1000—1500), тимола ( $\frac{1}{2}$ °/о), креолина ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ °/о) или марганцовокислаго кали (1°/о). Употребляемые растворы всегда должны быть нагрѣты до 30° Р.; промываніе мочевоу пузыря не должно производиться подъ слишкомъ высокимъ давленіемъ жидкости и должно быть немедленно прекращено, какъ только появляются приступы боли. Промываніе повторяется 1—2 раза въ день. Растворовъ сулемы, какъ доказано опытомъ, совсѣмъ не слѣдуетъ для этого употреблять, да и

карболовая кислота должна быть употребляема съ осторожностью, въ  $\frac{1}{2}$  — 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворѣ.

### 5. Заболѣванія почекъ въ родильномъ періодѣ.

§ 176. Заболѣванія почекъ въ родильномъ періодѣ, сами по себѣ, не представляютъ ничего специфическаго; однако, теченіе и исходы заболѣваній этихъ органовъ могутъ весьма существенно видоизмѣняться послѣ родовыми процессами.

На первомъ планѣ стоитъ здѣсь такъ называемая, по *Leyden*'у, почка беременныхъ. Эта группа, конечно, совпадаетъ съ тою, которая установлена *Kaltenbach*'омъ и которая характеризуется появленіемъ альбуминурии въ родильномъ періодѣ при разстройствахъ кровообращенія и застоѣ крови въ почечныхъ сосудахъ. Вторую группу образуютъ структурныя заболѣванія почекъ въ родильномъ періодѣ; сюда принадлежитъ въ особенности хроническій нефритъ, сморщенная почка.

Наряду съ такъ называемою, по *Leyden*'у, почкою беременныхъ, — которая можетъ, хотя и рѣдко, продолжать свое существованіе въ родильномъ періодѣ и вызвать въ это время первое появленіе эклампсіи (см. гл. XXIX), — застой крови въ большомъ кругу можетъ еще обуславливаться пороками сердца или, по *Kaltenbach*'у, присутствіемъ зоба, который, вслѣдствіе чрезмѣрныхъ сокращеній брюшнаго пресса во время родовъ, увеличивается въ объемѣ и, препятствуя свободному дыханію, можетъ этимъ самымъ вызвать застой въ большомъ кругу кровообращенія.

Затѣмъ, въ родильномъ періодѣ встрѣчаются структурныя заболѣванія почекъ, обусловленныя существовавшимъ уже раньше хроническимъ нефритомъ, который подъ вліяніемъ беременности и родового акта обыкновенно усиливается; рѣже эти заболѣванія развиваются изъ метастатическихъ воспаленій при піэміи, или такимъ образомъ, что воспалительный процессъ переходитъ на почки изъ мочевыхъ путей.

Подробно описывать здѣсь эти нефриты я не имѣю надобности, такъ какъ относительно своихъ симптомовъ, распознаванія и лѣченія они не представляютъ никакихъ характеристическихъ отличій отъ тѣхъ же заболѣваній почекъ внѣ родильнаго періода.

Альбуминурія, обусловленная застоемъ крови въ мочевыхъ путяхъ, заслуживаетъ полнаго вниманія врача, въ виду возможности появленія эклампсіи въ родильномъ періодѣ (поэтому лѣченіе альбуминурии будетъ описано въ XXIX главѣ).

И при хроническомъ нефритѣ, съ структурными измѣненіями почекъ, можетъ быстро или исподоволь, въ самомъ началѣ родильнаго періода или въ позднѣйшемъ его теченіи, появиться анурія, такъ что родильница умираетъ въ урэмическомъ приступѣ. Я видѣлъ одинъ весьма характерный случай, гдѣ, подъ вліяніемъ долго продолжавшагося обоюдусторонняго параметрита, при существовавшемъ уже раньше нефритѣ, появилась анурія,



вѣроятно—вслѣдствіе прижатія мочеточниковъ; анурія продолжалась два дня, до тѣхъ поръ, пока послѣдовала смерть въ первомъ уремическомъ приступѣ.

Поэтому мнѣ кажется, что существенную опасность въ родильномъ періодѣ представляетъ обостреніе нефрита; если же это обостреніе окончилось благополучно, то нефритъ переходитъ въ хроническую форму и уже не представляетъ тогда ничего характеристичнаго для послѣродоваго періода.

Слѣдовательно, при появленіи альбуминурии врачъ долженъ тщательно наблюдать за количествомъ выдѣляемой мочи и приступать къ соотвѣтствующему лѣченію, какъ только количество это значительно уменьшилось.

## ГЛАВА XXIV.

### Поврежденія въ родильномъ періодѣ.

#### 1. Разрывы промежности въ родильномъ періодѣ.

§ 177. Лѣченіе разрывовъ промежности, образовавшихся во время родовъ, не входитъ въ планъ моей книги, а должно разсматриваться въ руководствахъ акушерства, на которыя я поэтому и могу сослаться.

Я буду здѣсь говорить лишь о такихъ случаяхъ, гдѣ разрывъ промежности остается незамѣченнымъ тотчасъ послѣ родовъ и попадаетъ подъ наблюденіе врача лишь на 2-й или 3-й день родильнаго періода, или гдѣ зашитая рана промежности снова расходится уже въ первую недѣлю вслѣдствіе зараженія, или гдѣ она снова разрывается вслѣдствіе преждевременнаго удаленія швовъ или вслѣдствіе того, что слишкомъ рано было произведено энергическое внутреннее изслѣдованіе.

Въ этихъ случаяхъ, особенно при расхожденіи зашитого разрыва вслѣдствіе септической инфекции, рана влагалища и промежности покрыта сальнымъ, желтоватымъ или иногда сѣроватымъ налетомъ; клочья омертвѣлой ткани, еще крѣпко сидяціе на поверхности раны, содержатъ значительное число стрептококковъ и стафилококковъ; края язвъ легко кровоточатъ при дотрогиваніи.

Часто дѣлаютъ ту ошибку, что зашиваютъ разрывъ промежности лишь на 2-й или 3-й день послѣ родовъ, или вновь зашиваютъ его немедленно послѣ расхожденія раны на 6-й или 7-й день родильнаго періода; подобныя операціи, конечно, всегда даютъ неудовлетворительный результатъ. Причины этого очевидны: поверхность раны всегда покрыта гнилостнымъ налетомъ, такъ что заживленіе *per primam intentionem* не можетъ быть достигнуто; мало того, вслѣдствіе застаиванія секрета часто происходитъ зараженіе раны, и присоединяется паракольпитъ, параметритъ или рожа. Я видѣлъ въ консультаціонной практикѣ большое

число подобныхъ случаевъ, и во всѣхъ безъ исключенія операція дала вышеописанный неудовлетворительный результатъ.

Насколько я признаю необходимымъ тщательно зашивать свѣжій разрывъ промежности тотчасъ послѣ родовъ (см. *Handbuch der Geburtshilfe*, Bd. III), настолько же я до самаго послѣдняго времени былъ рѣшительнымъ противникомъ вторичнаго шва въ родильномъ періодѣ вообще, считая эту операцію бесполезною и опасною. Только новѣйшія успѣхи хирурговъ относительно наложенія вторичнаго шва послѣ большихъ хирургическихъ операцій заставили снова вернуться къ этому методу зашиванія разрывовъ промежности въ родильномъ періодѣ.

По нашимъ современнымъ свѣдѣніямъ и, въ частности, по существующимъ бактериологическимъ даннымъ, совершенно противопоказано приступать къ зашиванію разрыва промежности до тѣхъ поръ, пока еще существуетъ лихорадка, хотя бы лишь незначительная, такъ наз. реворпционная, и пока влагалищно-промежностная рана еще покрыта хотя бы самымъ ничтожнымъ налетомъ. Обыкновенно разрывъ промежности очищается въ концѣ первой недѣли, и этому очищенію раны можно способствовать прикладываніемъ примочекъ изъ раствора карболовой кислоты или сулемы; затѣмъ рана зашивается слѣдующимъ образомъ:

Наркозъ составляетъ необходимое условіе для тщательнаго производства операціи. Послѣ основательной дезинфекціи окружающей кожи мыльною водою и 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> растворомъ сулемы (1:1000) и послѣ промыванія влагалища тѣмъ же растворомъ, гранулирующая поверхность раны обтирается 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> растворомъ сулемы или 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворомъ карболовой кислоты, и грануляціи срѣзываются Кунеровскими ножницами или соскабливаются маленькою острою ложечкою, такъ что появляется легкое кровотеченіе; затѣмъ накладываются глубокіе шелковые или, еще лучше, серебряные проволочные швы (влагалищные швы здѣсь, быть можетъ, еще болѣе необходимы, чѣмъ тотчасъ послѣ родовъ), и въ заключеніе зашивается рана промежности подъ струею какой нибудь дезинфицирующей жидкости. Кромѣ глубокихъ, накладываются еще поверхностные влагалищные и промежностные швы.

Для глубокихъ швовъ серебряная проволока заслуживаетъ предпочтенія въ виду того, что ее можно долго оставлять на мѣстѣ. Для того чтобы защитить рану, можно прикладывать къ ней *Bismuth. subnit.* или *Flor. Zinci* въ видѣ *mixtura agitanda* (2:100).

При строгомъ соблюденіи покоя въ теченіе 8-ми дней, часто еще удается этимъ способомъ привести разрывъ промежности къ заживленію *per secundam intentionem*; такимъ образомъ берегается для родильницы много времени, по сравненію съ болѣе позднимъ производствомъ операціи.

Вторичная операція въ этомъ отношеніи могла бы представлять особенно большія выгоды при осложненномъ разрывѣ промежности; но здѣсь я еще не имѣю никакого личнаго опыта. Какъ бы то ни было, нужно

думать, что и при этихъ разрывахъ вторичная операція, въ случаѣ тщательнаго соблюденія дезинфекціи, будетъ давать благоприятные результаты.

## 2. Fistula recto-vaginalis.

Свищъ между прямою кишкою и влагалищемъ.

§ 178. Свищи между прямою кишкою и влагалищемъ, безъ сопровожденія другими свищами, встрѣчаются въ родильномъ періодѣ очень рѣдко; они образуются именно при невольнѣ удачномъ зашитіи осложненнаго разрыва промежности, въ особенности если верхній уголь раны былъ зашитъ не такъ тщательно, какъ это необходимо; рѣже они бывають послѣдствіемъ абсцесса, развившагося въ общей стѣнкѣ прямой кишки и влагалища при септическомъ паракольтитѣ и затѣмъ прорвавшагося одновременно въ обѣ стороны.

Въ первомъ случаѣ симптомы обнаруживаются уже въ началѣ второй недѣли родильнаго періода, именно выхожденіемъ газовъ и жидкихъ каловыхъ массъ чрезъ влагалище; отверстіе свища можетъ быть найдено при осторожномъ изслѣдованіи пальцемъ.

Вначалѣ можно еще надѣяться на самопроизвольное заживленіе свища, и поэтому мы должны безусловно отказаться отъ обнаженія раны и точнаго ея осмотра; но, конечно, если еще остаются невынутые швы, то они должны быть удалены. Совершенно умѣстны тепловатыя дезинфицирующія спринцованія влагалища, но давленіе впрыскиваемой жидкости не должно быть очень велико; умѣстно также заботиться объ облегченіи испражненій, давая съ этою цѣлью *Ol. Ricini, Pulv. Liquir. comp., Tinct. Cascar. Sagrad.* и т. д.; клистировъ, напротивъ того, нужно безусловно избѣгать.

Если рана уже очистилась, но обнаруживаетъ мало наклонности къ самопроизвольному заживленію, то и здѣсь такъ же, какъ при разрывѣ промежности, можно попытаться во вторую недѣлю родильнаго періода наложить вторичный шовъ; послѣ достаточнаго обнаженія свища, гранулирующая поверхность его выскабливается со стороны влагалища, а затѣмъ накладываются глубокіе швы изъ серебряной проволоки, захватывающіе слизистую оболочку прямой кишки, и поверхностные влагалищные швы. Другіе накладываютъ швы изъ кѣгуты, въ два этажа.

Еслибы опять получился неудачный результатъ, то нужно подождать до 4 — 6-й недѣли послѣ родовъ и затѣмъ сдѣлать операцію, по правиламъ гинекологіи.

Свищъ, образующійся вслѣдствіе абсцесса въ общей стѣнкѣ прямой кишки и влагалища, обыкновенно появляется гораздо позднѣе, такъ какъ прободеніе подобнаго абсцесса рѣдко наступаетъ раньше 4-й недѣли. Вначалѣ еще слѣдуетъ надѣяться, что при наивозможно индифферентномъ лѣченіи наступитъ самопроизвольное заживленіе свища; поэтому нужно безусловно отказаться отъ всякихъ спринцованій чрезъ свищевое отвер-

стіе и отъ всякихъ клистировъ. Но если заживленіе не наступаетъ самопроизвольно, то не слѣдуетъ слишкомъ быстро предпринимать операцію, а нужно выждать, пока совершенно не исчезнетъ инфильтрація стѣнокъ влагалища съ послѣдними остатками параколыпита, и только тогда произвести операцію, послѣ тщательнаго освѣженія краевъ свищеваго отверстія.

### 3. Ruptura symphyseum pelvis.

#### Разрывы тазовыхъ сочлененій.

§ 179. Между тѣмъ какъ до временъ *Везалія* думали, что разслабленіе тазовыхъ сочлененій есть *conditio sine qua non* для прохожденія головки, въ дѣйствительности оказывается, что разслабленіе этихъ сочлененій во время родовъ составляетъ чрезвычайную рѣдкость, такъ что *Scanzoni*, напримѣръ, описываетъ всего *одинъ* подобный случай. Весьма вѣроятно, что дѣло здѣсь идетъ только о первой степени разрыва тазовыхъ синхондрозовъ, который и вообще случается очень рѣдко, а особенно въ наше время долженъ будетъ встрѣчаться все рѣже и рѣже, такъ какъ при тѣхъ формахъ узкаго таза, при которыхъ дѣло можетъ дойти до такого разрыва, мы теперь чаще прежняго производимъ кесарское сѣченіе, искусственные преждевременные роды и прободеніе головки.

Эти разрывы тазовыхъ синхондрозовъ были наблюдаемы въ особенности послѣ труднаго наложенія щипцовъ, когда попытки извлеченія головки продолжались по цѣлымъ часамъ, нѣсколько рѣже — при трудномъ извлеченіи за тазовой конецъ или за плечики, и еще рѣже — послѣ самопроизвольно оканчивающихся родовъ. Разрывъ при упомянутыхъ условіяхъ можетъ наступить тѣмъ скорѣе, если въ тазовыхъ сочлененіяхъ уже раньше существовали патологическія измѣненія, напр. хроническое воспаленіе и т. д. Разрывы случаются въ особенности при обще-равномѣрно суженномъ или обще-суженномъ плоскомъ тазѣ. Случаевъ разрыва сочлененій при остеомалятическомъ тазѣ до сихъ поръ не извѣстно; здѣсь представляется болѣе вѣроятнымъ, что при большомъ насиліи дѣло окончится переломомъ отдѣльныхъ костей или онажится податливымъ весь тазъ въ его совокупности (*osteomalacia cerea*). Въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о разрывѣ одного изъ крестцово-подвадныхъ синхондрозовъ или одного только лоннаго сочлененія; но въ очень рѣдкихъ случаяхъ разрывались во время родовъ всѣ 3 синхондроза.

Симптомы довольно характеристичны. Иногда разрывъ сочлененія во время операціи сопровождается сильнымъ трескомъ, или больная тотчасъ послѣ родовъ совершенно ясно ощущаетъ, что произошелъ разрывъ въ опредѣленномъ мѣстѣ. Давленіе на это мѣсто и прикосновеніе къ нему вывываютъ боль; характеристично то, что больная не можетъ приводить въ движеніе нижнія конечности, какъ при разрывѣ крестцово-под-

вздошныхъ синхондрозовъ, такъ и при разрывѣ лоннаго сочлененія. Всякая попытка активнаго движенія, а особенно попытка приподнять больную или положить ее на бокъ, вызываетъ сильнѣйшія боли. При разрывѣ лоннаго сочлененія часто существуютъ явленія со стороны мочевого пузыря, въ особенности — *dysuria*, тогда какъ при разрывѣ крестцово-подвздошныхъ сочлененій наблюдаются иррадирующія нервныя боли, преимущественно въ области крестцовога сплетенія. Умѣренная лихорадка въ первую недѣлю, не превышающая  $39^{\circ}$ , должна рассматриваться какъ ферментативное отравленіе вслѣдствіе илившейся крови; при нагноеніи сустава появляется, особенно со второй недѣли, интермиттирующая или ремиттирующая лихорадка, которая по вечерамъ обыкновенно бываетъ выше  $40^{\circ}$  Ц.

Объективное распознаваніе полного разрыва въ большинствѣ случаевъ оказывается легкимъ; при разрывѣ лоннаго сочлененія прощупывается, какъ снаружи, такъ и въ особенности со стороны влагалища, явственная щель; если кости еще удерживаются суставными связками въ соприкосновеніи, то констатируется только необычная чувствительность. При разрывѣ крестцово-подвздошнаго сочлененія можно прощупать эту щель только со стороны влагалища; въ рѣдкихъ случаяхъ было констатировано смѣщеніе подвздошной кости относительно крестца. При исслѣдованіи нужно остерегаться, чтобы не разорвать склеившіяся раны влагалища, такъ какъ это могло бы повлечь за собою зараженіе въ близкомъ сосѣдствѣ сустава, а вторичнымъ путемъ — зараженіе его самого.

Въ благоприятныхъ случаяхъ восстанавливается костное соединеніе разорваннаго сустава безъ нагноенія, а въ другихъ происходитъ нагноеніе сустава, иногда съ опусканіемъ гноя и присоединеніемъ вторичной пиэміи.

Нужно замѣтить, что нагноеніе одного изъ тазовыхъ сочлененій гораздо рѣже представляетъ мѣстную локализацию общаго пиэмическаго зараженія.

Если своевременно поставленъ діагнозъ и приступлено къ соответствующему лѣченію, то предсказаніе благоприятно; въ противномъ же случаѣ грозитъ опасность септицеміи вслѣдствіе ихороваго разложенія и нагноенія сустава.

§ 180. *Dührssen*, сопоставивъ 33 случая, показалъ, что при нагноеніи тазовыхъ суставовъ терапія имѣетъ для жизни больной рѣшающее значеніе и что больная можетъ быть спасена только своевременнымъ выпущеніемъ гноя, какъ это въ нѣкоторыхъ случаяхъ достигается и самопроизвольнымъ прободеніемъ абсцесса.

Какъ только поставленъ точный діагнозъ, немедленно нужно наложить подходящий тазовой поясъ, чтобы фиксировать тазъ въ неподвижномъ положеніи; вначалѣ для этого обыкновенно бываетъ достаточно обвязать кругомъ таза свернутую простыню. Если въ первое время преобладаютъ воспалительныя явленія, то на суставъ кладется пузырь со

льдомъ. Приставлятъ пѣвки, какъ это дѣлалось прежде, мы считали бы въ настоящее время нераціональнымъ.

Я раздѣляю мнѣніе *Dührssen'a*, что при разрывѣ лоннаго сочлененія не слѣдуетъ во всѣхъ случаяхъ безъ разбора накладывать первичный костный шовъ. Больная должна носить тазовой поясъ до тѣхъ поръ, пока тазъ совершенно не окрѣпнетъ, слѣдовательно, по меньшей мѣрѣ въ продолженіе 8—10 недѣль. Полезно предписать больной, чтобы при первыхъ попыткахъ вставанія она еще продолжала носить тазовой поясъ.

При нагноеніи лоннаго сочлененія, искусственное вскрытіе абсцесса въ большинствѣ случаевъ представляетъ дѣло очень легкое; если возможно, то слѣдуетъ еще наложить противоотверстіе въ сторону влагалища. При нагноеніи крестцово-подвздошнаго сочлененія, разрѣзъ дѣлается со стороны влагалища; но болѣе удобный выходъ для гноя можетъ быть достигнуть разрѣзомъ со стороны крестцовой или поясничной области; и здѣсь также должны быть наложены необходимыя противоотверстія, особенно если абсцессъ спустился въ сѣдалищную область; рѣдко бываетъ необходимо проложить себѣ путь къ абсцессу чрезъ крыло подвздошной кости, какъ это совѣтуетъ *König*.

