

Изъ акушерско-гинекологической клиники Императорскаго Казанскаго Университета.

О ВЛЯНІИ ПИТУИТРИНА
НА
СОКРАЩЕНІЯ МАТКИ ПРИ РОДАХЪ.

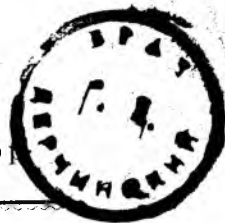
Тонодинамометрическое изслѣдованіе.

М. С. Малиновскаго.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.
1913.

Изъ акушерско-гинекологической клиники Императорскаго Казанскаго Университета.



О ВЛІЯНІИ ПИТУИТРИНА

НА

СОКРАЩЕНІЯ МАТКИ ПРИ РОДАХЪ.

Токодинамометрическое изслѣдованіе.

М. С. Малиновскаго.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1913.



Благоприятные результаты, полученные при первомъ примѣненіи питуитрина, какъ потужнаго средства (Hofbauer), и подтвержденные экспериментальными изслѣдованіями многихъ авторовъ (Frankl-Hochwart и Fröhlich, Dale, Hofbauer и др.), послужили толчкомъ для многочисленныхъ клиническихъ наблюдений, которыя были сдѣланы въ этомъ направленіи въ большинствѣ акушерскихъ клиникъ и во многихъ родильныхъ домахъ Западной Европы и нашей родины. Общее количество такихъ наблюдений въ настоящее время далеко превосходитъ 1000. Всѣ эти наблюдения, однако, носятъ слишкомъ субъективный характеръ,—характеръ личнаго впечатлѣнія, которое создавалось у наблюдающаго. Болѣе точнаго метода, чѣмъ простое клиническое наблюдение, при изученіи дѣйствія питуитрина у роженицъ не примѣнялось, за исключеніемъ развѣ единственной попытки Nahl'a, который при своихъ клиническихъ наблюденияхъ надъ дѣйствіемъ питуитрина примѣнилъ въ четырехъ случаяхъ токодинамометръ Westermarck'a и Wasenius'a, причемъ въ конечномъ выводѣ изъ этихъ четырехъ случаевъ имѣли значеніе только два, такъ какъ въ одномъ случаѣ питуитринъ не оказалъ никакого вліянія на родовую дѣятельность матки, а въ другомъ—пришлось прервать опытъ въ виду того, что изъ системы вытекла жидкость.

Почти полное отсутствіе точныхъ изслѣдованій надъ питуитриномъ, какъ средствомъ, возбуждающимъ и усиливающимъ родовыя боли,—съ одной стороны, многочисленныя клиническія наблюдения, говорящія въ пользу питуитрина,—съ другой и, наконецъ, отсутствіе въ акушерской терапіи надежнаго и вѣрнаго потужнаго средства—съ третьей побудили моего глубокоуважаемаго учителя, проф. В. С. Груздева, предложить мнѣ произвести въ акушерскомъ отдѣленіи Казан-

ской акушерско-гинекологической клиники рядъ точныхъ наблюдений надъ питунтриномъ съ цѣлью выяснить характеръ дѣйствія даннаго средства на сокращенія матки при родахъ.

Съ глубокой благодарностью принявъ предложенную тему, я при своей работѣ воспользовался приборомъ, модифицированнымъ мною по типу токодинамометра Schatz'a. Съ этимъ приборомъ мною было произведено, въ общей сложности, 50 наблюдений, результатъ которыхъ и представленъ въ предлагаемой работѣ. Прежде чѣмъ, однако, перейти къ подробному разбору полученныхъ мною данныхъ, я позволю себѣ сдѣлать нѣсколько предварительныхъ замѣчаній относительно строения мозгового придатка, гормономъ котораго является питунтринъ, а также привести краткій обзоръ взглядовъ на значеніе *hypophysis cerebri* въ общей экономіи организма.

Глава I.

Краткія свѣдѣнія объ анатомическомъ строеніи мозгового придатка (*hypophysis cerebri*) и его значенія для организма.

На основаніи костнаго черепа, въ углубленіи *sellae turcicae*, расположенъ небольшой, — величиною съ бобъ, — айцевидной формы органъ, которому присвоено чисто анатомическое названіе — *hypophysis cerebri* (*σπορῖον* — что растетъ подъ мозгомъ)¹⁾. Величина этого органа у различныхъ субъектовъ различна, хотя отношеніе вѣса его къ вѣсу всего тѣла является величиною болѣе или менѣе постоянною (0,0013 — по *Н а р б у т у*). Въ среднемъ вѣсъ *hypophysis cerebri* меньше у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ. По *Erdheim*'у и *Stumpe*, вѣсъ мозгового придатка колеблется у мужчинъ въ возрастѣ 20—70 лѣтъ между 56 и 61 сантигр., по *Н а р б у т у* — между 0,297 и 0,762 грамма. Самый низкій вѣсъ придатка наблюдается при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ (*Н а р б у т ъ*).

Органъ этотъ, какъ мы уже упомянули, представляетъ собою тѣло овальной формы, длинный діаметръ котораго ле-

¹⁾ Другія названія, употребляемыя наряду съ первымъ, какъ-то: *glandula pituitaria colatorium* (точило, мѣсто, куда стекаетъ), *sentina* (трюмъ, сточное мѣсто), какъ мало удачныя, не удержались въ употребленіи. Чаше еще употребляемое названіе *glandula pituitaria* (железа, отдѣляющая слюзу) указываетъ, съ одной стороны, на фізіологическое значеніе, которое приписывали старше авторы мозговому придатку, а съ другой — на характеръ его эмбриональнаго происхожденія (железа полости рта). Цит. по *Н а р б у т у*, изъ работы котораго главнымъ образомъ и заимствованы мною морфологическія данныя о *hypophysis cerebri*.

жить поперекъ турецкаго сѣдла. Онъ состоитъ изъ двухъ неодинаковыхъ по величинѣ долей, передней и задней, различныхъ по своему строенію и происхожденію. Нѣкоторые авторы признаютъ существованіе еще промежуточной доли (*pars intermedia*). Передняя доля мозгового придатка, *lobus anterior*, большая по величинѣ, сѣровато-краснаго цвѣта, имѣетъ бобовидную форму и отчасти заключаетъ въ себѣ меньшую, кругловатой формы, сѣровато-бѣлаго цвѣта, заднюю долю, *lobus posterior*, которая соединяется съ основаніемъ 3-го желудочка мозга стержнемъ и виситъ на концѣ воронки (*infundibulum*), какъ ягода на стебелькѣ¹⁾. Обѣ доли очень плотно срослены между собой и заключены въ общую фиброзную оболочку. Задняя доля отдѣляется отъ передней упомянутой промежуточной частью (промежуточный поясъ), которая представляетъ изъ себя ничто иное, какъ простую фиброзную пластинку (*Alexandre Vato*).

Анатомически будучи единымъ органомъ, мозговой придатокъ по исторіи развитія своихъ частей имѣетъ двойственное происхожденіе. По современнымъ воззрѣніямъ, раздѣляемымъ большинствомъ эмбриологовъ, *hypophysis cerebri* есть продуктъ наружнаго зародышеваго листка (*Hertwig*)²⁾, причемъ передняя доля его, по всей вѣроятности, является остаткомъ выпячиванія того ротового загиба, который растетъ по направленію основанія промежуточнаго мозга и извѣстенъ подъ названіемъ „кармана *Rathke*“ или „нармана *hypophysis*“. Формированіе этой части *hypophysis cerebri* происходитъ у зародыша слѣдующимъ образомъ: углубившись, „нарманъ мозгового придатка“ отшнуровывается врастающею

¹⁾ Заднюю долю вмѣстѣ съ *infundibulum* англичане называютъ «инфундибулярнымъ тѣломъ».

²⁾ Въ настоящее время вопросъ о соучастіи энтодермы въ образованіи *hypophysis cerebri* продолжаетъ оставаться спорнымъ. Нѣкоторые авторы (*Kirpfer, Valenti* и др.) на основаніи своихъ сравнительно-анатомическихъ изслѣдованій высказываютъ мнѣніе, что придатокъ мозга—органъ отчасти энтодермальнаго, отчасти энтодермальнаго происхожденія (изъ эпителия первичной кишки). Другими авторами *glandula pituitaria* описывалась, какъ мѣсто встрѣчи всѣхъ трехъ зародышевыхъ листковъ—эпибласта, мезобласта и гипобласта, что важно имѣть въ виду при изученіи встрѣчающихся здѣсь новообразованій.

os sphenoidale отъ своей материнской почвы и постепенно превращается, такимъ образомъ, въ мѣшечекъ — „мѣшечекъ придатка мозга“ (первоначальная стадія р. anterioris придатка); мѣшечекъ этотъ долгое еще время остается въ связи съ ротовой полостью, соединяясь съ ней посредствомъ узкаго хода, но въ позднѣйшихъ стадіяхъ у высшихъ животныхъ и у человѣка послѣдній редуцируется¹⁾, и въ концѣ концовъ изолированный мѣшечекъ hypophys cerebri начинаетъ плотно прилегать къ нижней поверхности промежуточнаго мозга. Такимъ образомъ pars anterior мозгового придатка по своему происхожденію не принадлежитъ мозгу. Задняя доля придатка, pars posterior, наоборотъ, какъ показываетъ исторія развитія мозга, исключительно церебральнаго происхожденія, она является настоящею мозговой долей. Навстрѣчу вышеупомянутому мѣшечку hypophys со стороны промежуточнаго мозга у зародыша уже очень рано начинается расти полый воронкообразный отростокъ мозговой трубки, стѣнки котораго образованы гліозной тканью и выложены клетками эпандимы, а полость является прямымъ продолженіемъ полости 3-го желудочка мозга. Въ концѣ концовъ мѣшечекъ мозгового придатка и прилегающая къ нему часть конца воронки образуютъ переднюю и заднюю доли сформированнаго hypophys cerebri.

Pars intermedia имѣетъ такое же происхожденіе, какъ и передняя доля придатка. Задняя (resp. верхняя) стѣнка мѣшечка hypophys cerebri, сросшаяся съ р. nervosa, образуетъ здѣсь узкую эпителиальную полосу, къ которой примыкаетъ небольшая щель, оставшаяся въ результатѣ заполнения мѣшечка железистою, богато васкуляризированной тканью. Означенная щель съ ея стѣнкой и выдѣляется нѣкоторыми, какъ pars intermedia hypophys. Такимъ образомъ послѣдній анатомически и эмбриологически находится въ связи, съ одной стороны, съ основаніемъ мозга (pars posterior, pars nervosa, neurohypophys), а съ другой — съ полостью рта (pars anterior, pars glandularis, orohypophys).

¹⁾ У нѣкоторыхъ животныхъ (у селяхий) каналъ этотъ сохраняется въ теченіе всей жизни. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ и у человѣка, въ видѣ аномаліи, остается ходъ въ клиновидной кости — canalis cranio-pharyngeus, какъ остатокъ рудиментарнаго канала (Hertwig).

Чтобы покончить съ морфологіей мозгового придатка, мы должны еще коснуться гистологическаго строения этого органа.

Имѣя двойственное происхождение, *hypophys cerebri*, понятно, и въ отношеніи микроскопическаго строения своихъ долей также разнится очень существенно. Больше дифференцированное гистологическое строение имѣетъ передняя, железистая часть мозгового придатка. Подъ микроскопомъ уже при слабомъ увеличеніи можно замѣтить известное сходство въ строеніи ея съ надпочечниками и щитовидной железой, главнымъ образомъ въ отношеніи необыкновеннаго богатства кровеносными сосудами, образующими здѣсь широкую сеть, въ петляхъ которой, наряду со стромой, помѣщается и паренхима органа. Первая, т. е. строма, представляется въ видѣ широконетистой сѣти изъ тонкой волокнистой соединительной ткани, вторая состоитъ изъ вѣтвей и фолликуловъ, наполненныхъ коллоидными массами. Различаютъ въ передней долѣ мозгового придатка слѣдующія разновидности эпителиальныхъ вѣтвей:

1. *Главные клетки* (*Hauptzellen*), мало дифференцированныя, по внѣшнему виду напоминающія лимфоидные элементы (*E. Mayer*), съ незначительнымъ содержаніемъ неясно ограниченной и слабо воспринимающей окраску протоплазмы, не содержащей зернышекъ. Ядра вѣтвей имѣютъ, при различной величинѣ, неправильную форму. Главныя вѣтви не окрашиваются хромомъ, почему *Flesch* назвалъ ихъ „хромофобными“ вѣтвями въ отличіе отъ „хромофильныхъ“ (см. ниже). *Erdheim* вѣтви эти рассматриваетъ, какъ сохранившійся запасный матерьялъ зародышеваго періода, который и во внѣтробной жизни обнаруживаетъ способность роста.

2. *Хромофильныя клетки* съ обильной, рѣзко ограниченной протоплазмой, которая содержитъ въ большомъ количествѣ зернышки, причемъ въ однихъ вѣтвяхъ, меньшихъ размѣрами, имѣется мелкозернистая протоплазма, хорошо красящаяся эозиномъ (отсюда названіе *эозино-(лидо)фильныя клетки*), а маленькое круглое ядро, хорошо красящееся гаматоксилиномъ, располагается обычно въ центрѣ вѣтви, другія же хромофильныя вѣтви, большія по величинѣ, съ эксцентрически расположеннымъ, большимъ, свѣтлымъ ядромъ имѣютъ протоплазму съ крупной зернистостью, причемъ зерныш-



ки красятся гематоксилиномъ въ темно синій цвѣтъ, — *циано-или базофильныя клетки*.

Въ количественномъ отношеніи хромофильныя клѣтки преобладаютъ надъ главными, которыя нормально содержатся въ очень скудномъ количествѣ. У женщинъ перожавшихъ главныхъ клѣтокъ несколько больше. Ихъ расположеніе нетипично, онѣ разбросаны во всѣхъ частяхъ железы, хотя по преимуществу занимаютъ центръ альвеолъ, периферія которыхъ занята хромофильными элементами. Изъ послѣднихъ эозинофильныя клѣтки въ количественномъ отношеніи обычно занимаютъ первое мѣсто. Главнымъ образомъ онѣ располагаются въ заднихъ частяхъ р. anterioris, но въ незначительномъ количествѣ ихъ можно бываетъ встрѣтить и въ передней ея части. Базофильныхъ клѣтокъ имѣется въ мозговомъ придаткѣ меньше, чѣмъ эозинофильныхъ, но во всякомъ случаѣ больше, чѣмъ хромофильныхъ. Клѣтки эти заложены большею частью въ переднихъ частяхъ partis anterioris.