Дальнѣйшее лѣченіе подобныхъ абсцессовъ производится съ строгимъ соблюденіемъ современныхъ правилъ хирургіи.

## ГЛАВА XXV.

Невралгіи и параличи въ области нервовъ нижнихъ конечностей.

§ 181. Я совершенно оставляю здѣсь въ сторонѣ центральные спинномозговые параличи, которые чаще развиваются первоначально во время беременности, чѣмъ во время родового акта или родильнаго періода, и которые вообще встрѣчаются довольно рѣдко (ср. *Renz, Bergmann, Wiesb.* 1886), а только разсмотрю вращѣ тѣ разстройства въ области периферическихъ нервовъ, которыя должны считаться послѣдствіями травмы, причиненной во время родовъ.

Защищенное положеніе нервовъ въ маломъ тазу имѣетъ своимъ послѣдствіемъ то, что они относительно рѣдко испытываютъ поврежденія во время родовъ; но все-таки механическое дѣйствіе на нервы во время родового акта можетъ вызывать въ нихъ продолжительныя разстройства, подобно тому, какъ при извлеченіи ручнымъ приемомъ *Veit'a* или Пражскимъ ручнымъ приемомъ давленіе на Эрбовскую точку плечеваго снѣтенія, лежащую надъ ключицею, можетъ вызвать у новорожденнаго упорный параличъ въ области верхней конечности.

Нервы, о которыхъ здѣсь идетъ дѣло, суть слѣдующіе: 1) *n. obturatorius*, на протяженіи отъ articul. sacro-iliac. до вступленія его

въ foramen obturatorium, но преимущественно та часть его, которая направляется параллельно безымянной линии, и 2) чаще всего — *plexus sacralis*, отъ его начала до выхода изъ малаго таза.

Поводомъ къ этимъ поражениямъ нервовъ вслѣдствіе прижатія бываютъ трудные роды, узкій тазъ, большая твердая головка, — быть можетъ, нѣсколько чаще въ тѣхъ случаяхъ, когда затылокъ обращенъ слишкомъ далеко назадъ, — трудныя операціи наложенія щипцовъ и кефалотриптора, если боковые края инструмента были направлены прямо назадъ и оказывали давленіе на крестцовое сплетеніе, или, въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ — извлеченіе послѣдующей головки. Самое легкое, скоропреходящее поврежденіе нервовъ вслѣдствіе прижатія, наблюдаемое не особенно рѣдко даже и при нормальныхъ родахъ, проявляется мышечными судорогами въ области сѣдалищнаго или большеберцоваго нерва, которыя происходятъ вслѣдствіе давленія изгоняемой головки на крестцовое сплетеніе во время потуги.

Послѣдствія будутъ различны, смотря по тому, подвергался ли нервный стволъ болѣе кратковременному или болѣе продолжительному прижатію.

Затѣмъ, собственно въ родильномъ періодѣ, эти разстройства отправленій нервовъ могутъ обусловливаться экссудатами въ маломъ тазу; сюда особенно принадлежатъ тѣ экссудаты, которые, помѣщаясь на передней стѣнкѣ крестца, постепенно прорываются чрезъ фасцію и такимъ образомъ приближаются къ крестцовому сплетенію; сюда же принадлежатъ тѣ рѣдкіе случаи, когда экссудатъ прокладываетъ себѣ дорогу по направленію кзади и вскрывается затѣмъ наружу, прорвавшись чрезъ *m. rugiform.* у нижняго края большой сѣдалищной вырѣзки. Наконецъ, экссудаты, опускающіеся вдоль *m. ileopsoas* по направленію къ Пупартовой связкѣ, приходятъ въ близкое соприкосновеніе съ нервами этой области (*n. ileo-inguinal.*, *n. ileo-lumbalis* и *n. cutan. femor. lateralis*).

Само собою понятно, что при флебитѣ и перифлебитѣ въ венахъ малаго таза сопутствующіе нервы могутъ быть точно также вовлечены въ заболѣваніе, вслѣдствіе распространенія отека или воспалительнаго процесса на влагалище нервнаго ствола.

Заболѣванія нервовъ, обусловленные хроническими болѣзнями тазовыхъ костей, напр. костоѣдою крестца и связаннымъ съ нею экссудатомъ, или опухолями тазовыхъ органовъ, не представляютъ ничего характеристичнаго для родоваго акта или родильнаго періода.

§ 182. *Невралгіи* въ области *n. ischiad.* или *n. obturator.* бываютъ обусловлены непосредственнымъ прижатіемъ, которому подвергался соотвѣтствующій нервъ, чаще всего — во время родоваго акта; эти невралгіи продолжаютъ лишь короткое время или исчезаютъ медленно въ теченіе первой недѣли. Если невралгія находится въ связи съ экссудатомъ, то, соотвѣтственно времени его появленія, она обнаруживается

лишь на 2—4-й недѣлѣ или еще позднѣе и иногда исчезаетъ только по опорожненіи абсцесса. При экссудатахъ мы встрѣчаемъ невралгію преимущественно въ области п. ischiad. и кожныхъ вѣтвей п. cruralis.

При невралгіяхъ, обусловленныхъ травматическимъ прижатіемъ нерва во время родовъ, предсказаніе въ большинствѣ случаевъ благопріятно, и поэтому терапия здѣсь довольно проста. Рекомендуются именно раздраженія кожи—горчичники, мушки, смазыванія іодною настойкою, втираніе масла съ хлороформомъ, или втираніе ихтиола (Ichthjol. 5,0: Alcohol., Aether. <sup>aa</sup> 20,0). По временамъ, конечно, приходится прибѣгать къ подкожнымъ впрыскиваніямъ морфія. Если невралгія обусловлена экссудатомъ, то на исчезаніе ея обыкновенно можно рассчитывать только послѣ всасыванія экссудата или опорожненія абсцесса; лѣченіе должно быть направлено прежде всего къ устраненію экссудата; кромѣ того, должны быть примѣняемы вышеупомянутыя симптоматическія средства.

§ 183. Болѣе неблагопріятны *парезы* и *параличи* въ области нижнихъ конечностей, обусловленные травмою во время родовъ.

Нерѣдко послѣ труднаго наложенія щипцовъ наблюдается въ теченіе нѣсколькихъ дней значительное ослабленіе нижнихъ конечностей, связанное съ болѣзненностью въ области пораженныхъ нервовъ, такъ что родильница часто бываетъ почти или совсѣмъ не въ состояніи двигать конечностями; картина болѣзни вначалѣ можетъ имѣть очень большое сходство съ разрывомъ сочлененія. Обыкновенно этотъ парезъ исчезаетъ самъ собою въ теченіе первыхъ дней послѣ родовъ.

Въ другихъ случаяхъ, къ первичной травмѣ присоединяется медленно развивающійся воспалительный процессъ въ области соответствующаго нервнаго ствола, и особенно сѣдалищнаго нерва; параличъ въ области мышечныхъ группъ, снабжаемыхъ сѣдалищнымъ нервомъ, при этомъ усиливается и нерѣдко сопровождается болѣзненною невралгіею; если конечность долго оставалась негодною къ употребленію, то рѣдко дѣло обходится безъ болѣе или менѣе значительнаго трофическаго расстройства; но неизлѣчимый травматическій параличъ нижнихъ конечностей послѣ родовъ встрѣчается будто бы чрезвычайно рѣдко.

Поэтому при парезахъ, появляющихся непосредственно послѣ родовъ, предсказаніе гораздо болѣе благопріятно, чѣмъ при тѣхъ парезахъ, которые постепенно развиваются лишь въ родильномъ періодѣ.

§ 184. Лѣченіе вначалѣ можетъ быть чисто выжидательнымъ; при воспалительныхъ процессахъ, особенно при флебитѣ или экссудатахъ, оно должно быть направлено къ ихъ устраненію.

Если по окончаніи собственно родильнаго періода, при отсутствіи экссудатовъ, флебита и т. д., не существуетъ уже никакихъ основаній держать больную въ постели, то цѣлесообразными представляются методическія упражненія пораженныхъ мышечныхъ группъ; прежде всего будетъ умѣстно раннее примѣненіе постояннаго тока, съ цѣлью предотвра-



тить перерожденіе пораженныхъ мышць. Впослѣдствіи примѣняется индукціонный токъ, а въ подходящихъ случаяхъ — массажъ.

Подробности относительно примѣненія электричества могутъ быть найдены въ руководствахъ электротерапіи.

Наконецъ, если парезъ сдѣлался уже хроническимъ, то въ такомъ случаѣ цѣлесообразны простыя термы, именно Wiesbaden, Wildbad, Ragaz или Gastein, ватѣмъ — грязевыя ванны в богатые углекислотою разсольные источники, въ особенности Kissingen, Oeynhausen, Nauheim и т. д.

## ГЛАВА XXVI.

### Эмболія легочной артеріи.

§ 185. Эмболія легочной артеріи составляетъ главную причину случаевъ внезапной смерти въ родильномъ періодѣ, которые, къ счастію, рѣдко встрѣчаются, но зато всегда производятъ потрясающее впечатлѣніе.

Дѣло идетъ о закупоркѣ ствола или одной изъ двухъ главныхъ вѣтвей легочной артеріи эмболическою пробкою, которая въ родильномъ періодѣ происходитъ чаще всего изъ вень *plexus rampriniformis*, затѣмъ изъ маточныхъ, тазовыхъ или бедренныхъ вень. *Playfair* полагаетъ, что иногда также встрѣчается первичный тромбозъ ствола или вѣтвей легочной артеріи; но это мало вѣроятно и пока еще не подтверждено достовѣрными патолого-анатомическими вскрытіями.

Поводъ къ поступленію тромбовъ въ циркулирующую кровь существуетъ у каждой родильницы, въ виду физиологическаго состоянія матки въ третьемъ періодѣ родовъ; но тогда какъ по однимъ статистикамъ это бываетъ часто у первородящихъ, — по другимъ представляется болѣе вѣроятнымъ, что событіе это, совершенно такъ же, какъ послѣ лапаротоміи, наступаетъ чаще у женщинъ болѣе пожилаго возраста, у много-родящихъ съ расширенными венами и мѣстными тромбозами въ области таза и нижнихъ конечностей.

Судя по имѣющимся до сихъ поръ наблюденіямъ, этому поступленію тромбовъ въ циркулирующую кровь особенно способствуютъ механическія вліянія, какъ напр. преждевременное, слишкомъ быстрое приподниманіе въ постели, слишкомъ раннее вставаніе, или механическое дѣйствіе на вены нижнихъ конечностей, напр. при итираніи какой нибудь мази. Эмболія въ большинствѣ случаевъ наступаетъ среди полного здоровья, обыкновенно послѣ вполне безлихорадочнаго теченія родильнаго періода; что касается тѣхъ случаевъ, гдѣ въ теченія флебита и перифлебита наступаетъ эмболія легочной артеріи, то о нихъ было уже упомянуто по поводу метастатической формы родильной горячки.

Теченіе будетъ различно, смотря по тому, наступила ли полная или

частичная закупорка самого ствола или одной из двух главных ветвей, или только одной из вторичных ветвей легочной артерии.

При внезапной закупорке ствола легочной артерии смерть в большинстве случаев наступает тоже внезапно; но при этом лишь редко дело ограничивается внезапным вскрикиванием, очень кратковременным затруднением дыхания или несколькими конвульсивными движениями, после чего больная умирает немедленно; в других случаях дело тянется  $\frac{1}{2}$  — 2 часа, причем, после внезапно наступившего очень сильного стеснения в груди, при объективных признаках сильно учащенного дыхания, частота пульса чрезвычайно увеличивается, больная становится сначала бледною, а затем цианотичною, и дыхательный шум в области закупоривающего тромба оказывается совершенно отсутствующим, между тем как в других местах существует усиленное везикулярное дыхание; если закупорена только какалнибудь из больших вторичных ветвей легочной артерии, то в соответствующем легком появляются признаки коллатерального отека, с выделением обильной пенистой мокроты, смешанной с кровью. В некоторых случаях смерть наступала лишь по прошествии нескольких часов, при постепенном усилении симптомов; вероятно, в таких случаях дело шло о распространении тромбоза из одной вполне закупоренной ветви в другую; помимо учащенного дыхания, не сопровождающегося однако втягиванием надчревной области, при этом бывають характеристичны чрезвычайное учащение пульса, усиливающийся цианоз вследствие застоя крови в области нижней и верхней половы вены и, наконец, недостаточное окисление крови, которое влечет за собою переполнение ея углекислотою, с охлаждением конечностей и понижением температуры в подмышечной впадине.

Что при закупорке не очень большой ветви легочной артерии может иногда наступить выздоровление, не смотря на самые тревожные симптомы, — это доказывает одинъ случай, описанный недавно *Ahlfeld*'омъ. В этомъ тщательно прослѣженномъ случаѣ частота пульса быстро вернулась опять къ нормѣ, и въ то же время не замѣчалось никакого пониженія температуры.

Лѣченіе при эмболіи ствола или одной изъ двухъ главныхъ ветвей легочной артеріи совершенно безсильно, да и вообще въ большинствѣ случаевъ врачъ является къ больной слишкомъ поздно, для того чтобы еще можно было примѣнить какое бы то ни было лѣченіе.

Сильная одышка, появленіе отека легкихъ требуетъ примѣненія сильныхъ раздраженій кожи; напр. горчичниковъ, горячихъ ручныхъ или ножныхъ ваннъ или сухихъ банокъ; въ относительно благоприятныхъ случаяхъ можно было бы назначать отхаркивающія средства, прежде всего — апоморфинъ и друг. При этомъ нужно пораньше прибѣгать къ подобнымъ впрыскиваніямъ камфоры; но въ интенсивныхъ случаяхъ впрыски-

ванія эти совершенно бесполезны, въ чемъ я убѣдился по собственнымъ наблюденіямъ.

### Приложеніе.

§ 186. Очень рѣдко смерть въ родильномъ періодѣ наступаетъ быстро при всѣхъ явленіяхъ эмболии легочной артеріи, а между тѣмъ вскрытіе трупа не обнаруживаетъ никакой эмболии. Если при этомъ, во время родовъ или по окончаніи ихъ, не производилось такихъ манипуляцій, которыя могли бы быть сопряжены съ поступленіемъ воздуха въ половой каналъ (объ этихъ случаяхъ я здѣсь не могу распространяться, такъ какъ они принадлежатъ къ области акушерства), и если не предшествовало очень сильнаго кровотечения, въ виду котораго смерть могла бы быть объяснена малокровіемъ головного мозга, то для объясненія наступившей смерти остается только предположить параличъ сердца. Подобныхъ случаевъ описано немного, но что они дѣйствительно встрѣчаются,—это не подлежитъ сомнѣнію.

Такъ напр., въ моей клиникѣ нѣсколько лѣтъ тому назадъ умерла родильница на 16-й день послѣ родовъ, причѣмъ смерть предшествовалась внезапнымъ вскрикиваніемъ и громкимъ непродолжительнымъ хрипѣніемъ; всего естественнѣе было подумать объ эмболии легочной артеріи, но вскрытіе трупа дало совершенно отрицательный результатъ.

Лѣченіе въ этихъ случаяхъ точно также безсильно.

О случаяхъ смерти вслѣдствіе апоплексіи головного мозга я могу здѣсь не говорить, такъ какъ они встрѣчаются въ родильномъ періодѣ чрезвычайно рѣдко и не представляютъ для него ничего характеристичнаго.

## ГЛАВА XXVII.

### Болѣзни сердца въ родильномъ періодѣ.

§ 187. Я посвящаю болѣзнямъ сердца въ родильномъ періодѣ особую главу не потому только, что онѣ встрѣчаются у родильницъ довольно часто, но главнымъ образомъ потому, что нѣкоторые случаи пороковъ сердца въ родильномъ періодѣ отличаются своеобразными особенностями.

Здѣсь было бы неумѣстно, еслибы я вздумалъ высказывать свое мнѣніе о вліяніи беременности и родового акта на пороки сердца вообще; я могу въ этомъ отношеніи сослаться на учебники акушерства и считаю себя вправѣ предположить уже заранѣе извѣстнымъ, что вообще состояніе больныхъ, страдающихъ пороками сердца, ухудшается во время беременности, а еще болѣе во время родовъ, такъ какъ компенсація сердца, едва достаточная и при обыкновенныхъ условіяхъ, легко можетъ сдѣлаться недостаточною во время беременности и родового акта. Это

обуславливается большими требованиями, предъявляемыми сердцу во время беременности, именно вследствие прибавления нового русла кровообращения въ беременной маткѣ и вследствие повышения внутрибрюшнаго давления во время беременности. Какъ при большихъ внутрибрюшныхъ опухоляхъ, особенно при міомахъ, мы видимъ усиленную дѣятельность сердца, которая при ослабляющихъ моментахъ, напр. при кровотеченіи, нерѣдко приводитъ къ бурой атрофіи, — точно такъ же и во время беременности всегда констатируется усиленіе дѣятельности лѣваго желудочка, часто впрочемъ довольно умѣренное; это усиленіе его дѣятельности прежде всего выражается въ сотрясеніи матки пульсовою волною аорты, которое часто бываетъ замѣтно для зрѣнія и осязанія.

Всегда ли эта фізіологически усиленная работа сердца во время беременности совпадаетъ съ объективнымъ увеличеніемъ сердца, какъ утверждали многіе авторы, — это пока еще остается нерѣшеннымъ, но во всякомъ случаѣ не можетъ считаться невѣроятнымъ.

Несомнѣнно, что при большинствѣ пороковъ сердца, достаточно компенсированныхъ для нормальныхъ условій жизни при отсутствіи чрезвычайныхъ физическихъ напряженій, наступали бы во время беременности расстройства компенсаціи, еслибы наступленіе болѣе серьезныхъ расстройствъ своевременно не предотвращалось усиленными компенсаторными измѣненіями желудочковъ сердца. Но и при такихъ условіяхъ могутъ тѣмъ не менѣе появиться расстройства кровообращенія, особенно въ послѣдніе мѣсяцы беременности.

Достоино вниманія то, что нерѣдко встрѣчаются случаи, гдѣ больная уже нѣсколько разъ была беременна, а между тѣмъ порокъ сердца не оказывалъ на ея состояніе ни малѣйшаго вреднаго дѣйствія, и только впоследствии, при наступленіи новой беременности, обнаружались расстройства дѣятельности сердца, когда компенсація сдѣлалась уже недостаточною.

Недостаточная компенсація при порокахъ клапановъ прежде всего имѣетъ своимъ послѣдствіемъ застой крови въ маломъ кругу, причемъ этотъ застой еще болѣе усиливается вследствие гидрэмии, существующей у нѣкоторыхъ женщинъ во время беременности, а также вследствие высокаго стоянія грудобрюшной преграды. Результатомъ этого является затрудненное дыханіе и катарръ легкихъ. Если застой распространяется дальше, то, при затрудненномъ оттогѣ крови въ правое сердце, появляются ціанозъ наружныхъ покрововъ и подкожный отекъ въ области нижней и верхней полой вены, затѣмъ, смотря по обстоятельствамъ, присоединяется брюшная водянка, или водянка полости плевры, наконецъ дѣло доходитъ до застоя крови въ печени, селезенкѣ и почкахъ, съ набуханіемъ этихъ органовъ, а въ частности при застоѣ крови въ почкахъ отдѣляется уменьшенное количество концентрированной мочи, въ которой спустя короткое время появляется бѣлокъ.

Всѣ эти вновь присоединившіеся симптомы, а особенно брюшная водянка, водянка полости плевры и альбуминурия, болѣе и болѣе ухудшаютъ условія кровообращенія.

Когда еще присоединяется вредное вліяніе, оказываемое родовымъ актомъ, то требованія, предъявляемыя сердцу, часто становятся уже слишкомъ большими, какъ это было бы напр. въ томъ случаѣ, еслибы отъ больного, страдающаго болѣзью сердца, потребовалось еще, чтобы онъ сдѣлалъ утомительное восхожденіе на гору. *Schatz* доказалъ цифрами, до какой степени значительно можетъ повышаться кровяное давление во время потуги; если повышеніе это уже при нормальной потугѣ равняется 70—80 миллиметрамъ ртутнаго столба, то очевидно, что при ненормально сильныхъ потугахъ и въ особенности при очень сильномъ напряженіи брюшнаго пресса должны получаться цифры еще болѣе высокія.

Поэтому въ нѣкоторыхъ случаяхъ, преимущественно въ болѣе тяжелыхъ, мы и видимъ, что уже во время родовъ состояніе больной значительно ухудшается вслѣдствіе усиленія одышки, вслѣдствіе выступленія жидкости изъ сосудовъ малаго круга, т. е. вслѣдствіе отека легкихъ, или же вслѣдствіе кровоизліяній въ головной мозгъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больная начинаютъ чувствовать себя вполне удовлетворительно тотчасъ послѣ изгнанія плода, т. е. въ третьемъ періодѣ родовъ: какъ только больному сердцу уже не предъявляется усиленныхъ требованій, которыя предъявлялись ему во время беременности и родового акта, оно, благодаря удовлетворительной компенсаціи, оказывается опять въ состояніи исполнять свою работу.

§ 188. Большая заслуга *Wessner*'а (Inaug.-Diss. Bern) состоитъ въ томъ, что онъ, вопреки прежнимъ взглядамъ, доказалъ на достаточно обширномъ матеріалѣ, что психическія и физическія напряженія, дѣйствующія на сердце во время родового акта, чаще переносятся безъ особеннаго вреда, чѣмъ это обыкновенно думаютъ, и что въ большинствѣ случаевъ болѣзнь сердца даже ускользаетъ отъ вниманія врача именно потому, что она не обнаруживается никакими симптомами. Значительныя расстройства существуютъ лишь въ нѣкоторыхъ болѣе тяжелыхъ случаяхъ болѣзни сердца, гдѣ компенсація уже оказывается недостаточною для того, чтобы выравнивать сильныя колебанія давления, наступающія во время родового акта и особенно въ моментъ его окончанія; подобные случаи главнымъ образомъ и послужили для *Spiegelberg*'а поводомъ въ тому, чтобы признать чрезвычайно неблагоприятнымъ предсказаніе при порокахъ сердца въ родильномъ періодѣ.

*Wessner* несомнѣнно правъ, когда онъ говоритъ, что пороки сердца въ родильномъ періодѣ часто проходятъ совершенно незамѣченными или замѣчаются только случайнымъ образомъ; я припоминаю очень много случаевъ, гдѣ ненормальное учащеніе пульса у родильницы, при отсутствіи

лихорадки, раздраженія брюшины или предшествовавшей потери крови, которыми можно было бы его объяснить, подавало поводъ къ тщательному изслѣдованію сердца, причѣмъ оказывался старый порокъ клапановъ, не обнаруживавшійся до тѣхъ поръ никакими явленіями; подобные случаи несомнѣнно составляютъ большинство. Къ сожалѣнію, у меня не сохранилось точныхъ цифръ за время моей прежней дѣятельности, а тѣ цифры, которыя имѣются у меня теперь, слишкомъ еще недостаточны; но статистика Бернской клиники показываетъ, что изъ 25 родильницъ, страдавшихъ болѣзнями сердца и которыя въ общей совокупности родили 93 раза, умерла только одна, тогда какъ у остальныхъ 24-хъ родильницъ субъективные симптомы были очень незначительны или совсѣмъ отсутствовали.

Тѣ случаи болѣзни сердца въ родильномъ періодѣ, которые не протекали съ полнымъ отсутствіемъ симптомовъ и въ которыхъ наступленіе родовъ сопровождалось не облегченіемъ, а, напротивъ того, существеннымъ ухудшеніемъ, представляли, насколько я могу судить по моему личному опыту, исключительно такіе случаи, гдѣ уже въ послѣднія недѣли беременности существовали сильныя расстройства вслѣдствіе переполненія малаго и большаго круга; въ большинствѣ этихъ случаевъ дѣло шло о тяжелыхъ заболѣваніяхъ двустворчатаго клапана; нерѣдко, вслѣдствіе продолжительнаго чрезмѣрнаго накопленія углекислоты въ крови, сами собою наступали преждевременные роды, послѣ чего больная испытывала значительное облегченіе.

Въ этихъ случаяхъ дѣятельность сердца уже во время родовъ становится недостаточною, пульсъ — малымъ, часто также неправильнымъ или дикротичнымъ; вслѣдствіе застоя въ маломъ кругу, появляются сильная dyspnoe или даже orthopnoe и отекъ легкихъ съ изверженіемъ пѣнистой, даже кровянистой мокроты; расстройство дыханія обнаруживается очень сильнымъ цианозомъ или даже тревожными симптомами задушенія.

Нерѣдко при этомъ во время родовъ наблюдается ослабленіе потугъ, зависящее просто отъ истощенія больной, такъ что приходится прибѣгать къ пособию искусства, напр. къ извлеченію щипцами и т. п.; еще хуже для состоянія больной, если недостаточная дѣятельность матки въ третьемъ періодѣ родовъ приводитъ къ атоническому кровотеченію.

Послѣ изгнанія плода, съ пониженіемъ кровянаго давленія въ аортѣ, прежде всего происходятъ переполненіе малаго круга; если дѣятельность праваго желудочка ослаблена, то онъ не можетъ устранить этотъ застой крови, и тогда наступаютъ вышеописанные тяжелые симптомы; кромѣ того, недостаточная дѣятельность его должна, конечно, обнаружиться застоємъ въ большомъ кругу, и преимущественно въ области нижней полой вены, въ развѣтвленіяхъ которой уже и безъ того часто существуетъ застой крови во время беременности; слѣдовательно, дѣло должно дойти и до застоя крови въ венахъ брюшной полости, и этотъ застой будетъ

выравниваться тѣмъ труднѣе, чѣмъ менѣе иочки способны обнаруживать свою нормальную дѣятельность. Поэтому я думаю, что дѣло можетъ одновременно идти такимъ образомъ, какъ это требуется обѣими взаимно противоположными теоріями *Fritsch'a* и *Spiegelberg'a*.

Наибольшая опасность существуетъ въ первые часы послѣ родовъ: женщина, только-что родившая, можетъ погибнуть отъ задушенія вслѣдствіе чрезмѣрнаго переполненія малаго круга; въ другихъ случаяхъ быстрая смерть при явленіяхъ недостаточнаго окисленія крови и недостаточнаго снабженія продолговатаго мозга кровью, содержащею кислородъ, зависитъ не столько отъ переполненія малаго круга, сколько отъ абсолютно недостаточной дѣятельности сердца, особенно при осложненіи изнуряющими кровотеченіями.

Иногда предсказаніе, какъ будто очень неблагоприятное, поразительно быстро улучшается по окончаніи родовъ; спустя 2 — 3 часа, больная, положеніе которой передъ тѣмъ казалось безнадежнымъ, можетъ считаться спасенною отъ непосредственной опасности, если удалось возбудить энергическую дѣятельность сердца.

Важную роль здѣсь играетъ быстрое, сознательное вмѣшательство врача; поэтому, если существуютъ симптомы нарушенной компенсаціи, онъ долженъ оставаться у постели больной не только во время родовъ, но и въ первые 2—3 часа по окончаніи ихъ.

§ 189. *Личеніе* въ родильномъ періодѣ, если не существуетъ никакихъ симптомовъ или же если разстройства, вызванныя родовымъ актомъ, уменьшаются тотчасъ по окончаніи родовъ, бываетъ въ большинствѣ случаевъ совершенно излишнимъ. Что же касается тѣхъ случаевъ, гдѣ наступаютъ вышеописанные тяжелые симптомы, то я не могу примѣнить къ мнѣнію *Spiegelberg'a*, будто-бы при порокахъ двустворчатаго клапана необходима совершенно иная терапія, чѣмъ при порокахъ клапановъ аорты. И здѣсь и тамъ дѣло идетъ о несостоятельности сердца, объ ослабленіи и неправильности его сокращеній; слѣдовательно, въ большинствѣ случаевъ задача состоитъ въ быстромъ усиленіи сердечной дѣятельности, а для этого всего лучше прибѣгнуть къ подкожнымъ впрыскиваніямъ камфоры, или къ мускусу.

При сильномъ переполненіи малаго круга, мы стараемся вызвать отвлеченіе горчичною бумагою, горчичными ручными или ножными ваннами; если же этого оказалось недостаточно, то можно попытаться усилить отхаркиваніе посредствомъ крѣпкаго *Infus. Ipecacuanh. съ Liq. Ammon. anis.*, а въ случаѣ прямой опасности для жизни можно прибѣгнуть къ рвотнымъ средствамъ, изъ которыхъ здѣсь наиболѣе полезенъ апоморфинъ (лучше всего въ видѣ подкожнаго впрыскиванія,  $\frac{1}{3}$  —  $\frac{1}{2}$  шприца 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub> раствора).

При порокахъ двустворчатаго или аортальныхъ клапановъ не слѣдуетъ также пренебрегать кровопусканіемъ; конечно, при порокахъ лѣваго

венознаго отверстія, если компенсація уже сдѣлалась недостаточною, средство это чаще будетъ оказываться необходимымъ, чѣмъ при порокахъ аорты; кровоупусканія въ 250—300 куб. см. совершенно достаточно; если прибѣгать къ нему въ случаяхъ дѣйствительной необходимости, то можетъ быть спасена жизнь больной, въ чемъ я лично убѣдился. *Fritsch* совѣтуетъ накладывать на животъ мѣшокъ съ пескомъ, для того чтобы предотвратить чрезмѣрное скопленіе крови въ брюшной полости.

Когда уже измѣнились условія кровообращенія въ родильномъ періодѣ, такъ что первая стадія, наиболѣе опасная, прошла благополучно, то назначается обычное лѣченіе болѣзней сердца; смотря по положенію дѣла, здѣсь будетъ умѣстно назначить наперсточную траву, которую *Spiegelberg* считалъ возможнымъ примѣнять только при порокахъ двустворчатого клапана; полезными оказываются также Tinct. *Strophanthi* (нѣсколько разъ въ день по 10 капель) и двойныя соли кофеина (*Coffeino-Natrium benzoicum, cinnamylatum* или *salicylicum*, нѣсколько разъ въ день по 0,2 грм.), особенно въ такихъ случаяхъ, гдѣ желательно усилить отдѣленіе мочи.

Когда симптомы уже не такъ настоятельны, можно ограничиться назначеніемъ прохладнаго питья и соляныхъ слабительныхъ (горькая соль, Фридрихсгальская горькая вода, лимонадъ изъ лимоннокислой магнезіи).

Кормленіе грудью во всѣхъ этихъ тяжелыхъ случаяхъ неумѣстно, въ виду того, что оно сопряжено съ физическимъ и душевнымъ возбужденіемъ родильницы и съ увеличеннымъ введеніемъ жидкости; но если порокъ сердца еще незначителенъ и если онъ протекалъ безъ всякихъ симптомовъ, то въ такомъ случаѣ не слѣдуетъ безусловно воспрепятствовать кормленію грудью; но только оно не должно продолжаться слишкомъ долго.

Объ эндокардитѣ въ родильномъ періодѣ я уже говорилъ (см. гл. XIV). Не подлежитъ сомнѣнію тотъ фактъ, что на почвѣ старыхъ пороковъ сердца нерѣдко развивается и злокачественный септический эндокардитъ. Существуетъ ли не-септический, «идіопатическій» послѣродовой эндокардитъ, который былъ констатированъ *Virchow*'омъ преимущественно при врожденной узости аорты у хлоротичныхъ родильницъ,—это еще сомнительно; первичное гнѣздо инфекціи чрезвычайно легко можетъ остаться незамѣченнымъ; точное бактериологическое изслѣдованіе подобныхъ случаевъ выяснитъ намъ, существуетъ ли въ дѣйствительности эта форма эндокардита.

Кромѣ септического язвеннаго эндокардита, въ позднѣйшія недѣли родильнаго періода или спустя долгое время по окончаніи его, встрѣчается также, хотя и довольно рѣдко, рецидивирующая форма остраго эндокардита (*endocarditis acuta recurrens*), которая, при высокой лихорадкѣ, многочисленныхъ мелкихъ метастазахъ, кровотеченій и т. д., приводитъ къ смерти въ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ.

Теченіе и терапія не представляютъ здѣсь ничего специфическаго своей



ственного родильному періоду, и поэтому я могу ограничиться ссылкой на руководства внутренней медицины.

§ 190. Въ видѣ дополненія, не мѣшаетъ еще сказать здѣсь нѣсколько словъ объ очень рѣдко встрѣчающемся *остромъ жировомъ перерожденіи сердца* въ родильномъ періодѣ, на которое давно уже было указано *Hecker*'омъ (острый миокардитъ съ жировымъ перерожденіемъ мышечныхъ волоконъ и отложеніемъ между ними пигмента); по единогласному свидѣтельству авторовъ, наблюдавшихъ подобныя случаи, это острое жировое перерожденіе чаще всего вызывается изнуряющими кровотеченіями и недостаточнымъ притокомъ артеріальной крови въ сердечную мышцу. Возможно, что сюда долженъ быть отнесенъ и тотъ случай, о которомъ я упомянулъ по поводу внезапныхъ случаевъ смерти въ родильномъ періодѣ (см. выше); обыкновенно смерть наступаетъ здѣсь при симптомахъ паралича сердца такъ быстро, что можетъ явиться предположеніе объ острой септицеміи, особенно въ первые дни родильнаго періода. Лѣченіе совершенно безсильно.

Еще болѣе рѣдки случаи въ родѣ того, который наблюдался *Spiegelberg*'омъ, гдѣ на третій день родильнаго періода наступила смерть вслѣдствіе *разрыва* сердечной мышцы съ изліяніемъ крови въ перикардіальный мѣшокъ.

## ГЛАВА XXVIII.

### Бугорчатка въ родильномъ періодѣ.

§ 191. Если я здѣсь упоминаю о бугорчаткѣ, то это дѣлается не потому, чтобы теченіе ея представляло въ родильномъ періодѣ какія либо особенности, а потому, что осложненіе беременности бугорчаткою встрѣчается довольно часто и что предсказаніе въ большинствѣ такихъ случаевъ довольно серьезно.

Собственно говоря, очень странно, что догматъ объ извѣстнаго рода невоспримчивости беременныхъ по отношенію къ бугорчаткѣ могъ держаться такъ долго, не смотря на работу *Grisolle*'я, опубликованную еще въ 1850 году: *Grisolle* тогда уже доказалъ, что бугорчатка во время беременности не только не замедляетъ своего теченія, но даже протекаетъ быстрѣе, тогда какъ родильному періоду *Grisolle*, страннымъ образомъ, приписываетъ скорѣе даже благопріятное вліяніе. Но что послѣднее утвержденіе невѣрно, — это доказалъ *Lebert*, сообщивъ свои тщательныя наблюденія, сдѣланныя въ частной практикѣ.

По имѣющимся теперь наблюденіямъ, не подлежитъ никакому сомнѣнію, что беременность и родильный періодъ чрезвычайно благопріятствуютъ развитію бугорчатки; *Lebert*, приведя случаи изъ своей многолѣтней частной практики, доказалъ, что у женщинъ, имѣющихъ наслѣд-

ственное предрасположеніе къ бугорчаткѣ, родильное состояніе можетъ вызвать эту болѣзнь, и что женщины, которыя до замужества страдали бугорчатыми процессами, но у которыхъ процессы эти остановились въ своемъ дальнѣйшемъ развитіи, почти всегда заболѣваютъ уже въ первомъ или, по крайней мѣрѣ, въ одномъ изъ послѣдующихъ родильныхъ періодовъ.

Оставляя въ сторонѣ не относящееся сюда теченіе бугорчатки во время беременности, а также и вліяніе родового акта, которое продолжается, правда, лишь короткое время, но которое при очень сильной бугорчаткѣ иногда становится опаснымъ вслѣдствіе воспрепятствованнаго дыханія, — мы должны относительно родильнаго періода констатировать, что и здѣсь, какъ и вообще при бугорчаткѣ, теченіе болѣзни можетъ быть чрезвычайно различнымъ и, во всякомъ случаѣ, не представляетъ для родильнаго періода ничего специфическаго.

Между тѣмъ какъ у больныхъ, у которыхъ процессъ находится еще въ самомъ началѣ своего развитія, мы иногда не замѣчаемъ въ родильномъ періодѣ никакихъ явленій, такъ что могла бы даже явиться мысль объ остановкѣ дальнѣйшаго развитія бугорчатки, — у другихъ больныхъ лихорадочный процессъ начинается лишь въ родильномъ періодѣ; въ этихъ послѣднихъ случаяхъ дифференціальныи діагнозы можетъ, конечно, вначалѣ оставаться подъ сомнѣніемъ, тѣмъ болѣе, что при нѣкоторыхъ формахъ пуэрперальнаго зараженія, особенно при піэмическихъ процессахъ, кривая лихорадки можетъ представлять очень большое сходство съ тою, которая наблюдается при общей просовидной бугорчаткѣ. Однако, въ сомнительныхъ случаяхъ всегда нужно скорѣе предполагать пуэрперальное зараженіе, ибо не подлежитъ сомнѣнію, что роженицы, страдающія бугорчаткою, могутъ столь же легко, какъ и другія, заболѣвать пуэрперальными заразными болѣзнями, если представится подходящий случай къ зараженію.

Во всякомъ случаѣ, наиболѣе неблагоприятно теченіе бугорчататаго процесса у такихъ родильницъ, которыя еще во время беременности, особенно въ послѣдніе мѣсяцы, страдали постоянно высокою лихорадкою вслѣдствіе заболѣванія легкихъ или гортани. Рѣдко случается, чтобы женщина умерла не разрѣшившись; точно также рѣдко бываетъ необходимо произвести искусственные преждевременные роды съ тою цѣлью, чтобы избѣжать кесарскаго сѣченія въ агоніи; впрочемъ, я иногда производилъ съ такою цѣлью преждевременные роды и еще теперь признаю это болѣе рациональнымъ, чѣмъ производство кесарскаго сѣченія лишь послѣ смерти матери, когда плодъ можетъ уже оказаться мертвымъ. Каждый наблюдатель можетъ подтвердить, что дѣти, даже у женщинъ, страдающихъ очень сильною бугорчаткою, обыкновенно рождаются крѣпкими и толстыми, такъ что производство искусственныхъ преждевременныхъ родовъ за нѣсколько недѣль до нормальнаго срока не причиняетъ новорожденному никакого вреда.

Слѣдовательно, въ значительномъ большинствѣ случаевъ родильный періодъ явно ухудшаетъ теченіе бугорчатки; но, съ другой стороны, бываютъ случаи, хотя и болѣе рѣдкіе, гдѣ чахотка въ родильномъ періодѣ нѣсколько задерживается въ своемъ развитіи, принимая болѣе медленное и благопріятное теченіе. Къ сожалѣнію, этотъ фактъ до сихъ поръ остается необъяснимымъ; наоборотъ, гораздо болѣе понятно, что беременность влияетъ на организмъ женщины истощающимъ образомъ, вслѣдствіе увеличеннаго расходованія питательнаго матеріала, и что поэтому бугорчатка въ организмѣ беременной, какъ и вообще во всякомъ ослабленномъ организмѣ, развивается съ болѣею быстротою.

Лѣченіе, въ виду вышесказаннаго, не представляетъ ничего специфическаго для родильнаго періода, а должно производиться по общимъ правиламъ.