Несомнѣнно, каждая группа клѣтокъ имѣетъ опредѣленную функцію; однако вопросъ о разграниченіи этихъ функцій до сихъ поръ продолжаетъ оставаться открытымъ. Такъ какъ хромофильныя клѣтки располагаются по периферіи железы, откуда удобнѣе отводить секретъ въ надлежащее русло, то ихъ обычно и считаютъ за секреторныя. Нѣкоторые разсматриваютъ разновидности хромофильныхъ клѣтокъ, какъ различныя стадіи развитія, соотвѣтствующія различнымъ фазамъ секреторной дѣятельности железы Erdheim, напротивъ, считаетъ базофильныя и эозинофильныя клѣтки за самостоятельныя. Большинство позднѣйшихъ изслѣдователей раздѣляютъ все-таки тотъ взглядъ, что главные и хромофильныя клѣтки мозгового придатка нужно считать за идентичные морфологическіе элементы, находящіеся въ различныхъ стадіяхъ секреторной дѣятельности. За послѣднее говорить и то обстоятельство, что расположеніе клѣтокъ всѣхъ трехъ группъ не отличается постоянствомъ, наоборотъ, — мѣняется въ различное время.

Есть еще третья разновидность клѣтокъ передней доли hypophysys cerebri — разновидность, которая существуетъ только во время беременности и исчезаетъ съ ея окончаніемъ, — это такъ наз. „клетки беременности“, открытыя Erdheim'омъ и Stumme и описанныя цѣлымъ рядомъ другихъ авторовъ (Comte'омъ, Lenois и Mellon'омъ и др.).

Клѣтки беременности развиваются изъ главныхъ клѣтокъ, — это измененныя основныя клѣтки, сильно гипертрофированныя и еще сильнѣе размножившіяся. Протоплазма ихъ, окрашивающаяся въ красный цвѣтъ эозиномъ, имѣетъ ясно выраженную зернистость; ядра — большія, свѣтлыя, неправильной формы. Клѣтки беременности располагаются въ видѣ широкихъ перекладивъ и альвсоль. Эти клѣтки во время беременности численно являются преобладающими надъ всѣми другими, и отъ нихъ зависитъ та бѣлая окраска, которую имѣетъ у беременныхъ данный органъ на разрѣзѣ.

Мнѣ остается еще сказать нѣсколько словъ относительно второй постоянной составной части паренхимы передней доли *hypophysis cerebri*, — объ ея коллоидѣ. Послѣдній помещается въ эпителиальныхъ фолликулахъ железы. Фолликулы напоминаютъ таковыя же щитовидной железы, только въ отличіе отъ послѣднихъ выстланы эпителиемъ не въ одинъ слой, а въ нѣсколько слоевъ. Что касается самого коллоида, то въ отношеніи его среди авторовъ господствуетъ большое разногласіе: одни (*Erdheim*) считаютъ его за рудиментарный остатокъ внѣшней секреціи органа, другіе (*Benda, Gemelli*) рассматриваютъ, какъ продуктъ перерожденія клѣточныхъ элементовъ, наконецъ, третьи, — и большинство, — по аналогіи съ щитовидной железой, видятъ въ коллоидѣ конечный продуктъ внутренней секреціи. Какъ и въ *gl. thyroidea*, коллоидъ въ *hypophysis cerebri* имѣется двухъ сортовъ: а) ацидофильный (гомогенный) и б) базофильный (зернистый). Иногда коллоидныя массы встрѣчаются внѣ клѣтокъ и въ просвѣтѣ капилляровъ; въ послѣднемъ обстоятельствѣ видятъ доказательство того, что секретъ мозгового придатка поступаетъ непосредственно въ кровь.

Part posterior, нервная часть *hypophysis cerebri*, которая, какъ мы видѣли, генетически и анатомически принадлежитъ въ мозгу, подъ микроскопомъ обнаруживаетъ строеніе нервной ткани. Въ качествѣ основной ткани здѣсь имѣются клѣтки эпендимы (близкая къ эпендимѣ примитивная гліозная ткань по *Kohn'у*), клѣтки нейроглии и нервныя волокна; среди нихъ располагаются островки эпителиальныхъ клѣтокъ. Что касается послѣднихъ, то натура ихъ не установлена съ положительностью: одни авторы (напр., *Лавдовскій*) не считаютъ ихъ за нервныя клѣтки, хотя по своему виду онѣ

и очень похожи на биполярныя или мультиполярныя ганглиозныя клѣтки (Stöhr); другіе (какъ, напр., Bergleу), напротивъ, признають ихъ за настоящіе первныя клѣточные элементы. Bergleу даже насчитываетъ болѣе десяти разновидностей нервныхъ клѣтокъ въ задней долѣ мозгового придатка. Железистыхъ образованій р. nervosa hypophys cerebri не содержитъ и, если ихъ здѣсь иногда находятъ, то этимъ она обязана передней долѣ придатка, откуда железистые элементы проникають черезъ межучную долю

За послѣднее время было обращено вниманіе на присутствіе въ задней долѣ мозгового придатка особаго пигмента, изученіемъ котораго занимались Коhn и Clunet съ Ioppesso. Пигментъ этотъ находится главнымъ образомъ въ волокнахъ глии и состоитъ изъ скопленія разной формы зеренъ и комочковъ. Большинство смотритъ на него, какъ на продуктъ внутренней секреціи; во всякомъ случаѣ его нельзя считать продуктомъ перерожденія волоконъ, такъ какъ послѣднія увеличиваются количественно съ его накопленіемъ. На основаніи гистологическаго строенія Коhn отрицаетъ способность задней доли hypophys cerebri къ секреторной функціи и дѣлаетъ предположеніе, что секретъ можетъ проникать сюда изъ передней доли.

Промежуточная часть (pars intermedia) мозгового придатка представляетъ собою, какъ мы уже упомянули, простую фиброзную пластинку, причемъ здѣсь имѣются и эпителиальные элементы въ формѣ фолликуловъ, просвѣтъ которыхъ содержитъ коллоидъ, похожій на коллоидъ щитовидной железы.

Въ самое послѣднее время Краусъ сообщилъ о своихъ изслѣдованіяхъ по вопросу о содержаніи липоидовъ въ мозговомъ придаткѣ человѣка. По этимъ изслѣдованіямъ оказывается, что клѣточные липоиды hypophys cerebri въ общемъ не представляютъ изъ себя чистыхъ веществъ; скорѣе это — смѣси различныхъ липоидовъ. Капли липоиднаго вещества встрѣчаются въ клѣткахъ мозгового придатка въ соединеніи съ альбуминоиднымъ веществомъ, причемъ съ возрастомъ индивидуума капли эти увеличиваются въ числѣ и объемѣ. Двоякопреломляющее вещество, выступающее иногда въ клѣткахъ, состоитъ изъ холестериновыхъ гнѣздъ. Клѣточные липоиды hypophys cerebri, по мнѣнію Краусъ'a, не являются про-

дугами секреціи; онъ думаетъ, что ихъ надо разсматривать, какъ проявленіе пониженной функціи клѣтки, появленіе же двойкопреломляющаго вещества—какъ признакъ гибели послѣдней. Ни изотропные, ни анизотропные клѣточные липоиды не обнаруживаютъ никакого отношенія къ патологическимъ процессамъ въ организмѣ. Клѣточные липоиды *hyorophysis cerebri* попадаютъ иногда въ кровь вмѣстѣ съ коллоиднымъ веществомъ передней доли мозгового придатка, на которое авторъ смотритъ, какъ на продуктъ перерожденія его клѣтокъ.

Перейду теперь къ вопросу о той роли, которую играетъ *hyorophysis cerebri* въ общей экономіи организма. Вопросъ о физиологіи мозгового придатка имѣетъ громадную литературу. Я, конечно, далеко отъ мысли приводить здѣсь всю эту литературу: подобная задача была-бы для меня непосильна, да она и не имѣетъ прямого отношенія къ моей работѣ. Поэтому я ограничусь сжатымъ, но, по возможности, исчерпывающимъ изложеніемъ данныхъ, которыми располагаетъ современная физиологія по вопросу о значеніи *hyorophysis cerebri* для животнаго, въ частности, для человѣческаго организма. При этомъ я буду пользоваться нѣкоторыми, болѣе солидными монографіями, посвященными данному вопросу, изъ которыхъ назову работы Нарбута ¹⁾, Нюренберга и новѣйшія изслѣдованія Аschner'a и Мeуег'a.

Функціи *hyorophysis cerebri*, какъ цѣлаго органа, и физиологическое значеніе его отдѣльныхъ частей издавна интересовали ученыхъ. Еще древніе обратили свое вниманіе на этотъ загадочный органъ. На первыхъ порахъ разрѣшеніе вопроса о роли мозгового придатка имѣло спекулятивный характеръ и вылилось въ формѣ цѣлаго ряда настолько же смѣлыхъ, насколько и фантастическихъ гипотезъ. Авторы послѣднихъ, видимо, руководились главнымъ образомъ отношеніемъ даннаго органа къ головному мозгу. Такъ, Галенъ ²⁾,

¹⁾ Нюренбергъ отсылаетъ интересующихся вопросомъ о мозговомъ придаткѣ къ систематическимъ обзорамъ литературы и монографіямъ, изъ которыхъ онъ отмѣчаетъ работы Fischer'a, Kohn'a, Biedl'a, Borchardt'a, Ferrier, Schäfer'a, Hald'a и Thunberg'a,—все работы послѣдняго времени.

²⁾ Заимствовано изъ работы Аschner'a.

Везалий и даже некоторые исследователи XVII столѣтія предполагали, что *hypophysis cerebri* фильтруетъ выдѣляемую мозгомъ слизь (*pituitam*) и направляетъ ее въ носовую полость. *Piccolomini* (1635) думалъ, что мозговой придатокъ замыкаетъ *infundibulum* и этимъ препятствуетъ исчезновенію жизненныхъ духовъ. Декартъ выставилъ тезисъ, что *hypophysis cerebri* представляетъ передній уголь параллелограмма, центромъ котораго является *gl. pinealis* — сѣдалище души. *Lieutaud* (1776) приписывалъ мозговому придатку нервную функцію, утверждая, что онъ нашелъ нервное соединеніе этого органа съ *n. trigeminus*, — взглядъ, который находитъ подтвержденіе въ новѣйшихъ экспериментальныхъ данныхъ.

Далѣе идутъ возрѣнія, ближе подходящія къ современнымъ. *Diemerbroeck* (1686) предполагалъ, что *hypophysis cerebri* выдѣляетъ секретъ, который изливается въ третій желудочекъ. *Willis* (1665), представляя себѣ, что секретъ мозгового придатка непосредственно попадаетъ въ кровообращеніе, считалъ придатокъ за „очистительный органъ мозга“. *Vieussens* (1685) и *Murray* утверждали, что *hypophysis*, какъ и *gl. pinealis*, вмѣстѣ съ *plexus chorioideus* выдѣляютъ цереброспинальную жидкость. Монго, *Boerhaave* и *Silvius* считали придатокъ мозга за родъ лимфатическаго узла. *Littgé* думалъ, что *hypophysis cerebri* принимаетъ въ себя вентрикулярную жидкость, которая, смѣшиваясь съ его собственнымъ секретомъ, поступаетъ въ кровь.

Въ XIX столѣтіи часть авторовъ (*van Bock*, *Gall*, *Hirzel*, *Tiedeman*, *Carus*, *Breschet*, *Bazin*, *Bourgu*, *Luschka* и др.) считала мозговой придатокъ за нервный органъ, другая часть (*Burdach*, *Meckel*) — за железу. *Magendie* описывалъ мозговой придатокъ, какъ лимфатическій органъ, который абсорбируетъ ретроspинальную жидкость и отводитъ ее въ кровь. *Ecker* называлъ мозговой придатокъ кровяной железой и различалъ въ ней двѣ различныхъ части. *Liegois* (1860) видѣлъ въ *hypophysis cerebri* сосудистую железу, которая вырабатываетъ необходимый для обмена веществъ продуктъ и направляетъ его въ кровь. Наконецъ, въ 1869 г. *Brown-Sequard* причислилъ мозговой придатокъ къ железамъ съ внутренней секреціей, причемъ указалъ, что въ анатомическомъ отношеніи онъ напоминаетъ

питовидную железу,—аналогія, подтвержденная потомъ и въ функциональномъ отношеніи.

Особенно сильно интересъ къ изученію мозгового придатка возросъ съ тѣхъ поръ, какъ Pierre Marie, въ 1889 г., высказалъ предположеніе о зависимости акромегалии отъ пораженія *hypophysis cerebri*. Съ этого момента собственно и начинается экспериментальная разработка вопроса о значеніи этого маленькаго органа для животнаго организма. Экспериментальныя изслѣдованія велись, какъ всегда въ подобныхъ случаяхъ, двоякимъ путемъ: 1) путемъ экстирпаціи всего органа или его отдѣльныхъ частей и 2) путемъ введенія въ организмъ твари придатка или полученныхъ изъ него вытяжекъ. Полученныя при этомъ данныя были пополнены клиническими наблюденіями, особенно со стороны хирурговъ, а также патолого-анатомическими изслѣдованіями. Въ настоящей главѣ я остановлюсь преимущественно на данныхъ, полученныхъ при экстирпаціи мозгового придатка; что касается вліянія на организмъ экстрактовъ изъ *hypophysis cerebri*, то объ немъ будетъ рѣчь преимущественно въ слѣдующей главѣ.

Въ первый разъ экстирпація мозгового придатка съ экспериментальною цѣлью была выполнена Horsley, за которымъ послѣдовали Dastre, Gley и др. Большинство экспериментаторовъ старалось подойти къ *hypophysis cerebri* экстрацеребральнымъ путемъ, со стороны ротовой полости. Лишь меньшинство пыталось экстирпировать мозговой придатокъ черезъ черепной сводъ, съ предварительнымъ разсѣченіемъ мозолистаго тѣла, т. е. шло трансцеребральнымъ путемъ. Мозговой придатокъ разрушался термокаутеромъ или удалялся какимъ-нибудь особымъ инструментомъ, иногда прижигался желѣзнымъ зондомъ, хромовой кислотой и т. д.