Всего важнѣе заботиться о ребенкѣ матери, страдающей бугорчаткою. Что грудной ребенокъ, рожденный чахоточною матерью, могъ пріобрѣсть бугорчатку еще во время утробной жизни, — въ пользу этого свидѣтельствуется покамѣстъ одно только наблюденіе *Charrière'a*, которое впрочемъ было сдѣлано еще до открытія бугорчатыхъ палочекъ и поэтому не можетъ считаться вполне доказательнымъ. Но для телятъ вполне доказана возможность перехода бугорчатки съ матери на утробный плодъ, такъ что, по аналогіи, позволительно допустить эту возможность и для человѣка.

Еслибы мы въ настоящее время уже обладали вѣрнымъ способомъ лѣченія чахотки, то при незначительномъ заболѣваніи родильницы, кормящей грудью, было бы всего рациональнѣе ограничиваться лѣченіемъ матери, рассчитывая на то, что лѣченіе это будетъ дѣйствовать и на груднаго младенца чрезъ посредство молока. Но такъ какъ до сихъ поръ это еще невозможно, то считается обязательнымъ правиломъ, что женщина, страдающая бугорчаткою, не должна ни въ какомъ случаѣ кормить своего ребенка грудью, хотя бы уже ради того, чтобы болѣзнь не перешла на груднаго ребенка чрезъ посредство молока, какъ это доказано по отношенію къ рогатому скоту.

Если дозволяютъ средства, то нужно дать ребенку чахоточной матери здоровую кормилицу; обратнаго перехода бугорчатки съ ребенка на кормилицу нечего опасаться; но, съ другой стороны, въ виду изслѣдованій *Cornet'a*, не нужно допускать, чтобы кормилица и грудной ребенокъ спали въ одной комнатѣ съ чахоточною матерью. Опытомъ доказано, что дѣти, страдающія бугорчаткой и не имѣющія кормилицы, очень скоро умираютъ.

Лѣченіе чахоточныхъ женщинъ въ родильномъ періодѣ не представляетъ ничего специфическаго относительно показаній, и поэтому я могу здѣсь сослаться на руководства внутренней медицины. При бугорчаткѣ въ родильномъ періодѣ умѣстно и позволительно прибѣгать къ жаропо-

нижающимъ средствамъ, между тѣмъ какъ собственно при пuerperальныхъ заболѣваніяхъ я считаю эти средства нерациональными (см. выше).

Важное значеніе имѣеть по возможности удовлетворительное обратное развитіе матки въ родильномъ періодѣ, для того чтобы истощающія потери крови еще болѣе не подорвали общее состояніе больной женщины; слѣдовательно, необходимо тщательно наблюдать за маткою послѣ родовъ, затѣмъ въ дальнѣйшемъ теченіи прикладывать пузырь со льдомъ, а на второй недѣлѣ перейти къ лѣченію теплотою, эрготиномъ, или назначить *Hydrastis canadensis*.

Если дозволяютъ средства родильницы, то по окончаніи собственно родильнаго періода, т. е. спустя 3—4 недѣли, нужно переселить ее въ горный климатъ, хотя бы даже зимою, для того чтобы по возможности частымъ пребываніемъ на открытомъ воздухѣ было задержано дальнѣйшее развитіе бугорчатки; слѣдуетъ ли въ этомъ случаѣ предпочитать излюбленныя климатическія станціи, всегда переполненныя кандидатами на чахотку, — это есть вопросъ, рѣшеніе котораго я предоставляю терапевтамъ; но мнѣ кажется, что общество чахоточнаго больного не въ такой степени безопасно, какъ это утверждаетъ *Cornet*.

И здѣсь также остается въ силѣ то правило, что родильница, хотя бы страдающая бугорчаткою, должна съ перваго же дня послѣ родовъ получать по возможности питательную пищу, т. е. должно быть предписано нѣчто въ родѣ усиленнаго питанія по способу *Playfair*'а, но безъ массажа; если аппетитъ недостаточенъ, то мы стараемся усилить его тонизирующими или горькими средствами.

## ГЛАВА XXIX.

### *Eclampsia puerperalis*.

#### Эклампсія въ родильномъ періодѣ.

§ 192. Подъ эклампсіей въ родильномъ періодѣ я разумѣю какъ тѣ случаи эклампсіи, которые, начавшись еще во время родового акта, продолжаютъ и послѣ родовъ, такъ и тѣ, которые впервые появляются въ родильномъ періодѣ у женщинъ, у которыхъ во время беременности и родового акта не было никакихъ явленій эклампсіи.

*Schröder* и друг. авторы, писавшіе о сущности эклампсіи, конечно, вполне правы, когда они говорятъ, что въ понятіе объ эклампсіи были включены этиологически совершенно различныя болѣзненные состоянія, которыя пока еще не могутъ быть отдѣлены другъ отъ друга.

Гораздо болѣе яснымъ представляется клиническое понятіе объ эклампсіи: подъ этимъ именемъ мы разумѣемъ внезапно появляющіяся клоническія и тоническія судороги произвольныхъ мышцъ всего тѣла, связанные съ болѣе или менѣе глубокимъ, въ однихъ случаяхъ очень кратко-

временнымъ, а въ другихъ очень продолжительнымъ, коматознымъ состояніемъ.

Болѣе чѣмъ вѣроятно, что въ основѣ этой клинической картины, отдѣльныя черты которой, какъ будетъ показано въ нижеслѣдующемъ изложеніи, отличаются очень большимъ разнообразіемъ, лежить не всегда одна и та же этиологія.

Нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что, когда сдѣлалось известнымъ частое совпаденіе эклампсіи беременныхъ и роженицъ съ заболѣваніемъ почекъ, на эклампсію роженицъ были перенесены теоріи возникновенія столь сходныхъ съ нею судорогъ, появляющихся при тяжелыхъ формахъ заболѣванія почекъ внѣ родильнаго періода, и что поэтому *Frerichs* видѣлъ въ эклампсіи не что иное, какъ урэмію, обусловленную заболѣваніемъ почекъ. Я долженъ здѣсь же замѣтить, что для нѣкоторыхъ случаевъ, — особенно для эклампсіи при такъ называемой, по *Leiden*'у, почкѣ беременныхъ, — это объясненіе можетъ до известной степени считаться удовлетворительнымъ, но только здѣсь необходимо еще какое нибудь способствующее обстоятельство, чтобы объяснить появленіе судорогъ. Однако, существуютъ вѣскія данныя, которыя не позволяютъ намъ признать заболѣваніе почекъ единственною причиною эклампсіи.

Конечно, нельзя отрицать, что альбуминурія во время беременности, родовъ и родильнаго періода особенно предрасполагаетъ къ появленію той группы симптомовъ, которая носитъ названіе эклампсіи; это настолько доказано статистическими данными, что приводить здѣсь точныя цифры я считаю излишнимъ. Но, съ другой стороны, не слѣдуетъ упускать изъ виду, что именно въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ хроническаго нефрита, которые во время беременности обыкновенно идутъ быстро впередъ, сопровождаясь значительнымъ увеличеніемъ количества бѣлка въ мочѣ, эклампсія встрѣчается сравнительно довольно рѣдко. Съ тѣхъ поръ какъ вниманіе мое было обращено на связь между привычнымъ преждевременнымъ умираніемъ плода и заболѣваніемъ почекъ у беременныхъ, я сталъ тщательно слѣдить за подобными случаями, и меня всегда поражало, какъ рѣдко эклампсія встрѣчается именно при этихъ болѣе тяжелыхъ формахъ нефрита у беременныхъ, роженицъ и родильницъ.

Далѣе, необходимо указать на то, что существуетъ цѣлый рядъ достовѣрныхъ случаевъ эклампсіи, и особенно такихъ, которые впервые обнаруживались только въ родильномъ періодѣ, гдѣ до появленія судорогъ не было никакой альбуминурии; мало того, въ нѣкоторыхъ случаяхъ моча не содержала бѣлка даже во время экламптическихъ судорогъ и по окончаніи ихъ.

Поэтому неудивительно, что уже очень скоро стали искать другихъ объясненій и вообразили, что нашли таковое въ теоріи *Traube-Rosenstein*'а, согласно которой повышеніе кровянаго давленія въ системѣ

аорты, обусловливаемое потугами, можетъ при существующей у беременныхъ гидрэмии крови оказаться иногда достаточнымъ для того, чтобы вызвать отекъ и послѣдовательную анемію головного мозга; при отекѣ мозга въ области двигательныхъ центровъ должны были появляться судороги, а при отекѣ въ области мозговой коры — коматозное состояніе, совершенно такъ же, какъ въ знаменитыхъ опытахъ *Kussmaul*'я и *Tenner*'а внезапное прекращеніе притока крови вызывало эпилептическія судороги. Дѣйствительно, эта теорія для многихъ случаевъ была очень соблазнительна, и я самъ признавалъ ее для нѣкоторыхъ случаевъ эклампсіи, особенно для тѣхъ, гдѣ она появляется во время трудныхъ родовъ.

Но и эта теорія, къ сожалѣнію, не объясняетъ всѣхъ случаевъ эклампсіи. Въ новѣйшее время различныя изслѣдованія, особенно посредствомъ гемометра *Fleischl*'я, доказали, что гидрэмия беременныхъ, которую прежде признавали какъ аксіому, существуетъ далеко не всегда, и что не особенно рѣдко констатируется даже увеличенное содержаніе гемоглобина въ крови.

Далѣе, эта теорія оказывается совсѣмъ неподходящею для самыхъ тяжелыхъ случаевъ эклампсіи, появляющихся еще во время беременности при отсутствіи потугъ. Что же касается случаевъ послѣродовой эклампсіи, которые насъ всего болѣе здѣсь интересуютъ, то и для нихъ эта теорія неподходяща, такъ какъ кровяное давленіе въ аортѣ вскорѣ послѣ родовъ становится болѣе низкимъ, чѣмъ оно было раньше.

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ, какъ доказано тщательнымъ сопоставленіемъ *Löhlein*'а, вскрытіе трупа обнаруживаетъ анатомическія измѣненія въ почкахъ; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, составляющихъ незначительный процентъ, было найдено расширеніе мочеточниковъ, иногда лишь одного изъ нихъ, въ особенности — праваго. *Halbberthsmu*, обратившій на это обстоятельство особенное вниманіе, объясняетъ эклампсію застаиваніемъ мочи въ расширенныхъ мочеточникахъ и въ почечныхъ лоханкахъ, причѣмъ въ этихъ послѣднихъ является увеличенное напряженіе; это расширеніе происходитъ будто бы главнымъ образомъ вслѣдствіе давленія, оказываемаго на мочеточники подлежащею головкою плода. Возникновеніе эклампсіи этимъ путемъ возможно будто бы и въ родильномъ періодѣ, такъ какъ отдѣленіе и выдѣленіе мочи возобновляются не въ одинаковой мѣрѣ, вслѣдствіе пареза мускулатуры мочеточниковъ. Но и это опредѣленіе слишкомъ узко, такъ какъ, во первыхъ, расширеніе мочеточниковъ констатируется лишь въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ эклампсіи, а во вторыхъ, его находили при анатомическомъ вскрытіи и у такихъ родильницъ, у которыхъ не было эклампсіи. Прежде всего, по моему мнѣнію, слѣдовало бы ожидать, что при опухоляхъ въ маломъ тазу, часто достигающихъ колоссальнаго объема, а особенно при надбрюшинныхъ опухоляхъ яичниковъ, при

фиброидахъ, нервѣдо обусловливающихъ прижатіе параметрія какъ-разъ соотвѣтственно направленію мочеточника, будетъ иногда наблюдаться эклампсія, чего въ дѣйствительности однако не бываетъ. Поэтому и въ расширеніи мочеточниковъ, значенія котораго нельзя отрицать, я могу видѣть только способствующую причину эклампсіи.

Наконецъ, по новѣйшей теоріи *Stumpf*'а, поводомъ къ возникновенію эклампсіи служитъ присутствіе въ крови ацетона или ацето-уксусной кислоты, такъ что эклампсія должна находиться въ близкомъ родствѣ съ диабетическимъ коматознымъ состояніемъ, которое, по *Kussmaul*'ю, вѣроятно, тоже основано на ацетонеміи; но эта теорія *Stumpf*'а еще слишкомъ мало подтверждена фактами. Хотя объёмъ картина́мъ болѣзни свойственно глубокое коматозное состояніе, однако необходимо прежде всего напомнить о томъ, что при экламптическомъ коматозномъ состояніи температура тѣла, по всѣмъ существующимъ наблюденіямъ, непрерывно повышается, тогда какъ при диабетическомъ она падаетъ, иногда даже до 30° Ц. Присутствіе сахара въ мочѣ беременныхъ, заболѣвшихъ эклампсіею, точно также не имѣетъ въ моихъ глазахъ доказательнаго значенія: мы знаемъ, что при хорошо развитыхъ грудяхъ часто уже въ послѣдніе мѣсяцы беременности появляется въ мочѣ обильное количество молочнаго сахара; слѣдовательно, если въ мочѣ, количество которой при эклампсіи часто бываетъ чрезвычайно уменьшено, оказывается относительно очень большое содержаніе молочнаго сахара, то это не представляетъ ничего особеннаго. Съ другой стороны, нельзя отрицать, что образованіе ацетона въ крови можетъ быть столь же хорошо объяснено воспрепятствованнымъ выдѣленіемъ мочи изъ тѣла. На это указываютъ также 2 случая *Stumpf*'а, которые встрѣтились ему вскорѣ одинъ за другимъ: эклампсія осложняла острую желтую атрофію печени, причемъ въ послѣдней было обнаружено присутствіе лейцина и тирозина. Но въ обширной казуистикѣ эклампсіи нигдѣ больше не упоминается о подобныхъ случаяхъ, такъ что присутствіе лейцина и тирозина должно скорѣе считаться рѣдкимъ осложненіемъ или послѣдовательнымъ явленіемъ, а не этиологическимъ моментомъ эклампсіи. Во всякомъ случаѣ, объяснять возникновеніе эклампсіи образованіемъ какого-либо птомаина въ крови значило бы только описывать явленіе въ другихъ словахъ.

Никто не станетъ удивляться тому, что въ настоящее время дѣлались попытки свести эклампсію на бактеріальное заболѣваніе. *Blanc* [въ Лионѣ] <sup>1)</sup> получилъ изъ мочи чистыя разводки микроорганизмовъ, обыкновенно группировавшихся въ формѣ диплококковъ и представлявшихъ посрединѣ уплотненіе на подобіе ядра; онъ утверждаетъ, что впрыскиваніе чистыхъ разводовъ этихъ микроорганизмовъ вызывало у кроликовъ

<sup>1)</sup> Archives de Tocologie. Мартъ и апрѣль 1889 г.

и морских свинок картину эклампсии, съ болѣе или менѣе значительными измѣненіями въ почкахъ.

Въ этихъ опытахъ мнѣ кажется подоврительнымъ, что у тѣхъ животныхъ, которыя умирали не очень быстро, появлялось на мѣстѣ впрыскиванія нагноеніе или даже омертвѣніе, а при вскрытіи трупа оказывались метастатическіе процессы. Во всякомъ случаѣ, эти опыты еще очень нуждаются въ подтвержденіи <sup>1)</sup>). Въ виду всей клинической картины и теченія болѣзни, можно уже напередъ отвергнуть эту этиологію; до сихъ поръ никогда еще не приходилось наблюдать эклампсію въ видѣ скупенныхъ случаевъ, а тѣмъ менѣе — въ видѣ эпидемій.

Наконецъ, я долженъ рѣшительно отвергнуть предположеніе *Stumpf* а, что источникъ образованія токсически-дѣйствующаго вещества можетъ лежать въ утробномъ плодѣ. Противъ этого говорятъ, прежде всего, тѣ случаи эклампсии въ родильномъ періодѣ, гдѣ она появлялась лишь на 15-й день послѣ родовъ; частота подобныхъ случаевъ, по исчисленію нѣкоторыхъ авторовъ, равняется 20%. *Stumpf* ссылается еще на тотъ фактъ, что эклампсія часто прекращается съ наступленіемъ смерти утробнаго плода; но это должно быть объясняемо совершенно иначе.

Тщательное наблюденіе случаевъ преждевременнаго умиранія плода при хроническомъ нефритѣ беременных показало мнѣ, что съ наступленіемъ смерти утробнаго плода, которая очень часто происходитъ вслѣдствіе закупорки сосудовъ многочисленными бѣлыми инфарктами плаценты безъ появленія эклампсии, содержаніе бѣлка въ мочѣ очень часто еще до изгнанія плода быстро уменьшается, а если плодъ долго не изгоняется, то альбуминурия даже совершенно исчезаетъ. Слѣдовательно, смерть плода ведетъ къ уменьшенію альбуминурии въ силу того, что кровообращеніе въ почкахъ облегчается вслѣдствіе уменьшенія количества околоплодной жидкости, т. е. вслѣдствіе пониженія внутриматочнаго и внутрибрюшнаго давленія; если, въ случаяхъ болѣе рѣдкихъ, появился уже раньше экламптический приступъ, который, конечно, можетъ ускорить смерть плода, уже и безъ того обыкновенно ослабленнаго, то при быстромъ уменьшеніи количества бѣлка въ мочѣ приступъ обыкновенно болѣе не повторяется. Изъ этого мы видимъ, что прекращеніе эклампсии зависитъ отъ уменьшенія альбуминурии, а не отъ смерти плода.

Впрочемъ, легче критиковать существующія теоріи, чѣмъ самому создать новую, болѣе удовлетворительную; къ сожалѣнію, мы должны сознаться, что для объясненія сущности эклампсии у насъ еще нѣтъ такой теоріи, которая удовлетворяла бы всѣмъ случаямъ или, по крайней мѣрѣ, ихъ большинству; между тѣмъ, лучшее пониманіе сущности этой болѣзни было бы чрезвычайно желательно уже въ интересахъ терапіи.

<sup>1)</sup> Исслѣдованіе мочи, произведенное въ моей клиникѣ д-ромъ *Hägler*омъ въ двухъ случаяхъ эклампсии, дало совершенно отрицательный результатъ.



Можно однако думать, что къ наилучшимъ результатамъ приведетъ путь, избранный *Stumpf* омъ.

При эклампсiи, какъ это показываютъ и результаты лѣченія, дѣло идетъ несомнѣнно о спазмѣ сосудодвигательныхъ центровъ или, въ другихъ случаяхъ, о спазмѣ сосудоуживающихъ нервовъ почекъ, который, вѣроятно, чаще всего вызывается рефлекторнымъ путемъ чрезъ посредство п. *splanchnici*; рефлекторный спазмъ можетъ быть вызванъ въ сосудодвигательныхъ центрахъ головного мозга, или, въ другихъ случаяхъ, это предшествуется или сопровождается рефлекторнымъ спазмомъ почечныхъ артерiй.

§ 193. Лучше, нежели этиологическiе моменты въ собственномъ смыслѣ этого слова, намъ извѣстны предрасполагающiя причины.

Въ числѣ предрасполагающихъ моментовъ первую роль играютъ заболѣванiя почекъ, особенно — такъ называемая, по *Leyden*'у, почка беременныхъ, при которой происходятъ не паренхиматозныя измѣненiя, а только жировое перерожденiе эпителия клубочковъ и прямыхъ мочевыхъ канальцевъ; далѣе, опытомъ доказано, что къ эклампсiи предрасполагаютъ первые роды, особенно у очень молодыхъ или очень старыхъ первородящихъ, затѣмъ беременность двойнями или тройнями, при которой слѣдовательно внутрибрюшное давленiе увеличено болѣе обыкновеннаго, наконецъ — продолжительные трудные роды, соединенные съ большимъ напряженiемъ силъ, или роды при узкомъ тазѣ. Замѣчателенъ тотъ фактъ, что эклампсiя, хотя и рѣдко, можетъ послѣдовательно повторяться въ каждомъ родильномъ періодѣ; такъ напр., *Litzmann* видѣлъ появленiе уремическихъ симптомовъ во время каждой беременности, и это повторялось 9 разъ кряду; другiе наблюдали эклампсiю у нѣсколькихъ членовъ одной и той же семьи; наконецъ, несомнѣнно, что однимъ изъ поводовъ къ появленiю экламптическихъ судорогъ нерѣдко могутъ быть душевныя волненiя, заботы и огорченiя, особенно у незамужнихъ первобеременныхъ.