Всѣ подобныя попытки удаленія изъ организма мозгового придатка страдали большими недостатками чисто методологическаго характера. Прежде всего, получалась масса побочныхъ поврежденій и раненій важныхъ для жизни органовъ; затѣмъ, почти неизбѣжно за каждой операціей слѣдовалъ сепсисъ со смертельнымъ исходомъ оперированнаго животнаго; наконецъ, никогда нельзя было быть увѣреннымъ, что удаленъ весь органъ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ приходилось оперировать при недостаточномъ контролѣ со стороны глаза.

Такъ, напр., при опытахъ Ломонасо и von Runberg'a (оперировали трансперебрально) изъ 44 экстирпаций мозгового придатка полное его удаление, какъ показало вскрытіе оперированныхъ животныхъ, имѣло мѣсто только въ 63,64% всѣхъ случаевъ.

Отсюда понятно, что полученные результаты, помимо своей сомнительности, оказались и очень разнорѣчивыми: одни изслѣдователи (Friedman и Maas, Ломонасо и Runberg) при своихъ опытахъ получили результаты, позволившіе имъ совершенно отрицать за мозговымъ придаткомъ какое-либо физиологическое значеніе и считать его за рудиментарный остатокъ. Такъ, Friedman послѣ экстирпации hypophysis cerebri у молодыхъ животныхъ, въ періодѣ роста организма, не получилъ никакихъ патологическихъ измѣненій. Rath нашелъ, что мозговой придатокъ во внутробной жизни не является важнымъ для жизни органомъ, хотя этотъ авторъ и допускаетъ, что hypophysis cerebri функционируетъ въ эмбриональной жизни. Другіе—и большинство—экспериментаторовъ (Maginisco, Vassale и Sacchi, Нарбутъ и др.) пришли къ заключенію, что hypophysis cerebri представляетъ собою органъ, имѣющій важныя функціи,—органъ, не перестающій функционировать и въ тѣлѣ здороваго человѣка.

Я позволю себѣ привести здѣсь in extenso выводы, сдѣланные Нарбутомъ въ его обстоятельной монографіи по данному вопросу:

1. Мозговой придатокъ обладаетъ въ животномъ организмѣ своей опредѣленной функціей.
2. Для растущаго организма мозговой придатокъ имѣетъ гораздо большее значеніе, чѣмъ для взрослога.
3. Поврежденія мозгового придатка обнаруживаются въ появленіи особой клинической картины, выражающейся въ развитіи психической депрессіи, нарушеніи обмѣна веществъ, въ паденіи вѣса тѣла, и сопровождающейся измѣненіями въ двигательной сферѣ и отчасти чувствительности (анестезія); нерѣдко—полиуріей, полидипсіей и полифагіей, а у молодого организма—также отсталостью роста.
4. Полное удаление мозгового придатка въ большинствѣ случаевъ у животныхъ въ періодѣ роста ведетъ къ смертельному исходу; взрослый организмъ можетъ справиться съ вы-

44) паденіемъ функціи мозгового придатка, по всей вѣроятности, насчетъ усиленія дѣятельности щитовидной железы.

5. Паденіе вѣса животнаго находится въ прямой зависимости отъ степени разрушенія мозгового придатка и въ обратной—отъ возраста животнаго: чѣмъ животное моложе, тѣмъ сильнѣе паденіе вѣса.

6. Удаленіе мозгового придатка: влечетъ за собою усиленіе въ выведеніи организмомъ фосфора и азота; при голодаваніи у животнаго, подвергнутаго экстирпаціи этого органа, отмѣчаются аналогичныя явленія.

7. Потери вѣса животныхъ слѣдуетъ, повидимому, отнести главнымъ образомъ насчетъ азотъ-содержащихъ тканей.

8. Удаленіе или частичное пораженіе мозгового придатка не вызываютъ выдѣленія сахара и бѣлка, а также не вліяютъ на температурныя колебанія.

9. Механическое раздраженіе мозгового придатка, а равнымъ образомъ экстирпація послѣдняго не вліяютъ на характеръ мозгового кровообращенія.

10. Электрическое раздраженіе мозгового придатка по вліянію на кровяное давленіе не отличается отъ раздраженія другихъ частей основанія мозга.

11. Вырѣзыванія гипофизина не вліяютъ на измѣненія мозгового кровообращенія.

12. Очень возможно, что явленія инфантилизма связаны съ преждевременнымъ превращеніемъ функціонированія мозгового придатка.

13. Нѣтъ никакого основанія предполагать, чтобы у человѣка мозговой придатокъ находился въ рудиментарномъ состояніи.

Vassale и Sacchi произвели до 40 опытовъ съ удаленіемъ мозгового придатка у собакъ и кошекъ и пришли въ заключенію, что удаленіе или разрушеніе мозгового придатка ведетъ въ гибели животнаго при явленіяхъ, которыя въ цѣломъ составляютъ характерный симптомокомплексъ, обозначаемый ими, какъ *casus hystericus*. Последняя выражается слѣдующими клиническими особенностями: 1) рѣзкое психическое угнетеніе; 2) цѣлый рядъ расстройствъ въ двигательной сферѣ (фибрилярныя подергиванія мышцъ, тоническія и клоническія судороги, пьяная походка); 3) *dyspnoe*; 4) сильное пониженіе t° тѣла; 5) *polyuria*; 6) *polydipsia*,

апогехія; 7) быстрое истощеніе; 8) смерть въ коматозномъ состояніи. Выпрыскиваніе глицериновой вытяжки изъ *hypophysis cerebri* давало рѣзкое улучшеніе общаго самочувствія, но улучшеніе это всегда было временнымъ, оперированныя животныя въ концѣ концовъ все-таки погибали.

Полноты ради я долженъ здѣсь еще упомянуть о работахъ Ціона и Andriesen'a, посвященныхъ вопросу о функціяхъ *hypophysis cerebri*.

По мнѣнію Ціона, мозговой придатокъ есть саморегуляторъ внутречерепного давленія. Свое предположеніе Ціонъ подвергъ экспериментальной провѣркѣ, причемъ свои опыты поставилъ въ трехъ направленіяхъ: 1) дѣлалъ экстирпацию *hypophysis cerebri* (экстрацеребральнымъ путемъ) и слѣдилъ за результатами операціи; 2) подвергалъ мозговой придатокъ механическимъ и электрическимъ раздраженіямъ и 3) выпрыскивалъ въ яремную вену водные или глицериновые экстракты изъ свѣжаго и высушеннаго придатка. На основаніи этихъ изслѣдованій Ціонъ пришелъ къ заключенію, что *hypophysis cerebri* предназначенъ для регулированія циркуляціи крови и цереброспинальной жидкости въ черепной полости, — что онъ охраняетъ жизненныя и психическія функціи мозга, защищая послѣдній отъ рѣзкихъ колебаній въ кровяномъ давленіи. Свою роль мозговой придатокъ выполняетъ отчасти механическимъ путемъ (поднятіе кровяного давленія вслѣдствіе сжатія мелкихъ артерій), отчасти химическимъ, продуцируя два вещества, которыя вліяютъ на сердечныя и сосудодвигательныя нервы. Помимо этого, повышеніе кровяного давленія въ *hypophysis cerebri* рефлекторно можетъ вызвать расширеніе сосудовъ и ускореніе кровообращенія въ щитовидной желѣзѣ, что также предотвращаетъ усиленный приливъ крови въ мозгъ. Такое взаимодѣйствіе между придаткомъ мозга и *gl. thyreoidea* доказано экспериментальными данными (Роговичъ и др.). Такимъ образомъ, благодаря *hypophysis cerebri*, существуетъ определенное количественное равновѣсіе между кровью съ одной стороны и цереброспинальной жидкостью — съ другой. Ціонъ приписывалъ мозговому придатку также значительную роль въ обмѣнѣ веществъ и въ развитіи и ростѣ костной ткани.

Andriesen (цит. по Нарбуту) изслѣдовалъ морфологию и развитіе мозгового придатка у различныхъ животныхъ.

Относительно физиологическаго значенія этого органа онъ говоритъ слѣдующее: передняя, железистая доля *hypophysis cerebri* назначена для выдѣленія секрета, протокъ—для проведенія той среды, въ которой плаваетъ данный организмъ, а задняя доля является чувствительнымъ нервнымъ элементомъ. По мѣрѣ физиологическаго развитія задняя доля теряетъ свою субстанцію; у человѣка она немногимъ отличается отъ невротліи и является такимъ образомъ лишь рудиментарнымъ остаткомъ, свидѣтельствующимъ о когда-то важной функціи. Железистая же часть продолжаетъ функціонировать на всѣхъ ступеняхъ развитія. Секретъ ея имѣетъ: 1) трофическое вліяніе на нервную ткань, содѣйствуя усвоенію приносимаго съ жидкостью кислорода и 2) деструктивное—нейтрализуя вредные продукты обмѣна. Съ развитіемъ кровеносной системы въ центральномъ нервномъ аппаратѣ, въ виду полученія кислорода черезъ кровь, необходимость въ *pituitar'номъ* протокѣ исчезаетъ, онъ атрофируется, а нервные элементы задней доли разрушаются. Железистая часть, не переставая функціонировать, становится органомъ съ внутренней секреціей. Ея продуктъ теперь уже проникаетъ въ лимфатическую систему, а отсюда въ кровеносную и черезъ посредство послѣдней дѣйствуетъ на нервную ткань. Приписывая придатку двойственную функцію,—содѣйствіе усвоенію нервною системою кислорода и обезвреживаніе отбросовъ обмѣна, *Andriesen* дѣлаетъ предположеніе, какими явленіями будетъ сопровождаться разрушеніе мозговаго придатка или его удаленіе изъ организма. Явленія эти будутъ: 1) недостаточное усвоеніе кислорода нервной тканью; 2) недостаточное разрушеніе (нейтрализація) продуктовъ обмѣна, ихъ излишнее накопленіе, ведущее къ упадку питанія центральной нервной системы и гибели организма. Клинически указанныя нарушенія въ организмѣ проявляются въ видѣ: 1) депрессивнаго состоянія психической сферы и апатіи (начинающійся упадокъ дѣятельности въ нервныхъ центрахъ), 2) мышечной слабости (первый эффектъ на периферіи), 3) измѣненій въ координаціи и равновѣсіи, 4) развитія судорогъ и неправильныхъ сокращеній (спазмы) въ мышечной системѣ, являющихся результатомъ дальнѣйшаго упадка нутритивной дѣятельности нервныхъ центровъ, 5) недостаточнаго производства тепла и отсюда субнормальной t° , 6) истощенія всѣхъ остальныхъ тканей тѣла, являющагося результатомъ болѣе бы-

страго упадка питанія центральной нервной системы, 7) появления компенсаторной полиуріи и приступовъ dyspnoe (периферическій показатель упадка усвоения центральной нервной системой кислорода). Всѣ эти расстройства завершаются, въ концѣ концовъ, быстрымъ летальнымъ исходомъ.

Въ 1906 году появилась работа Paulesco, въ которой онъ сообщилъ о результатахъ удаленія мозгового придатка съ помощью выработаннаго имъ метода, который давалъ возможность производить экстирпацію hypophysis cerebri подъ непосредственнымъ контролемъ зрѣнія, безъ кровотечения и поврежденія окружающихъ частей мозга. Paulesco выбралъ путь къ мозговому придатку черезъ височную кость (транскеребрально). Выводы, къ которымъ пришелъ авторъ, — слѣдующіе:

1. Полная экстирпація мозгового придатка ведетъ въ короткое время къ смерти животнаго; средняя продолжительность жизни послѣдняго равняется 24 часамъ.

2. Если животное выживаетъ болѣе продолжительное время, то это указываетъ на то, что во время операціи былъ удаленъ не весь придатокъ.

3. Частичное удаленіе hypophysis cerebri не сопровождается никакими явлениями; при болѣе продолжительномъ выживаніи не наблюдалось никакихъ трофическихъ расстройствъ.

4. Полное удаленіе передней доли hypophysis cerebri идентично полной экстирпаціи всего органа.

5. Удаленіе нервной доли (p. posterioris) мозгового придатка не сопровождается никакими расстройствами.

6. Отдѣленіе hypophysis cerebri, безъ экстирпаціи его, отъ основанія мозга всегда смертельно для животнаго.

Опыты Paulesco нашли себѣ подтвержденіе въ экспериментальныхъ данныхъ Cushing'a, который произвелъ болѣе ста операцій полного и частичнаго удаленія мозгового придатка по методу Paulesco. Biedl и Silbermark также вполне подтвердили выводы Paulesco.

Въ самое послѣднее время, однако, Aschner опубликовалъ результаты опытовъ съ удаленіемъ мозгового придатка, существенно разнящихся отъ таковыхъ же Paulesco и др. авторовъ. Aschner пользовался экстракеребральнымъ методомъ, достигая hypophysis cerebri черезъ ротовую полость (черезъ глоточный сводъ). Всего онъ произвелъ 63 полныхъ и 16 частичныхъ экстирпацій придатка у собакъ, причемъ

50 собакъ были использованы для различныхъ контрольныхъ опытовъ. Свои опыты *Aschner* началъ въ декабрѣ 1908 г., а кончилъ въ 1910 году. Оперированныхъ животныхъ съ измѣненіями послѣ удаленія *hypophysis cerebri* онъ демонстрировалъ на VIII Международномъ Конгрессѣ Физиологовъ, бывшемъ въ Вѣнѣ, въ сентябрѣ 1910 г., а еще раньше (въ 1909 г.) показывалъ ихъ на засѣданіяхъ разныхъ медицинскихъ обществъ Вѣны и Берлина.

Путемъ своихъ экспериментовъ *Aschner* установилъ, прежде всего, тотъ фактъ, что измѣненія, которыя наблюдаются послѣ экстирпации мозгового придатка, ясно бываютъ выражены только у молодыхъ животныхъ; что касается разстройствъ въ организмѣ взрослыхъ животныхъ, лишенныхъ *hypophysis cerebri*, то таковыя бываютъ выражены очень незначительно, часто бываютъ едва замѣтны. Второй фактъ, по видимому, также прочно установленный экспериментальными данными *Aschner*'а,—это тотъ, что вопросъ объ абсолютной важности *hypophysis cerebri* для жизни организма долженъ быть окончательно рѣшенъ въ отрицательномъ смыслѣ. Очень часто мозговому придатку приписывались функціи, принадлежація не ему, а сосѣднимъ частямъ мозга. Никто изъ прежнихъ авторовъ не давалъ себѣ отчета въ томъ, что неудачи ихъ экстирпации придатка зависѣли отъ пораненія непосредственно связаннаго съ *hypophysis cerebri tub. cinerei* или, вѣрнѣе, всей ножки придатка (*tuber cinereum + infundibulum*). На основаніи своихъ опытовъ *Aschner* пришелъ въ выводъ, что ни *dura mater*, ни мозговой придатокъ не даютъ при механическомъ, химическомъ, термическомъ и электрическомъ раздраженіяхъ никакихъ замѣтныхъ измѣненій пульса, кровяного давленія и дыханія. Если же, при экстирпации придатка, раздражать его ножку или перерѣзать ее, то каждый разъ можно наблюдать замедленіе пульса, ослабленіе его, даже полное прекращеніе сердечной дѣятельности, крикъ животныхъ или, по крайней мѣрѣ, замедленное дыханіе съ углубленіемъ инспираціи. Тотъ же самый эффектъ можно получить, если, послѣ удаленія мозгового придатка, раздражать *tub. cinereum* какими-нибудь механическими, химическими, термическими или электрическими агентами. Благодаря этому-то вліянію ножки придатка (*tub. cinereum + infundibulum*) на сердце, дыханіе и сосудистую систему, пораненіе или разрушеніе этихъ частей мозга и мо-

жеть, по Aschner'у, вызвать смерть. Небольшія же пораненія, не затрагивающія всей окружности дна 3-го желудочка, а также перерѣзка ножки мозгового придатка въ области infundibuli могут и не вести къ смерти животнаго.

Что касается явленій выпаденія функціи hypophysis cerebri послѣ его искусственнаго удаленія, то какъ мы уже упомянули, Aschner могъ констатировать ихъ въ значительной степени только у молодыхъ животныхъ. У взрослыхъ животныхъ этотъ авторъ наблюдалъ, послѣ полного удаленія придатка, лишь слѣдующія измѣненія въ организмѣ: прежде всего появлялось ожирѣніе, иногда довольно рѣзко выраженное, но никогда не достигавшее такихъ размѣровъ, какъ это наблюдалъ Cushing; далѣе, у оперированныхъ животныхъ наблюдалось депрессивное состояніе, незначительное паденіе t° сравнительно съ нормой, легкое пониженіе адреналиновой глизурии, пониженіе общей сопротивляемости организма и, наконецъ, незначительныя разстройства со стороны половой сферы. У молодыхъ животныхъ, напротивъ, послѣ экстирпаціи мозгового придатка выступали крайне рѣзко выраженныя измѣненія. Прежде всего у такихъ животныхъ замѣчалась отсталость въ ростѣ сравнительно съ контрольными,—отсталость настолько значительная, что на первый взглядъ тѣ и другія животныя казались принадлежащими къ разнымъ породамъ. Далѣе, у лишенныхъ мозгового придатка молодыхъ собакъ появлялись обильныя отложенія жира въ подкожной клѣтчаткѣ, особенно на животѣ (гдѣ они достигали въ толщину 4—5 сант.), ожирѣніе внутреннихъ органовъ, апатичное состояніе и тугоподвижность. вмѣсто настоящихъ волосъ оперированныя собаки имѣли лишь lanugo, когти у нихъ также были выражены значительно слабѣе. При микроскопическомъ изслѣдованіи тканей оперированныхъ животныхъ Aschner не могъ констатировать никакихъ измѣненій, свойственныхъ микседемѣ; скорѣе строеніе тканей напоминало у нихъ структуру свойственную дѣтскому возрасту.

Какъ постоянное явленіе у молодыхъ собакъ, лишенныхъ hypophysis cerebri, авторъ наблюдалъ также пониженіе t° на $1-1\frac{1}{2}^{\circ}$ по сравненію съ контрольными животными.

На 4—5 мѣсяцахъ жизни у нормальныхъ собакъ обычно происходитъ смѣна зубовъ, у оперированныхъ же животныхъ въ эти мѣсяцы существовали еще только молочные зубы, и

только въ концѣ перваго года позади молочныхъ зубовъ появлялись одиночные постоянные зубы. Замедлялось, послѣ удаленія мозгового придатка, и развитіе всего остального скелета. У нормальнаго животнаго въ возрастѣ 10 мѣс. обычно процессъ окостенѣнія уже заканчивается, и скелетъ приобретаетъ свою окончателъную величину; у животныхъ же, подвергнутыхъ Aschneг'o мъ удаленію мозгового придатка въ первые мѣсяцы ихъ жизни, эпифизарныя линіи въ это время оставались еще открытыми, и весь скелетъ отличался особенностями, присущими дѣтскому возрасту. При микроскопическомъ изслѣдованіи области эпифизарныхъ линій авторомъ не было, однако, найдено никакихъ измѣненій характерныхъ для рахита или кретинизма.

Особенный интересъ представляютъ для насъ измѣненія, констатированныя Aschneг'o мъ послѣ удаленія мозгового придатка въ половыхъ железахъ животныхъ. Здѣсь также оставалось въ силѣ положеніе, что чѣмъ моложе возрастъ, въ которомъ была произведена операція, тѣмъ значительнѣе были расстройствa. Экстирпація придатка у взрослыхъ кобелей иногда вела въ полному превращенію сперматогенеза. У суки послѣ этой операціи наблюдались явленія перерожденія въ фолликулахъ и уменьшеніе жира въ интерстиціальной железѣ, а также безплодіе и прерываніе беременности. Если же мозговой придатокъ экстирпировался въ молодомъ возрастѣ (6—8 недѣль), то у кобелей яички останавливались въ своемъ развитіи, клѣтки сѣмянныхъ канальцевъ представлялись вакуолизированными, какъ это наблюдалось (Hofmeister) послѣ удаленія щитовидной железы, сперматогенезъ былъ скуднымъ и атипичнымъ, половой членъ, prostata и vas deferens носили инфантильный характеръ, половое влеченіе было сведено до minimum'a. У молодыхъ самокъ въ теченіе первыхъ же шести недѣль послѣ операціи наблюдалось почти полное исчезновеніе интерстиціальной железы, созрѣваніе первичныхъ фолликуловъ замедлялось, число фолликуловъ становилось меньше, чѣмъ у нормальныхъ животныхъ, вся вообще половая сфера никогда не достигала нормальнаго развитія, течка была выражена слабо.

Такимъ образомъ изслѣдованія Aschneг'a съ несомнѣнностью установили фактъ развитія рѣзкихъ измѣненій въ организмѣ животныхъ послѣ удаленія мозгового придатка,

если удаление это было предпринято въ молодомъ возрастѣ. Возможно-ли парализовать это дѣйствіе экстирнаціи придатка путемъ введенія вещества *hypophysis*,—этотъ вопросъ еще до сихъ поръ не рѣшенъ окончательно. Опыты *Vassale* и *Sacchi*, а также *Cushing'a*, правда, показали, что при этомъ получается временное улучшение *cachexiae hypophysiprivaе*, но указаные опыты, какъ выяснилъ *Aschner*, съ технической стороны являются безупречными. Многочисленные опыты *Caselli*, *Cerletti*, *Delille'a*, *Fischer'a*, *Franchini*, *Schäfer'a* и др. съ введеніемъ вытяжки мозгового придатка нормальнымъ животнымъ дали противорѣчивые результаты: въ однихъ случаяхъ было констатировано отложеніе жира, увеличеніе въ вѣсѣ и слегка повышенный ростъ костей; въ другихъ случаяхъ, особенно послѣ продолжительныхъ впрыскиваній, у животныхъ наблюдались, наоборотъ, кахексія и остановка въ ростѣ. При опытахъ съ трансплантаціей мозгового придатка нормальнымъ животнымъ оказалось (*Payet*, *Clairmont* и *Ehrlich*, *Exner*, *Schäfer*), что придатокъ сначала приживалъ, а затѣмъ постепенно резорбировался, причемъ нѣкоторыми изслѣдователями (*Exner*) наблюдались у животныхъ съ пересаженнымъ придаткомъ легкое ожирѣніе и увеличеніе въ вѣсѣ.

Чтобы закончить обзоръ данныхъ, касающихся физиологическаго значенія *hypophys cerebri*, упомяну еще о гипотезѣ *Salmo'n'a*, который приписывалъ мозговому придатку какое-то отношеніе къ физиологическому сну, и о новѣйшихъ экспериментальныхъ данныхъ *Ascoli* и *Legnani*, *Horsley* и *Handelsman'n'a*, съ которыми я могъ, къ сожалѣнію, познакомиться лишь на основаніи краткихъ рефератовъ. Изъ послѣднихъ видно, что *Handelsmann* и *Horsley* своими опытами на животныхъ не подтвердили положенія *Cushing'a*, будто удаленіе передней доли *hypophys cerebri* въ нѣсколько дней ведетъ къ смерти животнаго. Авторы дѣлаютъ предположеніе, что не передняя доля, но *acini intermedii* мозгового придатка являются абсолютно необходимыми для жизни.

По даннымъ *Ascoli* и *Legnani*, послѣ вылушенія мозгового придатка ростъ животныхъ рѣзко задерживается, что особенно бросается въ глаза, если сравнить оперированное животное съ контрольнымъ животнымъ того же возраста

и приплода. Далѣе, отмѣчается задержка въ окостенѣніи скелета и образованія зубовъ. Общее разстройство питанія выражается у оперированныхъ животныхъ въ появленіи тучности; однако, послѣдняя наблюдается не во всѣхъ случаяхъ: у отдѣльныхъ животныхъ, вмѣсто нея, наблюдается, наоборотъ, нарастающее исхуданіе вслѣдствіе недостаточнаго питанія. На развитіе половой зрѣлости удаленіе придатка мозга дѣйствуетъ задерживающимъ образомъ: какъ наружныя половыя части, такъ и внутреннія остаются у оперированныхъ животныхъ на степени развитія, соответствующей дѣтскому типу; образованія сѣменныхъ нитей и зрѣлыхъ яицъ не получается. Далѣе, вылученіе мозгового придатка отражается на дѣятельности другихъ железъ съ внутренней секреціей. Рѣзче всего это видно на селезенкѣ, которая значительно уменьшается въ объемѣ и принимаетъ фиброзный видъ; на разрѣзѣ она оказывается почти однородной, Malpighi'евыхъ тѣлецъ въ ней отличить бываетъ нельзя. Измѣненія щитовидной и вилочковой железъ, а также надпочечниковъ, ясно обнаруживаются только при микроскопическомъ изслѣдованіи.

Въ заключеніе настоящей главы скажу нѣсколько словъ объ отношеніи *glandulae pituitariae* къ беремености, женскимъ половымъ частямъ, а также къ железамъ съ внутренней секреціей и обмѣну веществъ въ организмѣ.

Выше уже было упомянуто, какимъ измѣненіямъ подвергается мозговой придатокъ во время беременности: въ передней долѣ его возникаютъ особыя влѣтки—влѣтки беременности, которыя представляютъ собою ничто иное, какъ измѣненныя влѣтки железистой части придатка. Къ этому я долженъ добавить, что во время беременности значительно мѣняется и наружный видъ органа. Прежде всего увеличивается вѣсъ и величина его, притомъ настолько, что придатокъ, теперь болѣе округлый, выступаетъ изъ турецкаго сѣдла. Цвѣтъ *hypophysis cerebri* также мѣняется, дѣлаясь изъ сѣро-краснаго бѣловатымъ, что нужно поставить въ связь съ громаднымъ развитіемъ клѣтокъ беременности. Всѣ эти измѣненія касаются только передней доли. Наряду съ ними усиливается также, повидимому, и секреція придатка, о чемъ можно судить по замѣтному увеличенію у беременныхъ женщинъ кистей рукъ и губъ. Во второй половинѣ беременности изъ мозгового придатка можно бываетъ выдавить большое количе-

ство какъ-бы молочнаго сока, а подъ микроскопомъ можно бываетъ замѣтить сильное увеличеніе хромофильныхъ клѣтокъ. По окончаніи беременности въ придаткѣ имѣютъ мѣсто процессы обратнаго развитія въ видѣ вакуольнаго перерожденія клѣтокъ, жирового же перерожденія ихъ обычно не бываетъ.

Изъ спеціальныхъ работъ, посвященныхъ вопросу объ измѣненіяхъ мозгового придатка во время беременности и послѣродового періода, особенно интересною является, по видимому, работа Ciullo, которую я процитирую по Клангъ. Ciullo изслѣдовалъ придатокъ мозга у кроликовъ и морскихъ свинокъ до, во время и послѣ беременности и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) во время беременности функціи мозгового придатка ясно усиливаются; 2) железа эта дѣлается болѣе богатой сосудами и гипертрофируется; 3) въ послѣродовомъ періодѣ она обнаруживаетъ наклонность вернуться къ нормальному состоянію, но, въ противоположность gland. supragenalis, это происходитъ лишь очень медленно, особенно у кормящихъ; это возвращеніе къ нормальному состоянію никогда не бываетъ полнымъ, такъ что дѣйствіе послѣдовательныхъ беременностей является кумулятивнымъ, и у животныхъ, перенесшихъ нѣсколько беременностей, мозговой придатокъ становится очень объемистымъ. Подъ микроскопомъ въ мозговомъ придаткѣ у беременныхъ можно бываетъ, по Ciullo, различать слѣдующіе типы клѣтокъ: 1) клѣтки, протоплазма которыхъ не окрашивается ни эозиномъ, ни фуксиномъ, ни желѣзистымъ гѣматоксилиномъ; 2) клѣтки, гранулы которыхъ окрашиваются всѣми этими средствами, и которыя разнятся по отношенію ихъ ядра къ фуксину и гѣматоксилину; 3) клѣтки немного меньшей величины, съ маленькимъ и рѣзко гиперхроматическимъ ядромъ и зернистой протоплазмой. Такимъ образомъ у небеременныхъ животныхъ различаются два главныхъ вида клѣтокъ: а) клѣтки въ состояніи покоя (Hauptzellen), б) клѣтки въ состояніи секреторной дѣятельности, ядро и протоплазма которыхъ измѣняются соответственно степени активности; это, вѣроятно, — клѣтки беременности въ различной стадіи дѣятельности. Коллоида въ нормальномъ состояніи ни у кроликовъ, ни у морскихъ свинокъ не встрѣчается, во время же беременности и послѣродового періода онъ попадаетъ у свинокъ, въ пузырькахъ на периферіи клѣтокъ. Такимъ образомъ во время беремен-

ности и послѣ родовъ наблюдается увеличение секреціи коллоида, но увеличение недостаточное, чтобы оправдать мнѣніе, будто это увеличение—главное измѣненіе мозгового придатка даннаго періода.