Кромѣ этихъ общихъ предрасполагающихъ моментовъ, способствующею причиною въ родильномъ періодѣ бываютъ очень бурныя послѣродовыя потуги, аналогично тому, какъ при эклампсiи, появившейся во время родовъ, намъ нерѣдко приходится наблюдать, что по изгнанiи плода каждая послѣдовательная потуга передъ изгнанiемъ плаценты, особенно при растиранiи матки, вызываетъ новый экламптический приступъ. *Löhlein* описалъ одинъ случай, гдѣ экламптическiе приступы появились вслѣдствiе раздраженiя почекъ, вызваннаго впрыскиванiями карболовой кислоты спустя долгое время послѣ родовъ.

Общее опредѣленiе сущности болѣзни, которое приблизительно соотвѣтствовало бы всѣмъ случаямъ, можетъ быть резюмировано слѣдующимъ образомъ: дѣло идетъ прежде всего объ анэмiи головного мозга, именно въ его корѣ или въ двигательной области, или въ обѣихъ одновременно,

которая обусловлена рефлекторнымъ раздраженіемъ сосудодвигательнаго центра, вѣроятно въ Вароліевомъ мосту и продолговатомъ мозгу.

Этотъ рефлексъ передается сосудодвигательному центру отъ чрезвычайно увеличеннаго во время беременности нервнаго узла *Frankenhäuser*'а. Раздраженіе можетъ также рефлекторнымъ путемъ чрезъ посредство симпатическаго нерва вызвать спазмъ почечныхъ артерій. Если уже и безъ того существуетъ альбуминурия, то этотъ рефлексъ можетъ еще легче, благодаря уменьшенному отдѣленію мочи, вызвать ненормальныя условія кровообращенія, т. е. мѣстную анемію или острый отекъ. Что состояніе сосудодвигательнаго центра въ головномъ мозгу и секреторная дѣятельность почекъ находятся между собою въ опредѣленной связи,—объ этомъ свидѣтельствуетъ мигрень, по прекращеніи которой обыкновенно наступаетъ обильное отдѣленіе мочи.

Неощутимыя сокращенія матки, существующія несомнѣнно уже въ ранніе мѣсяцы беременности, могутъ, особенно при быстромъ увеличеніи количества околоплодной жидкости подъ вліяніемъ альбуминурии, настолько усилиться, что рефлекторнымъ путемъ происходитъ раздраженіе сосудодвигательнаго центра въ головномъ мозгу; возможно, однако, что въ другихъ случаяхъ исходнымъ пунктомъ для рефлекса служитъ только раздраженіе, производимое напряженіемъ стѣнокъ матки. Во время родовъ эclamптическіе симптомы вызываются прежде всего рефлекторнымъ дѣйствіемъ потуги, именно связаннымъ съ нею повышеніемъ давленія или тѣмъ раздраженіемъ, которое она вызываетъ въ чувствительныхъ нервахъ, если въ то же время существуютъ другія способствующія причины. Въ третьемъ періодѣ родовъ эclamптическіе приступы рефлекторно вызываются послѣдовательными маточными сокращеніями; тѣмъ дальше подвинулось обратное развитіе матки, тѣмъ рѣже можетъ явиться поводъ къ наступленію эclamпсіи.

Слѣдовательно, мы должны твердо держаться того взгляда, что эclamпсія, при всемъ ея сходствѣ съ уреміей, представляетъ заболѣваніе специально свойственное пuerпериальнымъ процессамъ, и что при всемъ сходствѣ ея съ коматознымъ состояніемъ, встрѣчающимся при діабетѣ, при болѣзняхъ головного мозга, печени и т. д., дѣло идетъ здѣсь о такихъ процессахъ, которые связаны исключительно съ беременностью, родами и послѣродовымъ періодомъ и которые дѣйствительно ни при какой другой болѣзни не способны такъ быстро возвращаться къ нормальному состоянію, какъ это бываетъ именно при эclamпсіи.

§ 194. *Течение и симптомы.* Случай эclamпсіи, начинающіеся лишь въ родильномъ періодѣ, составляютъ вообще рѣдкость; именно, они встрѣчаются, по словамъ различныхъ авторовъ, лишь въ 7—20% общаго числа всѣхъ случаевъ заболѣванія эclamпсіей; но я скорѣе могу присоединиться къ тѣмъ авторамъ, по которымъ эта цифра составляетъ всего 7—10%.

Въ родильномъ періодѣ эклампсія чаще всего появляется очень скоро послѣ родовъ, именно въ течение первыхъ 12 часовъ, и притомъ, какъ мы уже сказали, чаще всего у первородящихъ; появленіе ея на 4-ый и 5-ый день уже составляетъ рѣдкость, а на 14-ый и 15-ый день послѣ родовъ она начиналась лишь въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ. Что касается тѣхъ случаевъ, гдѣ эклампсія начиналась будто бы на 9-й недѣлѣ, то они должны быть отнесены не къ послѣродовой эклампсіи, а къ урэміи при сморщенной почкѣ.

Течение болѣзни въ родильномъ періодѣ довольно различно, смотря по тому, существовала ли эклампсія еще во время родовъ или же она появилась лишь спустя одинъ или нѣсколько часовъ послѣ родовъ.

Въ случаяхъ первой категоріи, опорожненіе матки по изгнаніи плода и плаценты нерѣдко оказываетъ очень благоприятное вліяніе. Между тѣмъ какъ вначалѣ родильница часто еще лежитъ въ глубокомъ сопорозномъ состояніи, не реагируя на какія бы то ни было раздраженія, или у нея даже вновь появляются экламптическія судороги при каждой послѣродовой потугѣ или при различныхъ операціяхъ, производимыхъ въ третьемъ періодѣ родовъ, — мы видимъ, что мало по малу сопорозное состояніе становится менѣ глубокимъ, больная медленно приходитъ въ сознаніе, открываетъ глаза, выражаетъ удивленіе по поводу всего случившагося, причѣмъ память въ большинствѣ случаевъ отсутствуетъ до такой степени, что больная не имѣетъ никакого представленія о совершившихся родахъ и часто даже отказывается признать рожденного ею ребенка. Если затѣмъ еще и появляется нѣсколько приступовъ, то они оказываются уже болѣ легкими, свободные промежутки между ними болѣ велики, сопорозное состояніе становится уже менѣ глубокимъ, температура падаетъ, пульсъ оказывается болѣ мягкимъ и менѣ учащеннымъ, отдѣленіе мочи снова увеличивается, на тѣлѣ выступаетъ благодѣтельный потъ, и больная спокойно засыпаетъ, а затѣмъ послѣ пробужденія часто ощущается только нѣкоторая тяжесть въ головѣ. Такимъ именно образомъ дѣло идетъ въ большинствѣ тѣхъ случаевъ, гдѣ въ родильномъ періодѣ продолжается эклампсія, начавшаяся еще во время родовъ, хотя иногда проходитъ болѣе 48 часовъ, прежде чѣмъ больная совсѣмъ оправится отъ сопорознаго состоянія.

Въ другихъ случаяхъ приступы послѣ родовъ прекращаются лишь на короткое время. Эти случаи, по моимъ наблюденіямъ, вопреки мнѣнію *Schauta*, несомнѣнно принадлежатъ къ числу болѣе рѣдкихъ. Вскорѣ затѣмъ приступы возобновляются, иногда съ болѣе короткими, а иногда съ продолжительными промежутками, причѣмъ однако отдѣльный приступъ становится болѣе сильнымъ и продолжительнымъ, а сопорозное состояніе остается и во время свободныхъ промежутковъ; мало того, я видѣлъ случаи, гдѣ послѣ родовъ уже не появлялось ни одного приступа, и больная до самой смерти оставалась въ глубокомъ сопорозномъ со-

стоянія. Температура при этомъ совсѣмъ не падаетъ или только на короткое время, а въ большинствѣ случаевъ повышается непрерывно до самой смерти. Важное значеніе имѣютъ свойства пульса: до тѣхъ поръ, пока онъ остается полнымъ и правильнымъ, пока частота его лишь немногимъ превышаетъ 100 ударовъ въ минуту, предсказаніе все еще благоприятно; но когда число ударовъ пульса поднимается выше 130 въ минуту, когда онъ становится малымъ, легко сжимаемымъ, неправильнымъ, предсказаніе оказывается уже неблагоприятнымъ. Почему въ одномъ случаѣ несостоятельность сердца является спустя долгое время, а въ другомъ пораазительно рано, — это до сихъ поръ не выяснено. Я видѣлъ одинъ случай, гдѣ уже черезъ  $\frac{1}{2}$  часа послѣ перваго приступа упадокъ дѣятельности сердца при продолжавшемся спорозномъ состояніи сдѣлался до такой степени угрожающимъ, что пришлось немедленно прибѣгнуть къ камфорѣ. Можно думать, что подъ влияніемъ спазма почечныхъ сосудовъ иногда уже очень быстро накаплиются въ крови токсическія вещества, которыя спустя короткое время вызываютъ картину отравленія всего организма. Отдѣленіе мочи въ этихъ тяжелыхъ случаяхъ уже не приходитъ въ порядокъ, такъ что анурия ускоряетъ наступленіе смерти. Дыханіе остается замедленнымъ, глубокимъ, храпящимъ, а иногда появляется Чейнъ-Стокесово дыханіе. Подкожныхъ гѣморрагій, констатированныхъ *Stumpf* омъ въ самыхъ неблагоприятныхъ случаяхъ эклампсіи, я до сихъ поръ еще ни разу не наблюдалъ; вѣроятно, эти гѣморрагіи чаще всего находились въ связи съ подкожными впрыскиваніями эфира и камфоры.

Въ случаяхъ эклампсіи, начинающейся лишь въ родильномъ періодѣ, приступы появляются спустя одинъ или нѣсколько часовъ послѣ родовъ. Предрасполагающимъ образомъ дѣйствуютъ и здѣсь тѣ же условія, которыя были приведены выше, а именно — первые роды, истощеніе вслѣдствіе большой продолжительности родовъ, заболѣваніе почекъ, сильныя боли и т. д. Почти въ 90% всѣхъ случаевъ эклампсіи, появляющейся лишь въ родильномъ періодѣ, приступы начинаются въ первые 12 часовъ послѣ родовъ, а это доказываетъ, что вліяніе родового акта еще играетъ здѣсь очень большую роль.

Извѣстно немало случаевъ эклампсіи въ родильномъ періодѣ, гдѣ моча передъ появленіемъ приступовъ положительно не содержала бѣлка; но послѣ наступленія эклампсіи почти всегда появляется въ мочѣ бѣлокъ, вслѣдствіе воспрепятствованнаго кровообращенія въ почкахъ.

Приступы здѣсь ничѣмъ не отличаются отъ обыкновенныхъ. Предвѣстники въ большинствѣ случаевъ бываютъ крайне ничтожны; иногда приступъ появляется немедленно за послѣродовою потугой, а въ другихъ случаяхъ — во время перваго сна, наступившаго по окончаніи родовъ. Подробно описывать здѣсь эти приступы я не вижу надобности, такъ какъ они не представляютъ ничего характеристичнаго; приступы въ большин-

ствѣ случаевъ бываютъ болѣе короткіе, сопорозное состояніе — не столь глубокое и продолжительное; нерѣдко вслѣдъ за первымъ приступомъ появляются еще одинъ или два, но въ другихъ случаяхъ приступъ повторяется гораздо большее число разъ. Обыкновенно уже на второй день приступы прекращаются, и больная постепенно приходитъ опять въ сознание. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно при очень продолжительной тяжелой эклампсіи, еще надолго по прекращеніи приступовъ оставалось ослабленіе памяти.

Къ эклампсіи, появляющейся именно въ родильномъ періодѣ, иногда присоединялись болѣе или менѣе продолжительныя маниакальныя состоянія, такъ что даже оказывалось необходимымъ перевести больную въ домъ умалишенныхъ. Впрочемъ, предсказаніе относительно выздоровленія въ большинствѣ этихъ случаевъ очень благопріятно.

Что касается предсказанія при послѣродовой эклампсіи вообще, т. е. при той именно формѣ, которая появляется лишь въ родильномъ періодѣ, то оно несомнѣнно болѣе благопріятно, чѣмъ при эклампсіи, появившейся еще во время беременности или родовъ; въ первомъ случаѣ данныя относительно смертности колеблются между 20 и 29<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а во второмъ она составляетъ около 35<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

§ 195. Такъ какъ предсказаніе всегда сомнительно, даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь появляется лишь въ родильномъ періодѣ, то умѣстно съ самаго начала приступить къ энергическому леченію. Результаты терапіи, какъ весьма справедливо замѣтилъ еще *Schröder*, именно и указываютъ на то, что при эклампсіи существенную роль играетъ спазмодическое состояніе въ головномъ мозгу; такъ какъ всѣ противусудорожныя средства здѣсь приносятъ пользу.

Поэтому хлороформъ, съ тѣхъ поръ какъ онъ сдѣлался извѣстенъ, играетъ большую роль въ леченіи эклампсіи. Хлороформъ приноситъ пользу непосредственно, такъ какъ онъ понижаетъ давленіе и устраняетъ возбужденіе сосудосуживающихъ нервовъ; но при этомъ необходимо примѣнять его въ теченіе долгаго времени и въ достаточномъ количествѣ. Врачу всегда слѣдовало бы по возможности лично руководить непрерывнымъ наблюденіемъ за родильницею во время экламптическихъ приступовъ; примѣненіе наркотическихъ средствъ не можетъ быть ввѣряемо лицамъ неопытнымъ, каковы повивальныя бабки и сидѣлки. Наливаніемъ хлороформа на Эсмарховскую маску держать больную постоянно въ глубокомъ снѣ; какъ только больная начинаетъ просыпаться, какъ только она застонетъ или начнетъ говорить, необходимо вновь налить хлороформа. Въ дальнѣйшемъ теченіи нѣкоторые употребляютъ вмѣсто хлороформа хлораль-гидратъ; но такъ какъ глотаніе почти всегда бываетъ невозможно, то хлораль-гидратъ долженъ назначаться въ клистирѣ (2,0 грм. pro dosi, въ небольшомъ количествѣ жидкаго крахмального отвара); *Winckel* постепенно доходилъ до 12,0 грм. pro dosi. Я всегда

предпочиталъ дыханія хлороформа, такъ какъ при глубокомъ сопорожномъ состоянii и при одновременномъ лѣченii другими средствами, о которыхъ мы будемъ еще говорить, никогда нельзя быть увѣреннымъ въ томъ, что больная удержала клистиръ; слѣдовательно, въ случаѣ неполученiя эффекта мы не можемъ выяснитъ, произошло ли это оттого, что средство оказалось недействительнымъ, или просто оттого, что клистиръ не былъ удержанъ.

*G. Veit* въ послѣднее время очень настоятельно рекомендовалъ подкожныя выпрыскиванiя морфия; средство это, по его мнѣнiю, должно быть употребляемо въ очень большихъ и часто повторяемыхъ дозахъ; на первый разъ должно быть выпрыснуто не менѣе 0,03—0,04 грм. солянокислаго морфия, а затѣмъ, смотря по надобности, выпрыскиваются меньшiя дозы или такiя же, какъ и въ первый разъ; въ теченiе 6—7 часовъ *Veit* выпрыскивалъ 0,08—0,2 грм. морфия (!); но онъ справедливо настаиваетъ прежде всего на томъ, что больная должна быть доведена до глубокаго сна, а не должна находиться въ тревожной дремотѣ. Примѣненiе морфия при этомъ болѣе удобно, чѣмъ примѣненiе хлороформа. *Veit* былъ прежде такъ увѣренъ въ успѣшности этого лѣченiя, что обыкновенно даже говорилъ своимъ ученикамъ, что они никогда не должны допускать смерти больныхъ отъ эклампсiи! Къ счастью (я говорю именно — къ счастью для насъ всѣхъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ мы должны были бы дѣлать себѣ величайшiе упреки), *Veit* въ скоромъ времени самъ опубликовалъ такiе случаи, въ которыхъ столь восхвалявшiйся имъ морфiй оказался недействительнымъ. Эта точка зрѣнiя, конечно, и есть самая вѣрная: эклампсiя развивается такъ быстро, что бывають случаи, гдѣ всякое лѣченiе недействительно.

Но, какъ бы то ни было, нынѣшнiй способъ примѣненiя морфия въ видѣ подкожныхъ выпрыскиванiй кажется несравненно болѣе целесообразнымъ, чѣмъ примѣнявшiйся въ прежнее время большiя дозы опiя, хотя и нельзя отрицать, что послѣднiя также оказываютъ благоприятное дѣйствие; впрочемъ, если существуетъ малѣйшая возможность обойтись безъ опiя, то его не слѣдуетъ назначать, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ представляется желательнымъ вызвать отвлеченiе на кишечный каналъ. Къ хлороформу и морфию примыкають другiя противусудорожныя средства, какъ напр. амиль-нитритъ (3—10 капель, на пропускной бумагѣ, для дыханiя) и нитроглицеринъ (по 1—6 капель 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> спиртнаго раствора).

Кромѣ того, могутъ быть примѣнены различныя потогонныя средства, способныя вновь увеличить отдѣленiе мочи, уменьшившееся еще до появленiя приступовъ или только послѣ ихъ появленiя, или, по крайней мѣрѣ, способныя путемъ отвлеченiя на кожу предотвратить вредныя послѣдствiя задержки составныхъ частей мочи.

*Schantz* весьма справедливо выставляетъ на видѣ, что отекъ го-

ловнаго мозга, констатировавшійся при эклампсiи, долженъ считаться не послѣдствiемъ судорогъ, а причиною ихъ, такъ какъ при эпилепсiи никогда этого отека не оказывается. Въ виду той большой опасности, съ которою сопряжено распространенiе отека на Варолиевъ мостъ и на продолговатый мозгъ, — всѣ терапевтическiя мѣры, способныя устранить отекъ головного мозга, представляются здѣсь чрезвычайно важными.

Значенiе этого анатомическаго различiя между эклампсiей и эпилепсiей, столь близко родственными между собою въ остальныхъ отношенiяхъ, доказывается тѣмъ, что при эклампсiи смертность очень велика, тогда какъ отъ эпилепсiи рѣдко кто нибудь умираетъ.

§ 196. Поэтому можно только удивляться, что акушеры не очень скоро примѣнили къ лѣченiю эклампсiи способъ *Liebermeister'a*, состоящiй въ энергическомъ примѣненiи потогонныхъ средствъ при хронической Брайтовой болѣзни. Заслуга Вѣнской школы, и особенно — *Breus'a*, состоитъ именно въ томъ, что было указано на хорошия результаты, достигаемыя этимъ способомъ лѣченiя, который затѣмъ вошелъ во всеобщее употребленiе.

Какъ только при эклампсiи появляется въ видѣ осложненiя общая водянка, подкожный отекъ и заболѣванiе почекъ, необходимо тотчасъ приступить къ лѣченiю ваннами. Если плацента уже выдѣлилась и если при этомъ не было кровотеченiя, то можно посадить больную въ горячую ванну въ 30° R.; температуру воды постепенно увеличиваютъ до 35—36° R., или уже въ первой ваннѣ, или въ одной изъ послѣдующихъ. Больная остается въ ваннѣ 1/2 часа; при этомъ требуется самый тщательный надзоръ, въ виду опасности наступленiя упадка силъ, при появленiи котораго дается крѣпкое вино. Если голова больной въ ваннѣ становится слишкомъ красною и горячею, то можно положить холодный компрессъ, или сдѣлать холодное обмыванiе лба и висковъ. Послѣ ванны больная завертывается въ простыню, предварительно намоченную въ горячей водѣ (35° R.), затѣмъ поверхъ простыни кладется непромокаемая ткань, покрываемая снаружи фланелью; больная заворачивается такимъ образомъ отъ шеи до коленъ, причеиъ нужно только одну руку оставить свободною для наблюденiя за пульсомъ; эти завертыванiя, которыя впервые предложилъ *Jaquet*, приносятъ послѣ ванны большую пользу; обыкновенно подъ влиянiемъ ванны и послѣдующаго завертыванiя появляется обильный потъ. Ванны повторяются 2—3 раза въ день, смотря по надобности.