Секреція жира происходитъ въ мозговомъ придаткѣ, по Ciuillo, и при обычныхъ условіяхъ, но увеличивается во время беременности. Изъ жировъ выдѣляются лецитинъ и олеинъ. Во время послѣродового періода секреція жировъ быстрѣе уменьшается у некормлящихъ животныхъ, но все-таки и у нихъ остается сравнительно обильной, причемъ продуцируется преимущественно лецитинъ. У кормящихъ животныхъ секреція жира продолжается дольше, хотя въ меньшей степени, чѣмъ во время беременности, и продуцируется главнымъ образомъ олеинъ. Причину этой разницы объяснить трудно. Если извѣстные жиры имѣютъ защитительное дѣйствіе противъ извѣстныхъ ядовъ, то возможно, что продолжающаяся секреція растворимаго жира у некормлящихъ представляетъ собою усиліе природы противодѣйствовать продолжительному накопленію токсическихъ продуктовъ въ крови. Возможно, что у кормящихъ нѣтъ такого накопленія токсиновъ, и поэтому у нихъ происходитъ секреція болѣе стойкаго жира, который не имѣетъ защитительнаго дѣйствія, но связанъ съ процессомъ лактаціи.

Изъ этой работы вытекаетъ съ несомнѣнностью, что состояніе *hypophysis cerebri* находится въ извѣстномъ соотношеніи съ функціями женскихъ половыхъ органовъ. Многими наблюденіями также доказано, что кастрація и разрушительные процессы въ яичникахъ ведутъ къ увеличенію придатка почти вдвое больше противъ нормы¹⁾, причемъ къ измѣненіямъ *hypophys* ведетъ главнымъ образомъ то или иное состояніе не паренхимы, а интерстиціальной ткани яичника. И обратно—измѣненія въ состояніи мозгового придатка сказываются нарушеніемъ процессовъ въ половыхъ железахъ. Уже изъ цитированной выше работы *Aschnege* мы видѣли, какія измѣненія вызываетъ экстирпація *hypophys cerebri*

¹⁾ Въ самое послѣднее время *Kolde* своими экспериментами доказалъ, что у кроликовъ увеличеніе *hypophys cerebri* послѣ кастраціи сводится главнымъ образомъ къ увеличенію возинофильныхъ клѣтокъ.

въ половой сферѣ взрослыхъ и молодыхъ животныхъ. Патологическіе процессы въ *hypophysis cerebri*, съ явлениями гипер- и гипосекреціи, ведутъ также къ измѣненіямъ въ женской половой сферѣ. Stumpfe справедливо указываетъ, что акромегалия, являющаяся выраженіемъ чрезмѣрной функціи мозгового придатка (*hyperpituitarismus*), часто соединяется съ хлорозомъ и аменорреей. Слѣдствиемъ же уменьшенной секретіи *hypophysis* (*hypopituitarismus*), какъ показываютъ наблюденія, является особая клиническая форма, такъ наз. *dystrophia adiposo-genitalis*, которая характеризуется общимъ увеличеніемъ массы жировой ткани, особенно на груди и животѣ, гипоплазіей половыхъ органовъ, слабой выраженностью вторичныхъ половыхъ признаковъ и *habitus infantililis*. Этотъ *disgenitalismus* клинически чаще всего можно наблюдать при новообразованіяхъ придатка.

Что касается отношеній между *hypophysis cerebri* и другими железами съ внутренней секретіей, то для характеристики ихъ я воспользуюсь схемой, составленной *Erpinger*омъ, *Falta* и *Rudinger*омъ и видоизмѣненной *Aschneger*омъ, который внесъ въ нее отсутствовавшіе въ этой схемѣ *hypophysis cerebri* и яичникъ. Какъ извѣстно, каждая изъ железъ съ внутренней секретіей имѣетъ близкое отношеніе къ ходу обмѣна веществъ, причемъ одни железы дѣйствуютъ въ этомъ отношеніи ускоряющимъ образомъ, другіе, наоборотъ,—замедляющимъ образомъ. Схематично балансъ обмѣна веществъ, какъ результатъ вліянія различныхъ железъ другъ на друга, представленъ упомянутыми авторами въ слѣдующемъ видѣ: щитовидная железа и *pancreas*— съ одной стороны, поджелудочная железа и хромаффинная система— съ другой взаимно угнетаютъ другъ друга, являются антагонистами; щитовидная железа и хромаффинная система взаимно другъ другу способствуютъ, являются синергистами. Мозговой придатокъ, по мнѣнію *Aschneger*а, долженъ быть поставленъ на мѣстѣ аналогичномъ *gl. thyreoidea*: *hypophysis cerebri* выпаденіемъ своей функціи тормозитъ (слѣдовательно, способствуетъ своей функціей) хромаффинную систему, такъ какъ слѣбъ экстирпаціи мозгового придатка понижается адреналиновая глизозурія и другія явленія раздраженія *p. sympathici*; мозговой придатокъ дѣйствуетъ, далѣе, способствующимъ образомъ (*fördernd*) на *p. sympathicus* (отсутствіе тремора,

поліуріи и т. п.); наконецъ, *hypophysis cerebri* проявляетъ извѣстный антагонизмъ къ *pancreas*, такъ какъ выпаденіе его функціи, какъ и выпаденіе функціи щитовидной железы, тормозитъ панкреатическую гликозурію.

Яичники, по заключенію *Aschner*'а, въ вышеприведенной схемѣ должны занять мѣсто аналогичное поджелудочной железѣ.

Относительно вліянія *hypophysis cerebri* на минеральный обмѣнъ имѣющіяся въ литературѣ данныя недостаточны и, главное, противорѣчивы. Повидимому, мозговой придатокъ имѣетъ такое же вліяніе на обмѣнъ солей, какъ и щитовидная железа, т. е. повышаетъ этотъ обмѣнъ.

Глава II.

Вытяжки изъ задней (инфундибулярной) части мозгового придатка (питуитринъ, питугландоль, вапороль), ихъ физиологическое дѣйствіе и примѣненіе въ акушерствѣ по литературнымъ даннымъ.

Выясненное экспериментальными данными важное значеніе *hypophysis cerebri* въ общей экономіи организма не могло не послужить стимуломъ къ тому, чтобы испробовать лечебное вліяніе вытяжки изъ мозгового придатка. При этомъ выяснилось, что терапевтическое дѣйствіе принадлежитъ только задней долѣ *hypophysis cerebri*, которая, какъ мы знаемъ, содержитъ нервные элементы; экстрактъ же изъ передней доли, имѣющей железистое строеніе, лечебнымъ дѣйствіемъ не обладаетъ. Между тѣмъ для жизненныхъ функций главное значеніе, какъ мы видѣли изъ предыдущей главы, имѣетъ передняя, а не задняя доля придатка. Это несоотвѣтствіе физиологическаго значенія обѣихъ частей съ содержаніемъ дѣйствующаго начала въ *hypophysis cerebri* и до настоящаго времени остается еще невыясненнымъ. Предположеніе *Handelsman* и *Horsley*, что не *p. anterior* придатка, а собственно *acini partis intermediae* его являются необходимыми для жизни, требуетъ еще дальнѣйшаго экспериментальнаго подтвержденія. Гораздо правдоподобнѣе гипотеза *Нюренберга*, суть которой сводится къ слѣдующему:

Какъ доказано экспериментальными данными, секретъ передней доли *hypophysis cerebri* поступаетъ черезъ заднюю долю и *infundibulum* въ третій желудочекъ мозга. Какъ очень вѣроятно, далѣе, отдѣляемые железами съ внутренней секре-

цей гормоны, подобно ферментамъ и энзимамъ, могутъ вмѣстѣ своего образованія находится въ *неактивномъ* состоянїи, аналогичномъ проферменту и зимогену. Активированіе гормоновъ мозгового придатка можетъ имѣть мѣсто на его пути черезъ заднюю дольку. Съ этой точки зрѣнїя становится совершенно понятнымъ, почему, съ одной стороны, необходимою для жизни животнаго является передняя доля мозгового придатка, а съ другой—терапевтическимъ дѣйствїемъ обладаетъ лишь вытяжка изъ задней доли железы: удаленіе передней доли существенно отражается на организмѣ потому, что оно ведетъ къ исчезновенію матеріала для важнаго въ его жизни химическаго агента; при изготовленїи же экстрактовъ изъ каждой доли мозгового придатка въ отдѣльности дѣйствующее начало его въ активномъ состоянїи будетъ находиться только въ экстрактѣ изъ задней доли.

Такъ или иначе, но въ настоящее время съ терапевтической цѣлью употребляется обычно вытяжка изъ задней (инфундибулярной) части мозгового придатка. Извѣстны главнымъ образомъ 3 препарата этой вытяжки: питуитринъ Parke'a и Davis'a, питугландоль Roche'a и вапоролъ W. Wellcome'a ¹⁾. Судя по литературнымъ даннымъ, всѣ эти препараты имѣютъ одинаковую цѣнность. Наибольшимъ распространенїемъ пользуется, однако, повидимому, питуитринъ, съ которымъ работалъ и я.

Препаратъ этотъ готовится на фабрикѣ Parke and Davis слѣдующимъ образомъ: задняя часть мозгового придатка быка или овцы тщательно отдѣляется отъ остальныхъ частей hypophysis cerebri и растирается въ кашу (8% по вѣсу влажной железы), послѣ чего къ ней прибавляютъ въ 40 разъ большее по вѣсу количество подкисленной воды и постепенно подогреваютъ до 90°C. Часть бѣлковъ при этомъ свертывается и удаляется фильтрованїемъ, а оставшіеся бѣлки вмѣстѣ съ фосфатами удаляются почти цѣликомъ осажденїемъ при помощи раствора уксусновислаго урана. Получающееся за-

¹⁾ Въ послѣднее время появились въ продажѣ другіе препараты изъ hypophysis, напр., мененки фабрики Freund'a и Redlich'a, жидкій экстрактъ изъ мозгового придатка, той же фабрики, препараты подъ названїемъ glanduitrin и cerephysin; сюда же слѣдуетъ отнести и нейрогипофизинъ Пелля.

тѣмъ совершенно безцвѣтное, свободное отъ бѣлковъ вещество и есть питуитринъ. Въ прежнее время онъ приготовлялся съ такимъ расчетомъ, чтобы 1 куб. сант. его соотвѣтствовалъ 0,1 гр. влажной инфундибулярной части *hypophysis cerebri* (=0,01 сухого вещества); въ послѣднее время, однако, крепость раствора питуитрина была повышена, такъ что теперь 1 куб. сант. его соотвѣтствуетъ 0,2 гр. влажной инфундибулярной части придатка. По приблизительному расчету растворъ питуитрина содержитъ 2% дѣйствующаго начала желѣзы. Для консервирования препарата въ нему прибавляется $\frac{1}{2}$ % хлоретона. По внѣшнему виду находящійся въ продажѣ препаратъ представляетъ собою прозрачную, какъ вода, стойкую, стерильную жидкость, которую можно выпатить. Заключается онъ въ ампулахъ по $\frac{1}{2}$ куб. сант. и по 1 куб. сант. вмѣстимостью, упакованныхъ по $\frac{1}{2}$ —1 дюжинѣ.

Дѣйствующее начало экстракта *hypophysis cerebri*, конечно, неизвѣстно, хотя питуитринъ имѣетъ, повидимому, постоянный составъ (F r a n s k l-H o s c h w a r t и F r ö h l i c h). По многимъ своимъ свойствамъ онъ напоминаетъ адренинъ; однако адренинъ и питуитринъ представляютъ собою различныя вещества, какъ это видно изъ данныхъ B o r s h a r d t'a, показавшаго, что питуитринъ не даетъ свойственныхъ адренину реакцій—зеленой окраски съ полуторохлористымъ желѣзомъ, реакціи C o m e s s a t i съ сулемой и іодной реакціи F r a e n k e l'я и A l l e r s'a. При всемъ томъ можно предполагать, что въ экстрактѣ мозгового придатка содержится тѣло изъ брэнцватехиновой группы, т. е. изъ группы, производное которой представляетъ собою адренинъ. На это обратилъ вниманіе B i e d l, замѣтившій, что, хотя экстрактъ изъ мозгового придатка и не даетъ ни одной химической реакціи, указывающей на присутствіе въ немъ адренина, тѣмъ не менѣе, по сообщенію F r a e n k e l'я, онъ при кипяченіи со щелочами даетъ метиламинъ, что указываетъ на его родство съ адрениномъ.

Заговоривъ о дѣйствующемъ началѣ вытяжки изъ мозгового придатка, остановлюсь на интересной работѣ F ü h n e r'a, который сдѣлалъ попытку подойти къ выясненію дѣйствующаго начала питуитрина экспериментальнымъ путемъ.

Если инъцировать кролику въ ушную вену питуитринъ, то, по наблюденіямъ F ü h n e r'a, можно вскорѣ послѣ инъек-

ции наблюдать у животного остановку дыхания, которая, однако,—при инъекции в $\frac{1}{2}$ —1 куб. сант.—является несмертельной и скоро проходитъ. При впрыскивании питуитрина в *v. jugularem* кролика, предварительно наркотизированного уретаномъ, Fühner могъ наблюдать, при одновременномъ графическомъ регистрировании кровяного давления и дыхания, слѣдующее явленіе: послѣ быстро проходящаго повышенія кровяного давления, параллельно которому часто идетъ такая же быстро проходящая остановка дыхания, кровяное давление начинаетъ медленно падать, причемъ часто падаетъ очень низко; одновременно пульсъ дѣлается рѣдкимъ и временами совершенно исчезаетъ. Во время этого паденія кровяного давления животное въ большинствѣ случаевъ дышетъ. Если теперь кровяное давление будетъ возвращаться къ нормѣ, а затѣмъ подниматься выше, то у животного можно наблюдать постепенное ослабленіе дыхания вплоть до полной его остановки, продолжительность каковой длится различное время. Во всякомъ случаѣ на высотѣ повышенія кровяного давления или даже еще раньше дыханіе у животного снова появляется и постепенно восстанавливается до нормы. Указанное совпаденіе во времени повышенія кровяного давления съ остановкой дыхания является, по мнѣнію Fühner'a, очень характернымъ для питуитрина и вмѣстѣ интереснымъ въ томъ отношеніи, что подобный же феноменъ наблюдается при введеніи нѣкоторыхъ другихъ веществъ. Среди этихъ послѣднихъ Fühner особенно останавливается на *β-imydazolylaethylamin*'ѣ или гистаминѣ. Вещество это, какъ въ отношеніи вышеописаннаго феномена, такъ и по другимъ свойствамъ, напр. по дѣйствию на матку, близко напоминаетъ питуитринъ. Отсюда авторъ приходитъ къ выводу, что въ гистаминѣ мы, по всей вѣроятности, имѣемъ, если не дѣйствующую составную часть питуитрина, то, во всякомъ случаѣ, вещество, въ фармакологическомъ отношеніи стоящее очень близко къ нему. Отождествлять питуитринъ и гистаминъ, впрочемъ, повидимому, нельзя,—за это говоритъ слѣдующій опытъ, продѣланный Fühner'омъ: если у наркотизированнаго кролика путемъ впрыскиванія небольшой дозы гистамина вызвать характерныя измѣненія въ кровяномъ давленіи и дыханіи, а потомъ снова инъектировать ту же дозу, то дѣйствія не получится; если же теперь впрыснуть животному 1 куб. сант. питуитрина, то по-

слѣдній окажетъ свое характерное дѣйствіе на кровяное давление и дыханіе, и только новая его доза окажется недѣйствительной ¹⁾).

Сходныя задачи преслѣдовалъ въ своей работѣ Starkenstein. Авторъ этотъ находитъ, что съ химической точки зрѣнія hypophysis cerebri совершенно не изслѣдованъ; намъ извѣстно только, что въ немъ имѣется относительно много фосфора и извести, содержится также іодъ, бромъ, слѣды мышьяка и холина. Фармакологически дѣйствующее вещество мозгового придатка хорошо діализируется, термостабильно, не растворяется въ алкогольѣ и эфирѣ. Относительно ядовитости этого вещества ничего сказать нельзя, такъ какъ концентрація его въ мозговомъ придаткѣ неизвѣстна. Экстрактъ изъ 10 мозговыхъ придатковъ быка переносится, какъ единичная доза, между тѣмъ какъ вытяжка, напр., изъ одного надпочечника ведетъ животное неизбежно къ смерти. Большія дозы экстракта, будучи введены въ кровь, вызываютъ апатію,

¹⁾ Указывая на общую обоимъ препаратамъ способность вызывать маточныя сокращенія, Fühner предлагаетъ испытать гистаминъ въ елинеѣ у роженницъ, какъ препаратъ химически чистый и точно дозирующійся. Kehrer, пользуясь гистаминомъ, наблюдалъ, однако, непріятныя явленія. По его изслѣдованіямъ, гистаминъ—сильный ядъ. На выпѣзанной маткѣ онъ вызываетъ сильныя сокращенія, на живыхъ же животныхъ даетъ судорожныя сокращенія бронхиальной мускулатуры, которыя путемъ расстройства дыханія могутъ повести въ смерти. У человека $\frac{1}{2}$ мг. гистамина не оказали никакого дѣйствія, ни общаго, ни на матку, а $1-1\frac{1}{2}$ мг. вызвали угрожающія расстройства дыханія и клоническія судороги при минимальномъ воздѣйствіи на матку. Въ самое послѣднее время Jaeger (Эрлангенъ), примѣняя гистаминъ («Secale-Ersatz» Bayer'a) у роженницъ и родильницъ, не наблюдалъ такихъ угрожающихъ явленій, какъ Kehrer, но тѣмъ не менѣе и онъ отмѣчаетъ цѣлый рядъ непріятныхъ побочныхъ дѣйствій послѣ примѣненія этого средства, каковы: сердцебіеніе, головная боль, рвота, чувство ползанія мурашекъ, эритема и др. Изъ 25 роженницъ подобныя явленія авторъ наблюдалъ у 23. Jaeger не советуетъ примѣнять гистаминъ въ качествѣ потужнаго средства, такъ какъ, по его наблюденіямъ, только большія дозы (до 8 млгр.) оказываютъ эффектъ приблизительно такой же, какой даетъ питуитринъ, меньшія же дозы являются недействительными. Въ послѣдующемъ періодѣ гистаминъ, наоборотъ, въ небольшихъ дозахъ можетъ вполне замѣнить спорынью.

сонливость, а иногда учащеніе дыханія; какъ постоянное явленіе, при этомъ наблюдается также повышеніе мочеотдѣленія.

Упомянувъ о работахъ Fühner'a и Starckenstei-p'a, я перейду теперь къ обзору экспериментальныхъ работъ, посвященныхъ выясненію физиологическаго дѣйствія экстрактовъ изъ мозгового придатка, причемъ сначала разсмотрю данныя относительно дѣйствія ихъ на сосудистую систему и кровообращеніе.

Oliver и Schäfer въ 1894 г. впервые указали, что внутривенное вливаніе отвара изъ цѣльнаго hyrrophysis cerebri овцы вызываетъ ясно выраженное повышеніе кровяного давленія, въ общемъ сходное съ тѣмъ, которое вызываетъ адреналинъ; правда, въ отличіе отъ послѣдняго, вытяжка изъ мозгового придатка даетъ не такое сильное повышеніе кровяного давленія, какъ это наблюдается при адреналинѣ, но зато оно держится болѣе продолжительное время, оставаясь болѣе или менѣе постояннымъ. Oliver и Schäfer предполагаютъ, что это повышеніе кровяного давленія зависитъ, съ одной стороны, отъ сокращенія мелкихъ артерій, а съ другой,—отъ непосредственнаго стимулирующаго дѣйствія вытяжки на сердце.

Neuborn также въ числѣ первыхъ отмѣтилъ, что глипериновая вытяжка изъ мозгового придатка вызываетъ, съ одной стороны, уменьшеніе числа сокращеній изолированнаго сердца, а съ другой—усиленіе ихъ.

Цѣлый рядъ дальнѣйшихъ изслѣдователей (Howell, Sleghton, Hering, Livon и др.) подтвердили эти первыя наблюденія. Между прочимъ Howell доказалъ, что кровяное давленіе повышаетъ исключительно задняя доля придатка, причемъ, вводя теплокровнымъ животнымъ въ вену вытяжку изъ этой доли, можно всегда наблюдать, при неповрежденныхъ блуждающихъ нервахъ, усиленіе и замедленіе пульса; послѣ же перерѣзки vagus'овъ кровяное давленіе, при сохранившемся типѣ пульсовой волны, значительно поднимается. Этотъ авторъ отмѣтилъ также, что вторая дова экстракта, данная вскорѣ послѣ первой, не даетъ одинаковаго вторичнаго подъема,—обстоятельство, констатированное еще Oliver'омъ и Schäfer'омъ.

У холоднокровныхъ животныхъ, какъ это видно изъ изслѣдованій Hering'a, вытяжка изъ hyrrophysis cerebri вы-

зываетъ нѣсколько иныя явленія, чѣмъ у теплокровныхъ животныхъ. Пропуская вытяжку изъ задней части мозгового придатка быка черезъ изолированный желудочекъ лягушки, Негингъ получалъ учащеніе и усиленіе его сокращеній; при введеніи болѣе крѣпкихъ растворовъ наблюдалась неполная діастола; при продолжительномъ пропусканіи вытяжки сокращенія становились болѣе мелкими, неправильными, и, въ концѣ концовъ, сердце останавливалось въ систолѣ. При внутривенномъ примѣненіи вытяжки изъ мозгового придатка, послѣ предварительнаго разрушенія центральной нервной системы, наблюдалось замедленіе сердечной дѣятельности, причемъ сердечные удары становились слабѣе. Атропинъ, по Негингъ, уничтожаетъ дѣйствіе вытяжки.

Livon, работая съ экстрактомъ изъ мозгового придатка, наблюдалъ у теплокровныхъ животныхъ повышеніе кровяного давленія и уменьшеніе числа ударовъ сердца, почему и причислилъ мозговой придатокъ къ такъ наз. гипертензивнымъ органамъ. вмѣстѣ съ Howell'емъ авторъ этотъ думаетъ, что дѣйствующее начало *hypophysis cerebri* содержится лишь въ задней долѣ придатка, а еще болѣе правильнымъ считаетъ взглядъ Silvestrini, что дѣйствующее вещество придатка заключается въ его паранервной части (*pars intermedia*).

Schäfer и Vincent своими изслѣдованіями на животныхъ (кошки, крысы, мыши) подтвердили положеніе Howell'я, что повышеніе кровяного давленія вызываетъ исключительно задняя доля придатка. На основаніи своихъ экспериментовъ названные авторы допускаютъ, далѣе, существованіе въ вытяжкѣ изъ мозгового придатка двухъ дѣйствующихъ веществъ, среди которыхъ одно (прессорное) вызываетъ поднятіе кровяного давленія, а другое (депрессорное)—его паденіе. Вещество, повышающее кровяное давленіе, растворяется только въ водѣ, трудно діализируется; депрессорное начало вытяжки изъ задней доли мозгового придатка растворяется въ водѣ, спиртѣ, эфирѣ и легко поддается діализу. Кипяченіемъ оба этихъ вещества не разрушаются. Schäfer и Vincent подтвердили также наблюденіе Howell'я, что вторичныя дозы экстракта не вызываютъ эффекта, причемъ, благодаря присутствію въ экстрактѣ депрессорнаго вещества, при этомъ получается даже замѣтное паденіе кровяного давленія.

Въ дополненіе къ сказанному приведу еще данныя Ціона по вопросу о физиологическомъ дѣйствии вытяжки изъ мозгового придатка. Ціонъ нашель, что въ экстрактѣ задней части мозгового придатка находится вещество, растворяющееся въ водѣ, спиртѣ и эфирѣ и вызывающее замедленіе сердечныхъ ударовъ, а также большія пульсовыя волны (возбужденіе *vagus*овъ и угнетающихъ нервовъ). Вещество это Ціонъ называетъ гипофизиномъ и предполагаетъ, что его назначеніе состоитъ въ поддержаніи на извѣстной высотѣ тонуса блуждающихъ и угнетающихъ нервовъ. Атропинъ на гипофизинъ не дѣйствуетъ. Кромѣ этого вещества, въ мозговомъ придаткѣ, по мнѣнію Ціона, находится еще второе, растворимое только въ водѣ и вызывающее повышеніе кровяного давления и учащеніе сердечныхъ ударовъ, благодаря возбужденію сосудоуживающихъ и ускоряющихъ нервовъ (периферическое дѣйствіе). Атропинъ дѣйствіе этого вещества уничтожаетъ. Назначеніе его — поддерживать тонусъ мелкихъ мозговыхъ сосудовъ. Въ результатѣ совмѣстнаго дѣйствія обоихъ веществъ и получается, по Ціону, характерная для экстракта изъ мозгового придатка кривая пульса.

Здѣсь я долженъ упомянуть еще о двухъ сообщеніяхъ, принадлежащихъ русскимъ авторамъ и посвященныхъ вопросу о физиологическомъ дѣйствии вытяжки мозговой железы.

Проф. Словцовъ въ засѣданіи Саратовскаго Физико-Медицинскаго Общества сообщилъ о производящихся въ его лабораторіи изслѣдованіяхъ надъ дѣйствіемъ питуитрина, каковыя изслѣдованія показали, что питуитринъ сильнѣе (?) адреналина повышаетъ кровяное давление и дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на мускулатуру. Къ сожалѣнію, препаратъ пока готовится недостаточно удовлетворительно: изъ выписанныхъ 10 порцій двѣ оказались совершенно неэффективными.

Кепиновъ, на III Съѣздѣ россійскихъ терапевтовъ въ Москвѣ, представилъ докладъ, въ которомъ, на основаніи цѣлаго ряда опытовъ, произведенныхъ имъ въ фармакологическихъ лабораторіяхъ Московскаго и Гейдельбергскаго университетовъ, съ одной стороны подтвердилъ результаты, полученные отъ введенія вытяжки изъ *hypophysis cerebri* въ кровеносную систему другими авторами, а съ другой — нашель, что повышеніе кровяного давления наблюдается только у та-

шихъ животныхъ, у которыхъ остаются неповрежденными надпочечники. Послѣ предварительной перевязки надпочечниковъ у собакъ и послѣдующаго введенія вытяжки мозговой железы въ кровь повышенія кровяного давленія не наблюдается, и наступаетъ только замедленіе сердечныхъ сокращеній. Это даетъ право предположить, что въ секретѣ мозговой железы находятся два вещества, изъ которыхъ одно, повидимому, является вполне самостоятельнымъ и специфическимъ для даннаго органа, другое же находится въ какой-то зависимости отъ физиологической функціи надпочечниковъ. Эта зависимость можетъ выражаться въ томъ, что введенная вытяжка или повышаетъ отдѣленіе адреналина, или повышаетъ чувствительность къ адреналину тѣхъ мѣстъ, на которыя онъ дѣйствуетъ.

Такимъ образомъ повышеніе кровяного давленія, вызываемое вытяжкой изъ *hypophysis cerebri*, по мнѣнію экспериментаторовъ, зависитъ отъ непосредственнаго дѣйствія экстракта на мускулатуру сердца, результатомъ чего является увеличеніе силы сердечныхъ сокращеній и замедленіе работы сердечной мышцы. Что экстрактъ изъ мозгового придатка дѣйствуетъ непосредственно на мускулатуру сердца, за это говорятъ опыты съ примѣненіемъ его на изолированномъ сердцѣ лягушки и млекопитающихъ, а также то обстоятельство, что экстрактъ повышаетъ кровяное давленіе при перерѣзанномъ спинномъ мозгѣ и при перерѣзкѣ блуждающихъ нервовъ. Впрочемъ наблюдающееся при введеніи экстракта замедленіе пульса можно объяснить и возбужденіемъ *vagus*'овъ. Съ другой стороны, повышеніе кровяного давленія подѣйствіемъ экстракта изъ *hypophysis cerebri* несомнѣнно обуславливается и иной причиною, а именно, суженіемъ сосудовъ, которое вызываетъ вытяжка изъ мозгового придатка въ различныхъ областяхъ тѣла. Этой сторонѣ дѣйствія вытяжки также посвященъ цѣлый рядъ работъ экспериментальнаго характера, изъ которыхъ остановлюсь главнымъ образомъ на работѣ Раля.