Изъ другихъ потогонныхъ средствъ большую роль въ теченiе короткаго времени игралъ пилокарпинъ; дѣлались именно подкожныя вприскиванiя 2% раствора солянокислаго пилокарпина, по 1/2—1 Правацовскому шприцу на каждый разъ; потогонное и слюногонное дѣйствiе этого средства обыкновенно наступало очень быстро; однако, пилокарпинъ, встрѣченный сначала съ большимъ энтузиазмомъ, очень скоро затѣмъ былъ

совершенно оставленъ, и именно въ виду его неблагоприятнаго дѣйствія на отдѣленіе слюны, которая, накопляясь въ большомъ количествѣ, можетъ сдѣлаться источникомъ очень большой опасности, особенно при глубокомъ коматовномъ состояніи; но главнымъ поводомъ къ оставленію пилокарпина было его неблагоприятное дѣйствіе на сердце. Когда пилокарпинъ еще не былъ въ употребленіи, я въ одномъ случаѣ назначилъ крѣпкій настой *Fol. Jabogandi*; больная казалась безусловно погибшею въ виду очень глубокаго сопорознаго состоянія, продолжавшагося послѣ родовъ, не смотря ни на какія средства; успѣхъ былъ поразителенъ: больная, казавшаяся неминуемо обреченною на смерть, выздоровѣла и отдѣлалась только глубокимъ пролежнемъ въ крестцовой области.

Нѣтъ сомнѣнія, что пилокарпинъ былъ отвергнутъ слишкомъ скоро; въ случаяхъ, гдѣ всѣ другія потогонныя средства оказались неэффективными, слѣдовало бы еще и теперь примѣнять пилокарпинъ, но, конечно, съ большою осторожностью и съ постояннымъ наблюденіемъ за дѣятельностью сердца. *Osthoff* въ своей лекціи (*Volkm. Sammlg. № 266*) доказалъ, что нельзя отрицать успѣшнаго дѣйствія пилокарпина при эклампсіи.

Результаты, достигнутые различными авторами при лѣченіи эклампсіи, всего лучше показываютъ, до какой степени неэффективнымъ иногда бываетъ любой способъ лѣченія и насколько велика разница въ интенсивности отдѣльныхъ случаевъ. Напримѣръ, *Tittel* при лѣченіи морфіемъ получилъ 57% смертности, тогда какъ *G. Veit* при лѣченіи тѣмъ же средствомъ достигъ выздоровленія почти во всѣхъ случаяхъ.

То же самое относится и къ кровопусканію. Было бы несправедливо рѣшать уже напередъ, что кровопусканіе нераціонально и даже вредно. Тѣ, которые высказываютъ подобное сужденіе, никогда не видали такихъ случаевъ, гдѣ было бы умѣстно сдѣлать кровопусканіе; я могу только присоединиться къ мнѣнію *Credé, Spiegelberg'a* и *Zweifel'a*, что кровопусканіе иногда оказываетъ превосходное дѣйствіе и даже спасаетъ жизнь больной. Случаи подобнаго рода были уже мною опубликованы раньше, впрочемъ, они встрѣчаются довольно рѣдко; въ Штутгартѣ и въ Базелѣ я уже не имѣлъ подходящихъ случаевъ для кровопусканія при эклампсіи, но я встрѣчалъ таковыя въ Лейпцигѣ, особенно, когда дѣло шло объ осложненіи эклампсіи узкимъ тазомъ у полнокровныхъ женщинъ крѣпкаго сложенія. Если въ подобномъ случаѣ появляется во время приступа сильный цианозъ, если при повторныхъ очень продолжительныхъ приступахъ появляются трахеальные хрипы и отекъ легкихъ, то обильнымъ кровопусканіемъ (около 300 куб. см.) можно спасти жизнь больной; пульсъ, до тѣхъ поръ очень напряженный, становится мягкимъ, болѣе рѣдкимъ, приступы временно ослабѣваютъ, сопорозное состояніе становится менѣе глубокимъ.

Само собою понятно, что кровопусканіе оказываетъ только скоро-



преходящее, симптоматическое дѣйствіе, и что оно не должно быть повторяемо слишкомъ часто; независимо отъ кровопусканія, главною задачею все-таки остается лѣченіе основной болѣзни.

Если сопорозное состояніе сдѣлалось менѣе глубокимъ, если временно наступаютъ свѣтлыя промежутки, такъ что больная опять начинаетъ свободно глотать, то даются щелочно-соляныя минеральныя воды, напр. *Selters, Vichy, Apollinaris, Sulzmatt, Göppingen* и т. д. или *Obersalzbrunn (Kronenquelle)*, съ цѣлью увеличить отдѣленіе мочи; затѣмъ, въ случаѣ возможности, даются еще проносныя средства, особенно *Calomel с. Jalappa, Extr. Aloës с. Extr. Colocynth.*, или горькія воды, напр. *Офенская*. Если состояніе улучшается, такъ что можно уже думать о лучшемъ питаніи больныхъ, то слѣдуетъ давать молоко, разбавленное минеральною водою или слабымъ чаемъ, супъ, бульонъ съ пептономъ или яйцомъ, тогда какъ чая, кофе и вина нужно избѣгать.

Впрочемъ, безпристрастное наблюденіе случаевъ эклампсіи должно каждаго убѣдить въ томъ, что иногда встрѣчаются токсическіе случаи, которые не уступаютъ никакимъ средствамъ и рѣзко свидѣтельствуютъ о бесполезности того или другаго метода лѣченія.

1 Какъ только появляются симптомы упадка дѣятельности сердца, должны быть назначены возбуждающія средства — вино, шампанское и подкожныя впрыскиванія камфоры, въ достаточномъ количествѣ. Но предсказаніе здѣсь неблагоприятно, коль скоро потребовалось подкожное впрыскиваніе камфоры, едва ли уже можно надѣяться спасти больную.

Лѣченіе во время самаго приступа, конечно, должно быть чисто выжидательное. Лучше всего, во всякомъ случаѣ, примѣнять хлороформъ или морфій, съ цѣлью отсрочить по возможности появленіе новыхъ приступовъ. Во время самаго приступа нужно заботиться о томъ, чтобы защитить языкъ ложкою или шпателемъ, но при этомъ врачъ долженъ остерегаться, чтобы больная, находящаяся въ сопорозномъ состояніи, не прокусила ему палецъ; если приступъ появился въ постели, то нужно принять мѣры только къ тому, чтобы больная сама не причинила себѣ какого нибудь поврежденія, вслѣдствіе сильныхъ судорожныхъ движеній конечностей; когда больная сидитъ въ ваннѣ, нужно слѣдить за тѣмъ, чтобы она не наглоталась воды.

Если приступы уже не повторялись въ теченіе 48 часовъ, если больная опять пришла въ полное сознаніе, то бѣлокъ обыкновенно быстро исчезаетъ изъ мочи; въ этихъ случаяхъ я позволялъ даже возобновить кормленіе грудью, если въ ней имѣлось достаточно молока; но при хроническомъ нефритѣ кормленіе грудью должно быть воспрещено.

## ГЛАВА XXX.

## Душевные болѣзни родильницъ.

§ 197. Душевные болѣзни родильницъ ни въ какомъ случаѣ не должны считаться свойственными родильному періоду, напр. подобно элампсией или воспаленію грудной железы, а должны разсматриваться какъ рѣдкое осложненіе родильнаго состоянія, о чемъ свидѣтельствуетъ уже статистика, согласно которой 1 случай психическаго разстройства приходится только на 1200—1600 родовъ (по *Kehrer*'у, отношеніе это равняется 1 : 500).

Признававшійся старинными авторами специфическій характеръ послѣродовыхъ формъ душевной болѣзни давно уже отвергнутъ всеми знаменитыми психіатрами новѣйшаго времени; значеніе родильнаго періода для душевныхъ болѣзней заключается лишь въ томъ, что родильное состояніе играетъ извѣстную роль въ числѣ этиологическихъ условій психозовъ; мы скажемъ здѣсь нѣсколько словъ единственно съ этой точки зрѣнія, подробное же описаніе послѣродовыхъ психозовъ всецѣло принадлежитъ психіатріи, совершенно такъ же, какъ описаніе теченія болѣзней почекъ принадлежитъ къ области внутренней медицины.

Въ этиологіи послѣродовыхъ психозовъ наследственность играетъ несомнѣнно такую же большую роль, какъ и въ этиологіи психозовъ вообще; главнымъ образомъ дѣло здѣсь идетъ о наследственности по женской линіи, и особенно со стороны матери, хотя и здѣсь, какъ при психозахъ вообще, бываютъ случаи, гдѣ одно или два поколѣнія остаются свободными отъ вліянія наследственности, — обстоятельство, совершенно понятное по теоріи *Weismann*'а относительно дѣленія воспроизводящей плазмы (*Keimplasma*, *Ahnplasma*).

Помимо наследственности, — имѣющей значеніе, быть можетъ, менѣе чѣмъ въ  $\frac{1}{3}$  всехъ случаевъ, — большую роль играетъ индивидуальное предрасположеніе, такъ наз. психопатическій діатезъ, выражающійся отчасти повышенною возбудимостью, а отчасти навлонностью къ быстрому утомленію и ослабленію энергіи. Мы зашли бы слишкомъ далеко, еслибы вадумали подробно приводить симптомы этого психопатическаго предрасположенія; всестороннимъ тщательнымъ описаніемъ ихъ мы обязаны *Arndt*'у (*Berl. Beitr.* III). Кромѣ того, важную роль играютъ аномаліи развитія, преимущественно въ области нервной и сосудистой системы, и въ томъ числѣ — хлорозъ.

Какъ внѣ родильнаго періода всевозможныя дискразическія состоянія, и въ особенности сильная анемія, возникшая отчасти вслѣдствіе врожденнаго недостаточнаго развитія сосудистой системы, а отчасти вслѣдствіе обильныхъ потерь крови, медленно готовятъ почву для психическихъ разстройствъ, чрезъ посредство истеріи и неврастеніи, — точно

такъ же очевидно, что гидрэмія беременныхъ (насколько она дѣйствительно встрѣчается), ослабленіе организма вслѣдствіе альбуминури, вслѣдствіе кровотеченій во время беременности и родовъ, обдѣніе крови вслѣдствіе чрезмѣрнаго кормленія грудью, — что всѣ эти обстоятельства могутъ способствовать появленію душевной болѣзни, особенно когда существуетъ семейное или индивидуальное предрасположеніе.

Вліяніе тяжелыхъ лихорадочныхъ послѣродовыхъ болѣзней должно, конечно, заключаться въ непосредственномъ измѣненіи мельчайшихъ элементовъ ткани головного мозга, которое вызывается отчасти путемъ разстройства кровообращенія, а отчасти путемъ нарушенія питанія, причемъ не всегда можетъ быть исключено токсическое дѣйствіе лихорадки. Я рѣшительно не признаю того, чтобы воспаленіе грудной железы особенно часто здѣсь играло роль способствующей причины; но эклампсія можетъ и безъ наслѣдственнаго предрасположенія повлечь за собою душевное разстройство.

Наконецъ, само собою понятно, что и здѣсь, какъ при психозахъ вообще, большое вліяніе должны оказывать психическія впечатлѣнія, если существуетъ предрасположеніе къ душевному разстройству; этимъ объясняется тотъ фактъ, что чувство страха, стыда и безпокойства можетъ уже во время беременности вызвать душевное разстройство, обыкновенно — угнетающаго характера; этимъ же легко объясняется и то, что родовыя боли, особенно у нервныхъ женщинъ, а иногда — чрезвычайно болѣзненные потуги въ моментъ прорѣзыванія головки, могутъ подать поводъ къ появленію душевнаго разстройства.

Если женщина уже страдала душевною болѣзью передъ послѣднею беременностью, или во время одной изъ прежнихъ беременностей или родильныхъ періодовъ, то очень легко можетъ наступить рецидивъ.

Но мы знаемъ, что нѣкоторыя изъ вышеуказанныхъ способствующихъ причинъ, напр. анэмія, потери крови, душевныя заботы, слишкомъ продолжительное кормленіе грудью и т. д., встрѣчаются чрезвычайно часто, а между тѣмъ психозы въ родильномъ періодѣ наблюдаются нечасто. Поэтому нужно согласиться съ *Arndt*'омъ, который придаетъ извѣстное значеніе семейному психопатическому предрасположенію, хотя, конечно, слѣдуетъ признать, что и безъ этого предрасположенія иная женщина особенно легко можетъ заболѣть вслѣдствіе врожденныхъ или уже въ раннемъ возрастѣ приобретенныхъ патологическихъ измѣненій центральной нервной системы.

Мнѣніе, что душевному разстройству болѣе подвержены первородящія, незамужнія родильницы или родильницы послѣ трудныхъ родовъ, защищается одними авторами и сильно оспаривается другими; для рѣшенія этихъ вопросовъ еще необходимо добыть болѣе обширныя и точныя статистическія данныя. Напротивъ того, послѣ эклампсіи иногда наблюда-

лось появленіе душевной болѣзни, преимущественно въ формѣ маніи или слабоумія.

§ 198. Въ то время, когда «помѣшательство родильницъ» еще считалось чѣмъ-то специфическимъ, различали двѣ формы — симптоматическую и идиопатическую. Повидимому, столь же мало оправдывается подраздѣленіе на 3 различныя формы, которое было впервые установлено *Leubuscher*'омъ и съ тѣхъ поръ удержалось въ большинствѣ руководствъ; формы эти суть слѣдующія:

1) пуэрперальная манія въ теченіи какогонибудь лихорадочнаго заболѣванія;

2) пуэрперальные психозы, развивающіеся на почвѣ психопатическаго предрасположенія, причемъ роды и послѣродовой періодъ служатъ только поводомъ къ появленію болѣзни;

3) случаи, развивающіеся на почвѣ «истерическаго предрасположенія», при истощеніи организма кровотеченіями и болѣзненными родами.

Не говоря уже о томъ, что трудно различать послѣднія двѣ формы, такъ какъ *Leubuscher* признаетъ для обѣихъ извѣстнаго рода предрасположеніе, а исключить въ отдѣльномъ случаѣ вліяніе наследственности и индивидуальнаго предрасположенія можетъ иногда оказаться затруднительнымъ, — я считаю несправедливымъ выдѣлять въ качествѣ симптоматической формы тѣ психозы, которые присоединяются къ высоколихорадочнымъ пуэрперальнымъ заболѣваніямъ, такъ какъ и здѣсь въ концѣ концовъ дѣло идетъ о психическихъ разстройствахъ, вполне аналогичныхъ тѣмъ, которыя могутъ присоединяться и къ другимъ острымъ лихорадочнымъ болѣзнямъ, напр. къ тифу, болотной лихорадкѣ, острымъ эквантемамъ, пневмоніи и септицеміи.

Что мы дѣйствительно здѣсь имѣемъ дѣло съ настоящимъ психозомъ, — видно изъ того, что по прекращеніи лихорадки психозъ нерѣдко продолжается еще цѣлыми мѣсяцами или даже оказывается неизлѣчимымъ.

Было бы интересно выяснитъ статистическими цифрами, сдѣлались ли эти случаи психоза въ родильномъ періодѣ болѣе рѣдкими со времени усовершенствованія антисептики.

Поэтому несомнѣнно лучше отказаться отъ такихъ искусственныхъ подраздѣленій и признавать только тѣ формы, которыя установлены психіатрами.

Наряду съ давно извѣстными главными формами, т. е. наряду съ маніей, меланхоліей и первичнымъ слабоуміемъ, *Rippling* еще принимаетъ сочетанныя формы, въ числу которыхъ онъ относитъ меланхолію съ послѣдующей маніей, меланхолію съ послѣдующимъ безсмысліемъ, манію съ послѣдующей меланхоліей, наконецъ — манію съ послѣдующимъ безсмысліемъ.

Акушеру было бы трудно различить эти случаи съ полною точностью; для насъ болѣе удобна классификація *Fürstner*'а, по которой

нужно различать въ послѣродовомъ періодѣ меланхолію, манию и галлюцинаторное помѣшательство родильницъ.

§ 199. Что касается времени появленія пуэрперальныхъ психозовъ, то чаще всего они обнаруживаются во вторую половину первой недѣли, между 5-мъ и 10-мъ днемъ послѣ родовъ; частота появленія душевныхъ болѣзней въ первыя двѣ недѣли родильнаго періода приблизительно въ 3 раза превосходитъ частоту появленія ихъ въ болѣе позднее время. Преимущественное появленіе послѣродовыхъ психозовъ въ первую недѣлю находится, вѣроятно, въ связи съ развивающимися въ это время пуэрперальными заболѣваніями; психозы могутъ появляться и въ позднѣйшія недѣли родильнаго періода, на 2—5-мъ мѣсяцѣ, главнымъ образомъ подъ вліяніемъ кормленія грудью, и притомъ чаще всего, конечно, у такихъ женщинъ, у которыхъ существуетъ предрасположеніе къ душевной болѣзни.

§ 200. *Меланхолія*, по единогласному свидѣтельству почти всѣхъ авторовъ, за исключеніемъ *Ripping'a*, встрѣчается въ родильномъ періодѣ гораздо рѣже, чѣмъ во время беременности. Меланхолія, начавшаяся еще во время беременности, можетъ продолжаться и въ родильномъ періодѣ, причѣмъ родовой актъ обыкновенно не оказываетъ никакого вліянія, ни въ смыслѣ улучшенія, ни въ смыслѣ ухудшенія; въ другихъ случаяхъ меланхолія появляется лишь въ родильномъ періодѣ, и притомъ нерѣдко въ позднѣйшія стадіи его, особенно подъ вліяніемъ чрезмѣрнаго и слишкомъ продолжительнаго кормленія грудью.

Меланхолія или выражается только меланхолическими бредовыми представленіями и чувствомъ страха, или къ этому еще присоединяются явленія двигательнаго возбужденія и иногда также stupor. Въ позднѣйшія стадіи родильнаго періода не очень рѣдко присоединяется состояніе полового возбужденія, такъ что больныя производятъ сильныя мастурбационныя движенія, не стѣняясь присутствіемъ постороннихъ; при этомъ въ половыхъ органахъ не оказывается никакихъ особенныхъ измѣненій. У нѣкоторыхъ больныхъ по временамъ является мысль о самоубійствѣ.

§ 201. *Манія* въ родильномъ періодѣ, по свидѣтельству всѣхъ авторовъ, встрѣчается гораздо чаще, и поэтому нерѣдко подъ именемъ послѣродовой мании обозначаются всѣ пуэрперальные психозы, въ общей совокупности.

Манія появляется чаще всего на 4—10-й день родильнаго періода; первые дни послѣ родовъ протекаютъ безъ особенныхъ явленій, а затѣмъ обнаруживаются странности въ поведеніи родильницы, при одновременной лихорадкѣ или безъ лихорадки, смотря по тому, развивается ли манія въ теченіи параметрита, либо эндометрита, или же независимо отъ этихъ болѣзней (воспаленіе грудной железы появляется почти всегда лишь на второй недѣлѣ); вначалѣ иногда наблюдается непродолжительная стадія угнетенія, которое однако очень скоро замѣняется состояніемъ повышен-

ной возбудимости, проявляющимся въ рѣчи, мысляхъ и движеніяхъ родильницы. Больная ссорится съ окружающими, выказываетъ отвращеніе къ мужу и дѣтямъ, не спитъ, безпрестанно говорить, поетъ, кричитъ, буйствуетъ, желаетъ встать съ постели, рветъ на себѣ платье, пытается бѣжать (одна изъ моихъ больныхъ, воспользовавшись моментомъ, когда ее оставили безъ присмотра, выпрыгнула въ окно); по временамъ опять наступаютъ спокойные промежутки, даже съ угнетеннымъ настроеніемъ, а затѣмъ бурная картина возобновляется еще съ большою силою. По *Fürstner*'у, въ характерѣ бреда не преобладаетъ эротическое настроеніе, и галлюцинаціи не представляютъ ничего специфическаго.

Эта форма встрѣчается чаще всѣхъ другихъ, не только въ сочетаніи съ тяжелыми пуэрперальными болѣзнями, но главнымъ образомъ при совершенно нормальномъ теченіи послѣродоваго періода.

Теченіе пуэрперальной маніи такое же, какъ при маніи вообще; обыкновенно очень скоро является необходимость помѣстить больную въ специальное психіатрическое заведеніе.

§ 202. Наконецъ, *Fürstner* устанавливаетъ еще третью форму заболѣванія, именно галлюцинаторное помѣшательство родильницъ, короче сказать—пуэрперальное помѣшательство; но *Rippling* не признаетъ этой формы самостоятельную болѣзнь, а видитъ въ ней ту или другую изъ установленныхъ имъ комбинированныхъ формъ душевнаго разстройства. Послѣ незначительныхъ и неопредѣленныхъ предвѣстниковъ появляется острое помѣшательство, существенно характеризующееся вначалѣ маниакальною стадіею, которой предшествуетъ въ большинствѣ случаевъ лишь непродолжительный періодъ галлюцинацій. Этотъ маниакальный приступъ обыкновенно начинается и усиливается очень быстро, но по временамъ опять появляются спокойные промежутки, хотя въ большинствѣ случаевъ непродолжительные. Во второй стадіи больныя становятся спокойными, безгласными, какъ будто бессмысленными, вліяніе внѣшняго міра повидимому не производитъ на нихъ никакого впечатлѣнія; но въ слѣдствіи оказывается, что способность воспріятія сохранена гораздо лучше, чѣмъ можно было думать по поведенію больной. Галлюцинаціи при этомъ продолжаютъ, а иногда еще появляется довольно сильное двигательное возбужденіе. Въ періодъ выздоровленія быстро или медленно исчезаютъ галлюцинаціи, постепенно восстанавливается ясность мышленія, но *stupor* часто еще остается на долгое время.

По *Fürstner*'у, существуютъ еще abortивныя формы этого галлюцинаторнаго помѣшательства, въ которыхъ главнымъ образомъ бываетъ сильно развита первая стадія двигательнаго безпокойства, такъ что болѣзнь становится похожею на обыкновенную манію.

§ 203. Распознаваніе начинающейся или вообще существующей душевной болѣзни въ родильномъ періодѣ обыкновенно не представляетъ

трудностей; но для точнаго опредѣленія формы помѣшательства въ большинствѣ случаевъ требуется тщательное наблюденіе психіатромъ.

Поводомъ къ діагностической ошибкѣ можетъ быть простой лихорадочный бредъ, появляющійся у очень возбудимыхъ субъектовъ, особенно при быстромъ повышеніи температуры; въ большинствѣ случаевъ дѣло здѣсь идетъ о галлюцинаціяхъ осязанія и слуха, которыя съ пониженіемъ лихорадки быстро исчезаютъ. Вопреки мнѣнію другихъ авторовъ, необходимо замѣтить, что настоящіе психозы вообще рѣдко сопутствуютъ родильной горячкѣ, а иначе намъ приходилось бы встрѣчать въ послѣродовомъ періодѣ гораздо большее число случаевъ душевнаго расстройства, такъ какъ родильная горячка наблюдается довольно часто. Лихорадочный бредъ въ большинствѣ случаевъ усиливается и ослабѣваетъ соотвѣтственно высотѣ лихорадки, тогда какъ психозы нерѣдко протекаютъ безъ лихорадки, и во всякомъ случаѣ послѣдняя не находится ни въ какомъ соотношеніи со степенью психическаго заболѣванія.

Въ прежнее время могло быть иногда трудно отличить начинающуюся манію отъ состояній возбужденія, вызываемыхъ большими приѣмами салициловокислаго натра; но теперь, когда намъ уже извѣстно это побочное дѣйствіе послѣдняго, мы можемъ быстрымъ прекращеніемъ дальнѣйшихъ приѣмовъ салициловокислаго натра очень скоро устранить состоянія возбужденія, еслибы таковыя появились.

Болѣе затруднительнымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ мнѣ кажется дифференціальное распознаваніе между пuerперальной маніей и тѣми психическими расстройствами, которыя иногда появляются вслѣдствіе отравленія іодоформомъ. По крайней мѣрѣ, я наблюдалъ такіа расстройства послѣ гинекологическихъ операцій; простая присыпка, наружныхъ половыхъ частей порошкомъ іодоформа, конечно, нелегко можетъ вызвать эти психическія расстройства; но послѣ тампонаціи матки, или влагалищнаго свода, или полости кровяной опухоли іодоформною марлею, или послѣ введенія большой іодоформной палочки въ полость матки, отравленіе іодоформомъ представляется возможнымъ.

Отравленіе іодоформомъ имѣетъ общаго съ послѣродовою маніей сильное возбужденіе двигательной сферы; больныя соскакиваютъ съ постели, не даютъ себя удержатъ, галлюцинируютъ, обнаруживаютъ спутанность представленій, а по временамъ впадаютъ въ глубокое сопорозное состояніе, теряя сознаніе и оставаясь совершенно безучастными ко всему окружающему; языкъ сухъ; пульсъ съ самаго начала учащенъ; лихорадка собственно при отравленіи іодоформомъ не встрѣчается, а существуетъ только тогда, когда отравленіе сопутствуется лихорадочнымъ заболѣваніемъ; моча имѣетъ своеобразный темно-бурый или желтовато-бурый цвѣтъ, но это бываетъ не всегда. Характерная окраска мочи повидимому иногда отсутствуетъ какъ-разъ въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, потому что не происходитъ выдѣленія іодоформа, который обыкновенно, по всей

вѣроятности, разлагается въ нормальномъ организмѣ. Желтуха при этомъ существуетъ не всегда. Симптомы іодоформнаго отравленія могутъ продолжаться 8 дней и болѣе.

Дифференціальное распознаваніе основывается на предшествовавшемъ примѣненіи іодоформа, на существующей обыкновенно анэміи, которая значительно благоприятствуетъ наступленію отравленія, затѣмъ — на характерной окраскѣ мочи и на отсутствіи психопатическаго діатеза.

Иногда дифференціальное распознаваніе остается сомнительнымъ въ теченіе нѣсколькихъ дней, и только выздоровленіе, наступающее обыкновенно по прошествіи недѣли, свидѣтельствуетъ въ пользу отравленія іодоформомъ, потому что манія, разъ она появилась, никогда не проходить такъ быстро.

§ 204. Предсказаніе при пuerперальныхъ психозахъ, по свидѣтельству всѣхъ психіатровъ, должно считаться благоприятнымъ, хотя и не въ такой степени, какъ вообще принято думать. Процентъ излѣченныхъ случаевъ пuerперальнаго помѣшательства оказался въ нѣкоторыхъ психіатрическихъ заведеніяхъ болѣе низкимъ, чѣмъ для душевныхъ разстройствъ вообще (напр. 41 госп. 53<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Предсказаніе, быть можетъ, нѣсколько омрачается тѣмъ, что, по меньшей мѣрѣ, въ  $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ существуетъ наследственность, которая, какъ извѣстно изъ опыта, даетъ вообще предсказаніе болѣе неблагоприятное.

*Ripping* нашелъ 46<sup>0</sup>/<sub>0</sub> выздоровленія отъ душевныхъ разстройствъ, появляющихся вскорѣ послѣ родовъ, и только 42<sup>0</sup>/<sub>0</sub> при тѣхъ разстройствахъ, которыя появляются въ періодѣ кормленія грудью; сравнительно наилучшее предсказаніе даетъ манія. Смертные случаи вообще рѣдки; причиною смертельнаго исхода, особенно въ прежнее время, часто бывали сопутствующія пuerперальныя заболѣванія.

Психозы, развивающіеся въ раннемъ послѣродовомъ періодѣ, обыкновенно продолжаются болѣе короткое время, чѣмъ тѣ, которые появляются позднеѣ (въ первомъ случаѣ 6—8, а во второмъ 9 мѣсяцевъ и болѣе). Менструація, послѣ появленія душевнаго разстройства, обыкновенно отсутствуетъ въ теченіе долгаго времени; но часто она при еще существующей душевной болѣзни опять появляется спустя 4—5 мѣсяцевъ, и это должно считаться не неблагоприятнымъ симптомомъ.

§ 205. *Изченіе*. Дѣвицъ, принадлежащихъ къ такимъ семействамъ, гдѣ существуетъ сильное наследственное предрасположеніе къ душевнымъ разстройствамъ, а особенно если онѣ уже страдали какими либо психическими разстройствами, слѣдовало бы удерживать отъ вступленія въ бракъ. Затѣмъ, въ профилактическомъ отношеніи слѣдовало бы по возможности принимать мѣры къ тому, чтобы женщина, уже однажды страдавшая психическимъ разстройствомъ въ родильномъ періодѣ, не забеременѣла вновь; такое предупрежденіе новой беременности необходимо



главнымъ образомъ въ интересахъ самой женщины, но вмѣстѣ съ тѣмъ и въ интересахъ ожидаемаго потомства. Женщины эти, а равно и тѣ, у которыхъ существуетъ ясно выраженное психопатическое, истерическое или неврастеническое предрасположеніе, ни въ какомъ случаѣ не должны кормить грудью.

Послѣ родовъ, особенно у очень возбудимыхъ субъектовъ, если къ тому же у нихъ были трудные роды, потери крови и т. д., нужно заботиться объ усиленномъ питаніи тѣла доставленіемъ бѣлковыхъ веществъ, а при скоропреходящемъ состояніи слабости нужно вмѣстѣ съ тѣмъ давать вино.

Если обнаружались первые предвѣстники маніи или галлюцинаторнаго помѣшательства, то у кровати родильницы должна постоянно находиться надежная сидѣлка, которая можетъ быть отпущена только тогда, когда ее замѣнили другою. Сидѣлка должна строжайшимъ образомъ заботиться о полномъ спокойствіи больной, о томъ, чтобы ее не волновали посѣтители, члены семейства и т. д.

При появленіи предвѣстниковъ иногда можетъ быть достигнуто успокаивающее дѣйствіе крѣпкимъ виномъ или Баварскимъ пивомъ; если же это не произвело желаемаго эффекта, то даются снотворныя или наркотическія средства въ достаточныхъ приемахъ, особенно хлораль-гидратъ (2,0—4,0 грм. pro dosi), сульфональ (2,0 грм.), морфій, опій и т. д. Ребенокъ, при появленіи сколько-нибудь подозрительныхъ симптомовъ, немедленно долженъ быть отнятъ отъ груди и удаленъ отъ матери. Если существуетъ лихорадка, то нужно избѣгать всѣхъ энергическихъ манипуляцій, возбуждающихъ нервную систему, напр. внутриматочныхъ спринцованій, подкожныхъ впрыскиваній эрготина, даже вскрытія абсцессовъ грудной железы безъ наркоза и т. д.

Если душевная болѣзнь обнаружилась, то лучше всего по возможности скорѣе перевести больную въ психіатрическое заведеніе.

Слѣдуетъ ли въ частномъ случаѣ назначить тепловатыя общія ванны, или обтиранія прохладною либо теплотою водою, или завертыванія и т. д., — это всего лучше должно быть предоставлено на усмотрѣніе психіатра.

Даже послѣ несомнѣннаго выздоровленія, подобная больная не должна немедленно возвращаться въ свою семью и приниматься сразу за свои обычныя занятія, а всего лучше, въ пріятномъ сопровожденіи, отправить ее въ деревню. Если дозволяютъ средства, то полезно пребываніе на берегу моря или въ гористой, не очень высокой, мѣстности.

## ГЛАВА XXXI.

### Сифилисъ въ родильномъ періодѣ.

§ 206. Теченіе родовъ у сифилитическихъ роженицъ вообще не представляетъ само по себѣ ничего своеобразнаго; но при болѣе глубокихъ сифилитическихъ измѣненіяхъ могутъ послѣдовать поврежденія, не лишеныя значенія для родильнаго періода.

Такъ напр., если на влагалищной части существуетъ первичное сифилитическое затвердѣніе (случаи эти, впрочемъ, бываютъ рѣдко), то въ концѣ періода раскрытія могутъ на ней образоваться такія многочисленныя и значительныя поврежденія и разрывы, что происходятъ очень обильныя кровотеченія или что разрушенная такимъ образомъ влагалищная часть съ трудомъ заживаетъ. Чаще случается, что обширное сифилитическое затвердѣніе въ области большихъ губъ и промежности дѣлаетъ ихъ неподатливыми и приводитъ къ разрыву; мало того, я видѣлъ нѣсколько случаевъ, гдѣ на мѣстахъ сильнаго ущемленія тканей развивалась частичная гангрена. Обширные разрывы промежности во время родовъ приобрѣтаютъ еще большее практическое значеніе въ виду того, что нерационально накладывать швы въ предѣлахъ сифилитическаго затвердѣнія ткани.

Если въ наружныхъ половыхъ частяхъ существуютъ вторичныя явленія сифилиса, затвердѣнія и широкія кондиломы, то вообще можно рассчитывать, что съ обратнымъ развитіемъ половыхъ органовъ въ родильномъ періодѣ явленія эти быстро исчезнутъ, тогда какъ во время беременности сифилитическія новообразованія, подобно кистамъ яичниковъ, миомамъ и карциномамъ, часто увеличиваются очень быстро.

По статистикѣ *Mewis*'а (изъ Дрезденскаго института *Winckel*'я), основанной на обширномъ матеріалѣ, сифилитическія родильницы имѣютъ склонность къ лихорадкѣ. Но я не могу согласиться съ выводомъ *Mewis*'а, что это есть специфическая лихорадка, свойственная именно сифилису; существуетъ, конечно, сифилитическая начальная лихорадка, но невозможно допустить, чтобы она внезапно появлялась послѣ родовъ при давно уже существующемъ первичномъ сифилитическомъ затвердѣніи наружныхъ половыхъ частей. Наоборотъ, очень понятно, что во время родового акта или иногда еще и въ родильномъ періодѣ свѣжія раны могутъ быть заражены гноемъ, находящимся на широкихъ кондиломахъ, такъ что мы имѣемъ предъ собою смѣшанную инфекцію, причемъ лихорадка появляется вслѣдствіе поступленія стафилококковъ или стрептококковъ, находящихся на поверхности сифилитическихъ язвъ. Слѣдовательно, лихорадка здѣсь не представляетъ ничего специфическаго; по моимъ наблюденіямъ, хотя и гораздо менѣе многочисленнымъ сравнительно съ наблюденіями *Winckel*'я, лихорадка у сифилитическихъ родильницъ, даже въ случаяхъ предварительно наступившей смерти утробнаго плода, но при отсутствіи кондиломъ и другихъ язвизвленій въ наружныхъ половыхъ органахъ, встрѣчается нисколько не чаще, чѣмъ у родильницъ, не страдающихъ сифилисомъ.

Что при появившейся уже резорпціонной лихорадкѣ нерѣдко развивается параметритъ, какъ замѣчаетъ *Mewis*, ссылаясь на свою статистику, — это не можетъ представлять ничего удивительнаго послѣ всего сказаннаго нами въ предыдущихъ главахъ.

§ 207. Что касается жизни и здоровья ребенка, рожденного сифилитической матерью, то в этом отношении дело может представляться весьма различно.

Чаще всего плод умирает в утробе матери и рождается мертворожденным, особенно при латентном сифилисе отца; само побою понятно, что в этих случаях плод не имеет значения для родильного периода; но он не имеет такого значения и тогда, когда при рождении у него существует *remphigus lueticus* на ладонях и подошвах, *remphigus* или *psoriasis lueticus* на конечностях, туловище и проч., так как и в этих случаях он всегда умирает в первые часы или, по крайней мере, в первые дни жизни, тем более, что обыкновенно еще существуют глубокие сифилитические изменения во внутренних органах и особенно — в легких.

Наконец, как при сифилисе матери, особенно если она была заражена лишь во время беременности, так и при сифилисе отца, иногда рождаются дети по видимому здоровые, которые однако в течение первых 4—6 недель заболывают при симптомах, характеристичных для сифилиса грудных детей; сначала появляются специфический насморк (*coruza syphilitica*), *psoriasis* на лбу, трещины в углах рта, *psoriasis* на верхних и нижних конечностях, на ягодицах, при этом ребенок страшно худеет, становится бледным, чрезвычайно изнуренным, большой родничок западает, и дело кончается смертью от атрофии, если своевременно не был поставлен диагноз и не было приступлено к соответствующему лечению.

С практической точки зрения очень важен вопрос о кормлении грудью и вообще о питании ребенка; хотя бы еще и здорового в данный момент, но один из родителей которого несомненно или в высшей степени вероятно страдает сифилисом.

Всего подробнее об этом предмете высказался *Fournier*, на основании обширных наблюдений.

По *Fournier*, здесь возможны следующие 4 случая: 1) или мать и ребенок избегали опасностей, угрожавших им со стороны отцовского сифилиса, т. е. оба остались здоровы; 2) или мать и ребенок оба подверглись заражению сифилисом; 3) или мать осталась здоровой, а ребенок заражен; 4) или мать заражена сифилисом, а ребенок остался здоровым.

Прежде всего, *Fournier* совершенно справедливо выставляет на вид, что сифилитический ребенок ни в каком случае не должен быть отдан кормилице. Этого никоим образом не следует допускать, так как, в первых, женщины, идущие в кормилицы, недостаточно интеллигентны для того, чтобы понимать опасность заражения, которой они подвергаются, а во вторых слишком велика опасность заражения других детей и взрослых людей чрез посредство кормилицы, заразившейся

сифилисомъ. Если бы соски и груди даже остались здоровы, — хотя именно здѣсь особенно грозить опасность зараженія сифилисомъ чрезъ посредство слюны сифилитическаго ребенка, — то и въ этомъ случаѣ еще существуетъ большая возможность зараженія кормилицы, когда она ласкаетъ ребенка, или пользуется тѣмъ же стаканомъ, ложкою и т. д. Поэтому кормленіе сифилитическаго ребенка грудью кормилицы, даже подъ защитою колпачка, накладываемаго на грудной сосокъ, должно быть безусловно воспрещено. Еслибы на соскѣ образовалась особенно упорная трещина съ твердыми краями и салынымъ дномъ, отдѣляющимъ гной, то мы должны подумать о сифилисѣ и тщательно изслѣдовать груднаго ребенка. Въ большинствѣ этихъ случаевъ скоро появляется безболѣзненная припухлость подмышечныхъ железъ, и послѣ обычнаго инкубационнаго періода обнаруживаются вторичные симптомы — *roseola*, *angina specifica* и т. д.

Ни въ одномъ случаѣ изъ вышеуказанныхъ 4-хъ категорій, по словамъ *Fournier*, кормленіе ребенка самою матерью не ведетъ къ тѣмъ опасностямъ, которыхъ можно было бы теоретически ожидать.

Поэтому лучше всего, чтобы ребенокъ вскармливался грудью самой матери, тѣмъ болѣе, что зараженіе здоровой матери сифилитическимъ ребенкомъ немислимо и въ дѣйствительности никогда не встрѣчается.

§ 208. Слѣдовательно, у сифилитическихъ родильницъ требуется строго антисептической уходъ за половыми органами, для того чтобы ограничить распаденіе сифилитическихъ новообразованій, если они подверглись сильному прижатію во время родовъ, и такимъ образомъ уменьшить опасность всасыванія продуктовъ этого распаденія.

У первородящихъ, но также и у многородящихъ, будетъ умѣстно обмывать наружныя половыя части растворомъ сулемы, пока еще существуютъ видимыя поврежденія. Присыпка порошкомъ іодоформа, лѣченіе *Bismuth. oxyd.* или іодоловою мазью также умѣстны. Правильное лѣченіе ртутными втираніями во время беременности чрезвычайно важно съ точки зрѣнія профилактики, для того чтобы предотвратить вышеупомянутыя разрывы и глубокія поврежденія. Родильный періодъ послѣ этого лѣченія протекаетъ у сифилитическихъ родильницъ такъ же гладко, какъ и при отсутствіи сифилиса.