Раль производилъ свои изслѣдованія на вырѣзанныхъ артеріяхъ быка по методу, выработанному Меуег'омъ. Определенный отрѣзокъ кровеноснаго сосуда помѣщался въ теплый Рингер'овскій растворъ, сюда же прибавлялся экстрактъ изъ мозгового придатка, и съ помощью рычага, на который подвѣшивалась изслѣдуемая часть кровеноснаго сосуда, записывались ея сокращеніе или удлинненіе. Изслѣдованія эти

показали, что на всѣ сосуды, кромѣ сосудовъ сердца и почекъ, вытяжка изъ мозгового придатка дѣйствуетъ аналогично адреналину, т. е. суживающимъ образомъ, сокращая ихъ стѣнки. Напротивъ, на сосуды почекъ и сердца дѣйствие вытяжки противоположно дѣйствию адреналина: послѣдній ведетъ къ расширенію вѣнечныхъ сосудовъ, тогда какъ экстрактъ изъ *hypophysis cerebri* вызываетъ сокращеніе ихъ; на почечной артеріи наблюдается обратный эффектъ — расслабленіе ея подѣ дѣйствіемъ вытяжки изъ мозгового придатка и сокращеніе отъ адреналина. Въ этомъ отношеніи Pal уподобляетъ дѣйствие экстракта изъ *hypophysis cerebri* дѣйствию пилокарпина, который суживаетъ стѣнку вѣнечныхъ артерій, а также сонной, брыжжеечной и бедренной артерій и расширяетъ почечную артерію; однако, въ отличіе отъ пилокарпина, вытяжка изъ *hypophysis cerebri* суживаетъ зрачокъ вырѣзаннаго глаза лягушки (Stamer, Boghardt) и дѣйствуетъ расширяющимъ образомъ на периферическій отрѣзокъ *a. renalis*, т. е. на тотъ, который лежитъ у почечной лоханки, на проксимальный же отрѣзокъ дѣйствуетъ суживающимъ образомъ. Слѣдуетъ, кромѣ того, замѣтить, что расслабленію почечной артеріи подѣ дѣйствіемъ экстракта изъ мозгового придатка предшествуетъ незначительное ея сжиманіе (Hallion et Carrion). Благодаря указанному дѣйствию экстракта *hypophysis* на *a. renalis*, экстрактъ этотъ въ значительной степени повышаетъ діурезъ, что подтверждено цѣлымъ рядомъ изслѣдованій (Schäfer'a и Magnus'a, Schäfer'a и Hering'a, Schwarz'a, Falta и др.).

Коснусь еще вопроса о вліяніи экстракта изъ *hypophysis cerebri* на свертываніе крови. Weil и Boué, прибавляя къ нормальной кроличьей крови вытяжку изъ задней части *hypophysis cerebri*, всегда наблюдали замѣтное ускореніе свертыванія крови. У кроликовъ съ искусственно пониженной свертываемостью крови (введеніемъ гирудина) результаты получились неопредѣленные: въ однихъ случаяхъ наблюдалось повышеніе свертываемости, въ другихъ, — наоборотъ, пониженіе. Такіе же неопредѣленные результаты были получены авторами при употребленіи вытяжки изъ передней доли придатка. Что касается крови человѣка, то оказалось, что прибавленіе вытяжки изъ задней части *hypophysis cerebri* къ крови гемофиликовъ настолько повышаетъ ея свертываемость,

что она дѣлается въ этомъ отношеніи нормальной; прибавленіе экстракта къ нормальной человѣческой крови также почти всегда повышаетъ ея свертываемость. Указанные результаты были позднѣе вполне подтверждены Livoп'омъ, въ его опытахъ на собакахъ.

Чтобы покончить съ вопросомъ о вліяніи вытяжки мозгового придатка на кровообращеніе, приведу выводы относящейся сюда работы Студзинскаго, произведенной на собакахъ (лишь одинъ опытъ изъ 19 былъ произведенъ на кошкѣ).

1. Цѣльный мозговой придатокъ дѣйствуетъ тождественно съ задней его частью.

2. Задняя часть мозгового придатка, будучи введена животному внутривенно, вызываетъ первоначально незначительное и кратковременное пониженіе кровяного давленія, а затѣмъ повышеніе его съ послѣдующимъ Actionspuls'омъ.

3. Какъ предварительная, такъ и послѣдующая перерѣзка блуждающихъ нервовъ или введеніе атропина противодѣйствуютъ выступленію Actionspuls'a resp. прерываютъ его.

4. Вліяніе вытяжки изъ задней части мозгового придатка на свертываемость крови непостоянно; значительнаго же повышенія свертываемости крови in vivo послѣ введенія вытяжки, отмѣчаемаго авторами, мнѣ замѣтить не удалось.

5. Въ задней части мозгового придатка находятся 2 вещества: вазодилатинъ и вазогипертансинъ, съ преобладающимъ дѣйствіемъ второго.

6. Вопросъ о томъ, вызывается ли повышеніе кровяного давленія и Actionspuls послѣ введенія вытяжки изъ задней части мозгового придатка однимъ веществомъ или двумя различными,—пока не можетъ быть рѣшенъ окончательно.

7. Повышеніе кровяного давленія послѣ введенія вытяжки изъ задней части мозгового придатка—периферическаго происхожденія.

8. Actionspuls—центрального происхожденія,—результатъ раздраженія центровъ блуждающихъ нервовъ.

9. Въ передней части мозгового придатка находятся два вещества: вазодилатинъ и вазогипертансинъ съ преобладающимъ дѣйствіемъ первого, почему и вытяжка изъ передней части мозгового придатка, будучи введена въ кровь, вызываетъ всѣ характерныя для вазодилатина явленія.

10. Смѣсь вытяжки изъ передней части мозгового придатка и крови понижаетъ свертываемость этой послѣдней какъ *in vivo*, такъ и *in vitro*.

11. Въ вытяжкѣ изъ мозгового придатка нѣтъ веществъ, свойственныхъ только этому органу.

Помимо дѣйствія на сердце и сосуды, экстрактъ изъ *hypophysis cerebri* дѣйствуетъ и на другіе органы, содержащіе гладкую мускулатуру. Такъ, онъ вызываетъ перистальтику кишекъ (Bell, Franchini), способствуетъ опорожненію пузыря, возбуждая его моторные нервы (Frankl-Hoschwart и Fröhlich), наконецъ, — какъ показываетъ цѣлый рядъ изслѣдованій (Dale, Bell, Franckl-Hoschwart и Fröhlich, Foges и Hofstätter и др.), — возбуждаетъ энергичныя сокращенія матки, повышая возбудимость симпатическихъ нервовъ ея. Изъ работъ этой послѣдней категоріи я остановлюсь подробнѣе на работѣ Frankl-Hoschwart'a и Fröhlich'a, какъ наиболее близко затрагивающей интересующій насъ вопросъ.

Авторы эти задались цѣлью изслѣдовать дѣйствіе питуитрина Parke and Davis на тазовые органы, иннервируемые автономной или симпатической нервной системой. При своихъ изслѣдованіяхъ они прежде всего установили полную неядовитость препарата даже при непосредственномъ впрыскиваніи его въ кровь. Далѣе, опыты на кроликахъ показали, что въ большинствѣ случаевъ, особенно у беременныхъ и кормящихъ животныхъ, внутривенное впрыскиваніе маленькихъ дозъ питуитрина (0,3—0,5) даетъ мощныя, иногда долго продолжающіяся, сокращенія матки при одновременномъ поблѣднѣніи органа. Непосредственно послѣ впрыскиванія симпатическіе нервы матки (*n. n. hypogastrici*), являющіеся моторными ея нервами, отзываются на фарадическое раздраженіе много легче и скорѣе, т. е. возбудимость ихъ значительно повышается. Адреналинъ, являющійся еще болѣе сильнымъ возбуждающимъ маточнымъ средствомъ, такого повышенія возбудимости отъ фарадическаго тока не вызываетъ. У небеременныхъ животныхъ матка послѣ впрыскиванія питуитрина иногда также начинаетъ давать періодическія произвольныя сокращенія. Вызываемыя питуитриномъ маточныя сокращенія идутъ непараллельно съ наростаніемъ кровяного давления, а потому, по мнѣнію авторовъ, послѣднимъ не обуславливаются.

Дѣйствительнымъ оказывается только первое впрыскиваніе питуитрина, повторныя же дозы, какъ это было уже доказано при изученіи дѣйствія экстракта *hypophys cerebri* на кровообращеніе, не даютъ эффекта.

Что касается опытовъ съ другими органами, имѣющими симпатическую или автономную нервную систему, то выводы авторовъ коротко сводятся къ слѣдующему. Маленькія дозы питуитрина, вводимыя внутривенно, повышаютъ возбудимость принадлежащихъ къ автономной системѣ нервовъ мочевого пузыря (*nn. erigentes*) на фарадическій токъ, возбудимость же принадлежащихъ къ симпатической системѣ нервовъ (*nn. hypogastrici*) не измѣняется. Далѣе, фарадическая возбудимость *chordae thympani* и шейнаго симпатическаго нерва отъ питуитрина не повышается. Равнымъ образомъ опытами съ эрекціей *penis* у собакъ авторамъ ни путемъ измѣренія кровонаполненія *penis*, ни съ помощью плетизмографическихъ методовъ не удалось установить какого-либо вліянія питуитрина на возбудимость автономныхъ нервовъ (*nn. erigentes*) по отношенію къ процессу эрекціи. *Vagus*, въ противоположность даннымъ Ціона, не дѣлается отъ питуитрина возбудимымъ на фарадическій токъ.

Въ приведенной работѣ для насъ особенно интересны данныя относительно вліянія питуитрина на сократительную дѣятельность матки. *Fgöhlisch* и *Frankl-Noschwaigt* представили экспериментальныя доказательства того, что питуитринъ вызываетъ энергичныя сокращенія матки, особенно у беременныхъ. Впрочемъ уже ранѣе *Blair-Bell* подмѣтилъ дѣйствіе вытяжки изъ *hypophys cerebri* на сокращенія матки, и по его просьбѣ *Dale* произвелъ цѣлый рядъ опытовъ на животныхъ въ этомъ направленіи. Опыты эти показали, что питуитринъ вызываетъ сильныя сокращенія беременной, послѣродовой и менструирующей матки, причемъ дѣйствіе его заключается въ непосредственномъ возбужденіи маточной мускулатуры безъ всякаго отношенія къ иннервации.

Изъ другихъ органовъ, снабженныхъ гладкой мускулатурой, на которые вліяетъ питуитринъ, мы должны упомянуть о селезенкѣ (*Dale*). Если ко всему вышеизложенному добавить, что питуитринъ оказываетъ многообразное вліяніе на обмѣнныя вещества въ организмѣ (*Schiff, Franchini*), вліяетъ задерживающимъ образомъ на ростъ костей (*Frankl*

chini), даетъ специфическую реакцію на зрачекъ (Graher, Borchartd), наконецъ,—способенъ вызывать гликозурию (Borchartd, Pal, Franchini), то этимъ будетъ исчерпано почти все, что въ настоящее время извѣстно о физиологическомъ дѣйстви экстракта изъ *hypophysis cerebri*.

На основаніи вышеприведенныхъ экспериментальныхъ данныхъ слѣдуетъ считать неопровержимо доказаннымъ, что для лечебныхъ цѣлей долженъ быть употребляемъ только экстрактъ, полученный изъ задней доли *hypophysis cerebri*; что же касается препаратовъ, изготовленныхъ изъ всей железы, а особенно изъ передней ея доли, то таковыя въ терапіи не должны быть примѣняемы. Въ этомъ отношеніи особенно поучителенъ опытъ, произведенный Galt и Ivsovic'emъ. Впрыскивая экстрактъ изъ передней части *hypophysis cerebri* у собаки, эти изслѣдователи вызвали паденіе кровяного давленія до 0, причемъ наступила остановка дыханія и, въ концѣ концовъ, сердца. Тогда экспериментаторы впрыснули 2 куб. сант. питуитрина безъ всякой, однако, надежды спасти животное. Барабанъ уже былъ оставленъ, какъ начались сокращенія сердца—сначала слабыя, затѣмъ все сильнѣе, кровяное давленіе быстро поднялось, скоро выровнялось со всѣмъ, и къ вечеру собака была совершенно здорова.

Экстрактъ изъ задней доли мозгового придатка и въ частности питуитринъ являются, напротивъ, какъ мы уже видѣли выше изъ работы Frankl-Hoschwart'a и Föhlich'a, сравнительно неядовитыми. Несомнѣнность этого отстаиваютъ также Renon и Delille. Наконецъ, по этому вопросу имѣется специальная работа, принадлежащая Parisot. Parisot дѣлалъ внутривенныя впрыскиванія изъ *hypophysis cerebri* различныхъ животныхъ (кролика, барана, быка) тѣмъ же животнымъ, т. е. вытяжку железы кролика впрыскивалъ кролику, барана—барану и т. д. При этомъ оказалось, что экстрактъ изъ одного кроличьяго мозгового придатка—слабая доза ($=0,05$)—вызываетъ у кролика въсомъ въ 2000—2500 грм. лишь скоропреходящія явленія со стороны кровообращенія. Среднія дозы (6—7 мозговыхъ придатковъ $=0,2—0,25$) уже вызываютъ ясно выраженные токсическія явленія: разстройство со стороны кровообращенія, замедленіе дыханія съ послѣдующимъ его ускореніемъ, судо-

роги, угнетеніе, сонливость и через нѣсколько часовъ смерть. Наконецъ, 10 мозговыхъ придатковъ—большая доза (0,4—0,5)—убиваютъ кролика почти моментально. Аналогичныя явленія получаются, если впрыскивать экстрактъ изъ *hypophysis cerebri*, полученный отъ другихъ животныхъ. Напр., доза въ 0,4 экстракта, полученнаго отъ быка, оказывается летальной для кролика въ 1700 грм. вѣсомъ. При повторныхъ дозахъ у животныхъ получается извѣстная невосприимчивость къ средству, и они переносятъ безъ видимыхъ разстройствъ такія дозы, которыя раньше были для нихъ смертельными.

Перейду теперь къ вопросу о терапевтическомъ примѣненіи экстракта изъ задней части *hypophysis cerebri*.