Въ первые 8—10 дней лучше оставлять родильницу безъ дальнѣйшаго противосифилитическаго лѣченія, но затѣмъ должно быть снова приступлено къ лѣченію, соотвѣтственно той стадіи, въ какой находится сифилисъ въ данный моментъ. А такъ какъ въ случаяхъ, о которыхъ мы здѣсь говоримъ, дѣло идетъ обыкновенно о вторичныхъ формахъ сифилиса, то всего лучше назначить лѣченіе ртутными втираніями, тѣмъ болѣе, что въ родильномъ періодѣ легко можно примѣнить это лѣченіе, не возбуждая вниманія другихъ лицъ; по современнымъ воззрѣніямъ, не слѣдуетъ втирать болѣе 1,0—2,0 грм. *pro dosi*, а послѣ 12—14 вти-

раній долженъ быть сдѣланъ перерывъ; при этомъ необходимо предни- сать питательную пищу, а въ промежуточное время между втираніями — тепловатыя ванны. Можно также давать внутрь Hydrarg. bichlorat. corgosiv., или Hydrarg. jodat. flavum (Protojoduretum Hydrargyri), т. е. известную составную часть Рикоровскихъ пилюль, 2 раза въ день послѣ ѣды; подкожныя впрыскиванія каломеля (Calomel. 1,0 : Ol. Olivar. 10,0), по 1 шприцу въ области половыхъ органовъ, были нѣкоторое время въ большомъ употребленіи, но они требуютъ значительной осто- рожности, такъ какъ послѣ однократнаго примѣненія ихъ въ одномъ случаѣ наступила смерть.

Для болѣе скорого излѣченія вторичныхъ формъ сифилиса, можно смазывать кондиломы растворомъ сулемы (1 : 80) или азотнокислой окиси ртути (Liq. Bellostii), или присыпать каломелемъ и смазывать соленою водою. Если ребенокъ, страдающій наследственнымъ сифилисомъ, зара- зилъ грудной сосокъ здоровой матери или кормилицы, то нужно прекра- тить кормленіе грудью, пока сосокъ не подживетъ; но если назначено противосифилитическое лѣченіе, которое здѣсь необходимо во всякомъ случаѣ, то можно съ осторожностью продолжать кормленіе изъ другой груди.

Наконецъ, что касается лѣченія дѣтей, вскармливаемыхъ грудью ма- тери, то хотя и доказано, что ртуть и іодъ переходятъ чрезъ посред- ство молока въ организмъ груднаго ребенка и что присутствіе ртути въ молокѣ констатируется даже спустя 14 дней послѣ того, какъ было прекращено ртутное лѣченіе, однако *Sigmund* признаетъ этотъ способъ недостаточнымъ, а совѣтуетъ въ то же время лѣчить ртутными и іоди- стыми препаратами сифилитическаго груднаго ребенка, назначая съ этою цѣлью Syg. Ferrî jodati, Ferr. jodat. sacchar., обмыванія растворомъ сулемы, или сублиматныя ванны (1,0 грм. сулемы pro balneo).

Были сдѣланы чрезвычайно интересныя попытки давать ртутные и іодистые препараты различнымъ животнымъ (коровамъ, овцамъ, козамъ, ослицамъ), съ тою цѣлью, чтобы молокомъ этихъ животныхъ и приго- товленнымъ изъ ихъ мяса супомъ кормить сифилитическихъ дѣтей; но до сихъ поръ эти попытки не дали никакого результата. Очень понятно, что ртутно-пептонныя соединенія должны разлагаться при той темпера- турѣ, какая необходима для варки мяса.

Впрочемъ, въ Зальцбруннѣ давали коровамъ для питья тамошнюю рассольную воду, содержащую іодъ и бромъ, послѣ чего въ молокѣ будто- бы оказывались эти вещества, но спрашивается, въ достаточномъ ли ко- личествѣ для того, чтобы можно было ожидать успѣшнаго результата при употребленіи такого молока.

## АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

### А.

- Алкалоиды гниения 88, 164.  
Алкоголь при септицемии 179.  
Альбуминурия в родильном периоде 42.  
Альбуминурия после хлороформирования 42.  
Антисептика в родильном периоде 55.  
Анурия 289.  
Апоплексия головного мозга в родильном периоде 300.  
Аритмия пульса в родильном периоде 39.  
Атоническая кровоточения 240.  
Ацефонемия 312.

### A\*.

- Anteflexio uteri 263.  
Anteversio uteri 263.  
Atrophia uteri puerperalis 276.  
Autotransfusio 249.

### Б.

- Бинтование живота в родильном периоде 67.  
Болезни сердца в родильном периоде 300.  
Бугорчатка в родильном периоде 306.

### B\*.

- Bacillus saprogenes 164.  
Bacterium termo 106.

### C\*.

- Colostrum 27, 47.  
Cystitis catarrhalis 285.

### В.

- Влагалище, обратное развитие его в родильном периоде 49.  
Вливание раствора поваренной соли 249.  
Внутриматочный пистолет *Martin'a* 261.  
Внутриматочная выскывания 111.  
Выскабливание матки 114, 260.

### Г.

- Галлюцинаторное помешательство 327.  
Глицерин при трещинах и ссадинах сосков 220.  
Грудь, уход за ними в родильном периоде 64.  
Грудные соски, заболевания их 217.

- Гемоглобин, содержание его в крови родильниц 39.  
Гэмометръ *Fleisch'l'*я 311.

### Д.

- Давящая повязка при воспалении грудной железы 235.  
Дезинфекция комнаты родильницы 69.  
Диета в родильном периоде 44, 60.  
Душевные болезни родильниц 323.  
Дыхание в родильном периоде 39.  
Двустепенная плева, состояние ее после родов 48.

### D\*.

- Descensus uteri et vaginae 268.  
Dysuria в родильном периоде 284.

### E\*.

- Eclampsia puerperalis 309.  
Endocarditis diphtheritica 199.  
Endocarditis maligna 199.  
Endocarditis puerperalis idiopathica 305.  
Endocarditis ulcerosa puerperalis 199.  
Endometritis crouposa 106.  
Endometritis nosocomialis 106.  
Endometritis puerperalis 104.  
Erysipelas in puerperio 204.  
Erysipelas puerperale malignum internum 137.  
Extr. fluid. Hamamel. virgin. 253.  
Extr. fluid. Radic. Gossyp. 253.  
Extr. Hydrast. canad. 252.

### F\*.

- Fistula recto-vaginalis 292.  
Furunculosis areolae 222.

### H\*.

- Hyperinvolutio uteri puerperalis 276.

### Ж.

- Жаропонижающая средства 181, 196.  
Железы *Montgomery* 47.  
Жирные груди 32.

### З.

- Заболываемость в родильном периоде 78.  
Задержание остатков выкидыша, плаценты или яйцевых оболочек 113, 254.

Запоръ въ родильномъ періодъ 45.  
Заставаніе молока 224.  
Застой молока и присутствіе сахара въ мочъ 43, 234.

## И.

Интюксикаціонная лихорадка, по *Hüter*'у 165.  
Испражнения, ваботы о нихъ въ родильномъ періодъ 59.

## I\*.

*Inversio uteri puerperalis* 271.  
*Ischuria* 281;—*paradoxa* 287.

## К.

Кадаверинъ 165.  
Карциномы, какъ причина кровотеченія 262.

Катарръ мочевого пузыря 285.

Калтеризація 282, 287.

Колпачекъ для груднаго соска 221.

Кормленіе грудью, какъ причина, способствующая воспаленію грудной железы 230.

Кормленіе грудью; правила, которыя при этомъ должны соблюдаться 65.

Кормленіе грудью: при бугорчаткѣ 308; при душевныхъ болѣзняхъ 330; при сифилисѣ 332; при хроническомъ нефритѣ 322; послѣ эклампсіи 322.

Корнунтъ 242.

Краевая язва груднаго соска 218.

Кровоупусканіе при эклампсіи 321.

Кровотеченія, атоническія 240.

Кровотеченія въ родильномъ періодъ 238.

Кровотеченія изъ разрывовъ 239.

Кровотеченія при новообразованіяхъ 262.

Кровоточивость 240.

Крѣпкій мясной бульонъ, по *Liebig*'у 180.

## Л.

Лактобутирометръ 34.

Лимфатическая форма родильной горячки 164.

## L\*.

*Lochiometra* при искривленіи матки впередъ 264.

## М.

Манія 326.

Матка: высота дна ея надъ лоннымъ сочлененіемъ, въ нормальномъ послѣродовомъ періодъ 11, 12, 13; вѣсъ ея въ родильномъ періодъ 16; обратное развитіе послѣродовой матки 7; обратное развитіе ея мускулатуры 17; обратное развитіе ея слизистой оболочки 20; топографическое отношеніе матки и мочевого пузыря 10, 11.

Меланхолія 326.

Менструація во время кормленія грудью 34, 278.

Метеоризмъ при перитонитѣ 141.

Мидаленнъ 165.

Миомы, какъ причина кровотеченія 262.

Молозиво 27, 47.

Молоко: вліяніе душевныхъ возбужденій на качество его 32; ежедневное количество молока, необходимое грудному ребенку 33, 65; измѣненіе молока во время менструаціи 34; истеченіе молока 31; переходъ лѣкарственныхъ веществъ въ молоко 63, 66; физиологическая галакторрея 31; химическій составъ молока 28, 29.

Молочная лихорадка 99.

Мочевина, выдѣленіе ея у родильницъ 41.

Мочеточники, расширеніе ихъ 311.

## M\*.

*Mastitis puerperalis* 224.

*Metrophlebitis puerperalis* 183.

*Micrococcus ureae* 284.

## Н.

Наружнія половыя части, обратное развитіе ихъ въ родильномъ періодъ 24.

Невралгія нижнихъ конечностей 295.

Недостаточное обратное развитіе матки 250.

Нейридинъ 165.

## N\*.

Neuralgia n. ischiad. 296.

Neuralgia n. obturator. 296.

## O.

Ознобъ, непосредственно послѣ родовъ 35. Сıklососковый кружокъ, ваболѣванія его 222.

Опорожненіе мочевого пузыря въ родильномъ періодъ 53.

Острое жировое перерожденіе сердца 306.

Отдѣленіе мочи въ родильномъ періодъ 40.

Отдѣленіе пота въ родильномъ періодъ 40. Отекъ половыхъ губъ послѣ родовъ 102, 104.

Отравленіе іодоформомъ 328.

Отравленіе ферментами 96, 294.

## П.

Параличи нижнихъ конечностей 295.

Параличъ кишечной мускулатуры при перитонитѣ 141.

Параличъ мочевого пузыря 283.

Параличъ сердца въ родильномъ періодъ 300.

Параметритъ, доброкачественный 89.

Парезъ мочевого пузыря 283.

Пентонурія въ родильномъ періодъ 43, 191.

Переливаніе крови 249.

Периметритъ, доброкачественный 89.

Піелонефритъ 287.

Піемія, послѣродовая 183.

Піявки при пельвеоперитонитѣ 159.

Плацентарные полипы 256.

Плодъ, судьба его при сифилисѣ 332.

Позднія кровотеченія 250.

Положеніе тѣла родильницы 51.

Послеродовое очищение 20; влияние пищи 24; заразительныя свойства 92, 93; количество 23; микроскопическое исследование 21.

Послеродовое очищение: при недостаточномъ обратномъ развитіи матки 251; при параметритахъ 122; при перитонитѣ 140; при септицеміи 172.

Потогонныя средства при эклампсіи 320.

Потрясающіе овнобы при піеміи 189.

Почка беременныхъ 289.

Почки, заболѣванія ихъ въ родильномъ періодѣ 289.

Промываніе полости матки 111.

Промываніе рта груднаго ребенка 222.

Проманы 88, 164.

Пульсъ, физиологическое замедленіе его въ родильномъ періодѣ 37.

Путресцинъ 165.

Пурперальныя явы 101.

### P\*.

Panophthalmitis pyaemica 188.

Paracystitis 115, 117, 123.

Parakolpitis 115, 118, 123.

Paramastitis 237.

Parametritis anterior 117.

Parametritis puerperalis 115; исходъ въ нагноеніе 118, 125; исходъ въ піемію 127; лѣченіе 127; отличіе отъ периметрита 157; пораженіе брюшины 121.

Pelveoperitonitis puerperalis circumscripta (Perimetritis) 149; исходъ въ нагноеніе 156.

Pemphigus lueticus 332.

Peritonitis ascendens 135.

Peritonitis metastatica 135.

Peritonitis puerperalis 135.

Peritonitis tubaria perforativa 135.

Phlegmasia alba dolens 117, 123.

Phlegmone cruralis 117, 123.

Phlegmone ligamenti lati 115.

Phlegmone parauterina 115.

Phlegmone subareolaris 222.

Phlegmone vulvae 118.

Prolapsus uteri et vaginae 268.

Psoriasis luetica 332.

Putrescentia uteri 89, 106.

### P.;

Разрывъ сердца 306.

Разрывы промежности въ родильномъ періодѣ 290;—при сифилитическомъ затвердѣннн твани 331.

Разрывы тазовыхъ сочлененій 293.

Распознаваніе предшествовавшихъ родовъ 47.

Резорціонная лихорадка 96, 99.

Родильная горячка, историческій обзоръ 71.

Родильный періодъ: альбуминурія 42; битованіе живота 67; болѣзни, влассионація ихъ 99; дезинфекція комнаты родильницы 69; діета 44, 60; дыханіе 39; заболѣваемость 78; вапоръ 45; опредѣ-

леніе родильнаго періода 5; отдѣленіе мочи 40; отдѣленіе пота 40; пептонурія 43, 191; положеніе тѣла 51; продолжительность родильнаго періода 54; сахаръ въ мочѣ 42; смертность 78; температура въ комнатѣ родильницы 69; температура тѣла 34; уходъ за грудями 64.

Рубцы беременности 26, 47.

### R\*.

Retroflexio uteri 265.

Retromastitis 237.

Retroversio uteri 265.

Ruptura symphyseum pelvis 293.

### C.

Самовараженіе 91.

Сапрынъ 165.

Сапропиты 85.

Сапремія 93, 96.

Сахаръ въ мочѣ родильницъ 42.

Свищи мочевого пузыря 284.

Свищъ между прямою кишкою и влагалищемъ 292.

Септико-піемія 199.

Септицемическое зараженіе чрезъ посредство воздуха 166.

Септическое воспаленіе стѣчатки 174, 194.

Сифилисъ въ родильномъ періодѣ 330.

Смертность въ родильномъ періодѣ 78.

Сморщенная почка 289.

Сморщенная почка въ родильномъ періодѣ исчезаніе альбуминурии 42.

Спорынья 112.

Стафилококки 85, 115.

Стеклянные расширители *Hegar*'а 259.

Стрептококки 85, 115.

Сулема, опасность отравленія 111.

### S\*.

Sarcina 106.

Scarlatina in puerperio 209.

Septicaemia puerperalis 164.

S. haelus uteri puerperalis 106.

Stupor 327.

### T.

Тампонація кровоостанавливающими средствами 246.

Температура тѣла у первородящихъ и у многородящихъ 36.

Теорія *Traube-Rosenstein*'а 310.

Тепловые регуляторы *Heitzmann*'а 159;—*Leiter*'а 158.

Тепловатыя ванны при септицеміи 180.

Токсины 164.

Тромбовъ бедренныхъ венъ 124.

Тромбовъ бедренныхъ венъ независимо отъ піеміи 195.

Тромбовъ бедренныхъ венъ при піеміи 192.

### T\*.

Tetanus puerperalis 215.

Téterelle biaspiratoire 221.



## У.

Увеличеніе сердца, Физиологическое, во время беременности 301.

Упадокъ силъ и пониженіе температуры тѣла послѣ родовъ 37.

## Ф.

Фибриновые полипы 256.

Флеботромботическая форма родильной горячки 183.

## Х.

Холинь 165.

## Э.

Эмболія легочной артеріи 298.  
Эрбовская точка 295.

## Я.

Японскіе бияты 68.

## Опечатки.

<i>Стр.</i>	<i>Строка.</i>	<i>Напечатано:</i>	<i>Слѣдуетъ читать:</i>
5	1	снизу.	большинствѣ
28	24	•	Colostrum
33	1	сверху	путемъ наследственности,
68	3	•	начато
68	14	•	смѣшается
74	17—16	снизу	клинкиъ,
87	5	сверху	не сомнѣнно
88	3	•	проникнованія
97	3	•	послѣ родовомъ
108	5	снизу	иногда
162	14	•	ножемъ;
164	15	•	микророкки
172	10	сверху	въ почки,
208	7	снизу	большая
251	10	•	своемъ
252	7	•	очено
260	21	сверху	большую
265	11	•	всасываніи
266	17	снизу	кпереди.
285	24	сверху	но
301	1	•	большими

# ОГЛАВЛЕНИЕ.

		стр.
	Предварительныя замѣчанія . . . . .	5
	Отдѣлъ первый. Физиологія родильнаго періода.	
Глава	I. Процессы обратнаго развитія половыхъ органовъ въ родильномъ періодѣ и образованіе молока . . . . .	7
»	II. Общее состояніе организма въ родильномъ періодѣ . . . . .	34
»	III. Веденіе нормальнаго родильнаго періода. . . . .	50
	Отдѣлъ второй. Патологія родильнаго періода.	
»	IV. Различныя взгляды на причины заболѣваній въ родильномъ періодѣ.	71
»	V. О смертности и заболѣваемости въ родильномъ періодѣ . . . . .	78
	A. Заболѣванія въ родильномъ періодѣ, основанныя на зараженіи.	
»	VI. Специальная этиологія родильной горячки . . . . .	84
<b>1.</b>	<b>Заразныя заболѣванія въ родильномъ періодѣ, имѣющія свой исходный пунктъ въ органахъ воспроизведенія.</b>	
Глава	VII. Реворпционная лихорадка и т. д. . . . .	99
»	VIII. Endometritis puerperalis. . . . .	104
»	IX. Parametritis puerperalis . . . . .	115
»	X. Peritonitis puerperalis . . . . .	135
»	XI. Pelveoperitonitis puerperalis circumscripta . . . . .	149
»	XII. Septicaemia puerperalis . . . . .	164
»	XIII. Metrophlebitis puerperalis и плевмія . . . . .	183
»	XIV. Endocarditis ulcerosa puerperalis . . . . .	199
»	XV. Erysipelas in puerperio . . . . .	204
»	XVI. Scarlatina in puerperio . . . . .	209
»	XVII. Tetanus puerperalis. . . . .	215
	2. Болѣзни грудей въ родильномъ періодѣ.	
»	XVIII. Заболѣванія грудныхъ сосковъ и околососкового кружка . . . . .	217
»	XIX. Mastitis puerperalis. . . . .	224
	B. Незаразныя заболѣванія въ родильномъ періодѣ.	
»	XX. Кровотеченія въ родильномъ періодѣ . . . . .	238
»	XXI. Иамъевсія въ положеніи матки и влагалища въ родильномъ періодѣ.	263
»	XXII. Чрезмѣрное обратное развитіе матки въ родильномъ періодѣ . . . . .	276
»	XXIII. Послѣродовыя расстройтва мочевыхъ путей . . . . .	281
»	XXIV. Поврежденія въ родильномъ періодѣ . . . . .	290
»	XXV. Невралгія и параличи въ области нервовъ нижнихъ конечностей.	295
»	XXVI. Эмболія легочной артеріи. . . . .	298
»	XXVII. Болѣзни сердца въ родильномъ періодѣ . . . . .	300
»	XXVIII. Бугорчатка въ родильномъ періодѣ . . . . .	306
»	XXIX. Эклампсія въ родильномъ періодѣ . . . . .	309
»	XXX. Душевные болѣзни въ родильномъ періодѣ . . . . .	323
»	XXXI. Сифилисъ въ родильномъ періодѣ . . . . .	331