Впервые вытяжку изъ мозгового придатка для цѣлей леченія примѣнилъ *Gala* при тяжелой Аддисоновой болѣзни. Средство употреблялось имъ въ формѣ подкожныхъ впрыскиваній, которыя вызывали повышеніе кровяного давленія и усиленіе мочеиспусканія, продолжавшіяся въ теченіе 24 часовъ.

Delille и *Reinon* указали на благопріятное вліяніе экстракта изъ придатка при заразныхъ болѣзняхъ (тифъ, пневмонія, дифтерія), гдѣ вытяжка являлась прекраснымъ тоническимъ средствомъ для ослабѣвшей сердечной мышцы. Благопріятные результаты были получены этими авторами отъ примѣненія даннаго средства также при сердечныхъ заболѣваніяхъ (пороки двустворки, затяжной миокардитъ). *Delille* видѣлъ хорошіе результаты отъ вытяжки изъ мозгового придатка при бугорчаткѣ, Базедовой болѣзни, *paralysis agitans* и нѣкоторыхъ разстройствахъ роста. Вообще названные авторы рекомендуютъ примѣнять это средство всюду, гдѣ нужно поднять кровяное давленіе, вызвать замедленіе пульса и діурезъ, наконецъ, стимулировать питаніе.

*Bell*ю первому принадлежитъ заслуга систематическаго примѣненія экстракта изъ мозгового придатка въ клиникѣ. Послѣ предварительныхъ многочисленныхъ экспериментовъ на животныхъ, которые *Bell* произвелъ вмѣстѣ съ *Nick*омъ, онъ съ хорошимъ результатомъ примѣнилъ экстрактъ на больныхъ при шокѣ, атоніи матки и парезѣ вѣшечника.

На высокую цѣнность вытяжки изъ мозгового придатка при шокѣ указали также *Mithery* и *Symes*, причемъ

первый изъ этихъ авторовъ высказалъ, что при шоуѣ „инфундибулярная часть *hypophysis cerebri* имѣеть всѣ данныя быть средствомъ будущаго“.

Ограничиваясь далѣе простымъ упоминаніемъ о благопріятныхъ результатахъ, полученныхъ при примѣненіи экстракта изъ *hypophysis cerebri* въ такихъ заболѣваніяхъ, какъ акромегалія и гигантизмъ, различныя заболѣванія кожи, мозга (*Bate*) и соединительной оболочки глаза, сѣнная лихорадка, астма и т. п.,—я перейду къ наиболѣе интересному для насъ вопросу о примѣненіи питуитрина въ акушерствѣ.

Bell въ Англіи и *Foges* съ *Hofstätter*'омъ въ Германіи первые съ успѣхомъ примѣнили вытяжку изъ мозгового придатка при атоническихъ послѣродовыхъ кровотеченіяхъ. *Bell* наблюдалъ поразительное дѣйствіе отъ питуитрина въ трехъ случаяхъ послѣродовыхъ кровотеченій и въ двухъ случаяхъ кесарскаго сѣченія,—настолько поразительное, что онъ призналъ желательнымъ примѣненіе даннаго средства при каждахъ родахъ. Особенно важно, по мнѣнію названнаго автора, то обстоятельство, что при кровотеченіяхъ *p. partum*, сопровождающихся коллапсомъ, питуитринъ не только вызываетъ сокращенія матки, но и поднимаетъ кровяное давленіе, и не на короткое время, а на много часовъ.

Основываясь на экспериментальныхъ данныхъ *Frankl-Noschwart'a* и *Fröhlich'a*, которыми установлено вліяніе питуитрина на возбудимость кроличьей матки, *Foges* и *Hofstätter* (изъ клиники *Rosthorn'a*) впервые примѣнили питуитринъ *Parke and Davis* въ акушерской практикѣ. Сначала *Hofstätter* сдѣлалъ предварительное сообщеніе о своихъ наблюденіяхъ въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Вѣнѣ. Согласно этому сообщенію новое средство примѣнялось при кровотеченіяхъ *post partum*, причемъ дѣйствіе его какъ при внутримышечномъ, такъ и интравенозномъ введеніи оказалось многообѣщающимъ.

Вскорѣ затѣмъ появилась подробная работа *Foges'a* и *Hofstätter'a* по тому же вопросу. Клиническій матеріалъ, легшій въ основу этой работы, былъ довольно значителенъ, а именно, питуитринъ былъ примѣненъ въ 42 случаяхъ сильныхъ послѣродовыхъ кровотеченій, въ 8 случаяхъ легкихъ послѣродовыхъ же кровотеченій и въ 13 случаяхъ кровотеченія

post abortum. Кроме того, авторы применили питуитринъ въ 6 случаяхъ экстраперитонеального кесарскаго сѣченія и въ одномъ случаѣ—классическаго. Препарат сначала давался per os, причемъ, опасаясь вызвать какія-нибудь расстройства, Foges и Hofstätter начали съ дозы въ 0,25 куб. сант. и постепенно дошли до 30 куб. сант. Въ этой послѣдней дозѣ препаратъ хорошо переносился больными, не вызывая никакихъ неприятныхъ побочныхъ явленій,—ни рвоты, ни расстройства аппетита. За то и терапевтическаго эффекта отъ питуитрина при этомъ почти не было никакого. Авторы отмѣчаютъ только незначительное увеличеніе мочеотдѣленія, но ни повышенія кровяного давленія, ни остановки кровотеченій при этомъ не наблюдалось—вѣроятно, вслѣдствіе разложенія препарата въ желудочно-кишечномъ каналѣ.

Въ дальнѣйшемъ Foges и Hofstätter стали примѣнять питуитринъ или въ формѣ интрамукулярныхъ, или—внутривенныхъ впрыскиваній, причемъ нашли, что и въ этомъ видѣ препаратъ, въ количествѣ 1—2 куб. сант. на 20 куб. с. физиологическаго раствора, переносится родильницами прекрасно. Кровяное давленіе при этомъ повышалось на 3—5 дѣленій Recklinghausen'овскаго аппарата, а спустя 20—40 мин. снова падало до нормы. Эффектъ въ смыслѣ остановки кровотеченій былъ значительный. Особенно ясную картину можно было наблюдать у многорожавшихъ, у которыхъ вялость брюшныхъ стѣнъ позволяла точно контролировать маточныя сокращенія. Обычно матка, разслабленная послѣ выхода дѣтскаго мѣста и не сокращавшаяся подъ вліяніемъ массажа, оставалась такой же вялой и тотчасъ послѣ внутримышечнаго введенія питуитрина. Нѣсколько минутъ спустя, однако, можно было наблюдать, какъ при легкомъ массажѣ или даже при простомъ нѣжномъ поглаживаніи матки послѣдняя вдругъ сильно сокращалась, становилась твердой, какъ камень, и оставалась въ такомъ состояніи въ теченіе долгаго времени: кровотеченіе изъ нея при этомъ останавливалось. Если затѣмъ, спустя даже долгое время, снова наступало разслабленіе матки, то достаточно было легкаго прикосновенія, чтобы вызвать опять максимальное сокращеніе органа. Неудѣйствительнымъ изъ 42 случаевъ сильныхъ послѣродовыхъ кровотеченій питуитринъ оказался лишь въ трехъ (7,17%), а изъ 13 случаевъ кровотеченія post abortum—лишь въ одномъ.

На основаніи своихъ наблюдений Foges и Hofstätter пришли къ заключенію, что по силѣ вызываемыхъ сокращеній матки и ихъ продолжительности питуитринъ значительно превосходитъ эрготинъ. Особенно наглядно сказывалось превосходство дѣйствія питуитрина при кесарскомъ сѣченіи. Изъ 6 случаевъ экстраперитонеальнаго кесарскаго сѣченія питуитринъ былъ примѣненъ 4 раза при начавшейся атоніи матки послѣ удаленія плаценты. Матка въ этихъ случаяхъ уже черезъ 5 мин. послѣ впрыскиванія отвѣчала даже на нѣжныя тактильныя раздраженія такими сильными сокращеніями, что становилась твердой, какъ камень. Въ двухъ остальныхъ случаяхъ экстраперитонеальнаго кесарскаго сѣченія питуитринъ былъ впрыснутъ въ ягодицы въ началѣ операціи; матка въ этихъ случаяхъ хорошо сократилась послѣ опорожненія, и кровотеченія изъ нея не было. Наконецъ, въ случаѣ влассическаго кесарскаго сѣченія съ люмбальной анестезіей доза питуитрина въ 2 куб. сант. оказалась недостаточною, и для остановки начавшагося послѣ удаленія плаценты кровотеченія пришлось прибѣгнуть къ сжатію широкихъ связокъ и тампонаціи матки. Очень возможно, по мнѣнію Foges'a и Hofstätter'a, что въ данномъ случаѣ причина неудачи лежала именно во влияніи люмбальной анестезіи.

Работая съ питуитриномъ, Foges и Hofstätter пришли къ заключенію, что дѣйствие этого вещества существенно разнится отъ дѣйствія эрготина: питуитринъ дѣлаетъ матку болѣе чувствительною къ раздраженію („сенсibiliзируетъ“), а эрготинъ просто вызываетъ сокращенія органа. Исходя изъ этихъ соображеній, Wagner (изъ той же клиники) началъ примѣнять оба указанныхъ средства совместно, а именно, если питуитринъ не тотчасъ производилъ свое дѣйствие, онъ присоединялъ къ нему 1—2 инъекціи эрготина. Число такихъ наблюдений, однако, слишкомъ незначительно, чтобы на основаніи ихъ можно было сдѣлать какой-либо выводъ ¹⁾.

¹⁾ На основаніи своихъ послѣднихъ изслѣдованій K e h r e r полагаетъ, что подобная комбинированная терапія, — питуитринъ и эрготинъ (W a g n e r), или адреналинъ и секакоринъ (K ö s s e r), или питуитландолъ и секакоринъ (R ü b s a m e n), — не обѣщаетъ многого.

Въ 1910 году Аагонс, на V Международномъ Конгрессѣ акушеровъ и гинекологовъ въ Петербургѣ, сдѣлалъ докладъ о примѣненіи въ акушерствѣ и гинекологіи вапорола Wellcome'a. Препарат этотъ, какъ уже упоминалось выше, подобно питуитрину готовится изъ задней части мозгового придатка, причемъ каждая ампулла его содержитъ 0,2 свѣжаго вещества hypophysin. Будучи довольно стойкимъ, онъ сохраняетъ свою дѣйствительность въ теченіе болѣе года. Кипяченіемъ вапороль не разлагается, почему его можно спокойно стерилизовать. Аагонс примѣнилъ его въ 70 случаяхъ, главнымъ образомъ, при кровотеченияхъ, при рѣзкомъ пониженіи кровяного давленія и при сильной слабости. Результаты получились вполне хорошіе: авторъ нашелъ, что маточныя сокращенія послѣ впрыскиванія вапорола бывають выражены гораздо сильнѣе и длятся дольше, чѣмъ послѣ введенія препаратовъ спорыньи. Вообще, по мнѣнію Аагонс'a, вапороль — лучшее средство въ борьбѣ съ кровотечениями, особенно послѣ родовыми, кишечнымъ парезомъ и шокомъ. Вторичныя дозы вапорола, по наблюденіямъ автора, вызываютъ лишь частичный эффектъ, если только онъ не даются спустя значительное время послѣ первой дозы.

Въ началѣ слѣдующаго 1911 года Hofbauer (изъ Кёнигсбергской клиники) сдѣлалъ первое сообщеніе о 6 случаяхъ примѣненія питуитрина при слабости родовыхъ потугъ или ихъ отсутствіи. Во всѣхъ 6 случаяхъ питуитринъ, введенный подкожно въ количествѣ 0,6—1,3 куб. сант., произвелъ поразительный эффектъ: спустя уже самое короткое время послѣ впрыскиванія его, можно было наблюдать правильное потужное дѣйствіе средства, причемъ схватки ни въ одномъ случаѣ не имѣли тетаническаго характера. Въ періодъ изгнанія препаратъ вызывалъ иногда очень бурныя схватки („Wehensturm“). Повторныя дозы питуитрина вызывали такое же энергичное дѣйствіе, какъ и первая. Такимъ образомъ, по заключенію Hofbauer'a, клиническія наблюденія съ питуитриномъ вполне совпадаютъ съ результатами экспериментальныхъ данныхъ. Самъ Hofbauer, не ограничиваясь клиническими наблюденіями, произвелъ нѣсколько опытовъ надъ кроличьей маткой, причемъ замѣтилъ, что спустя нѣсколько минутъ послѣ впрыскиванія питуитрина можно наблюдать отчетливыя движенія матки, которыя легко записать

на кимографѣ. Авторъ испыталъ также мочегонное дѣйствіе питуитрина на роженицахъ и родильницахъ и остался очень доволенъ результатами. Единственная сторона дѣйствія питуитрина, которая вызываетъ опасенія Hofbauer'a, — это способность его вызывать „Wehensturm“, результатомъ котораго можетъ быть опасная асфиксія плода.

Послѣ работы Hofbauer'a быстро стали появляться одно за другимъ многочисленныя сообщенія о достигнутыхъ при употребленіи новаго потужнаго средства благоприятныхъ результатахъ. Изъ этихъ работъ остановлюсь прежде всего на работѣ Neu (изъ Гейдельбергской клиники).

Названный авторъ рекомендуетъ примѣнять вмѣсто питуитрина адреналинъ, какъ препаратъ въ фармакологическомъ отношеніи болѣе устойчивый и представляющій химически-чистое topicum для матки. Кромѣ того и по своему дѣйствію адреналинъ во многихъ отношеніяхъ представляетъ преимущество предъ питуитриномъ: оба эти средства вызываютъ сокращенія матки, не зависящія отъ кровяного давленія, но питуитринъ обыкновенно оказывается дѣйствительнымъ только при первой инъекціи, тогда какъ адреналинъ съ короткими промежутками можно давать снова съ прежнимъ эффектомъ. Вызываемое питуитриномъ повышение кровяного давленія, по мнѣнію Neu и вопреки взгляду Foges'a и Hofstätter'a, — не менѣе, чѣмъ при адреналинѣ. Далѣе, питуитринъ, по наблюденіямъ Hofbauer'a, вызываетъ бурныя схватки, которыя могутъ угрожать асфиксіей плода. Наконецъ, вызываемыя этимъ средствомъ схватки слишкомъ болѣзненны. Въ общемъ, по заключенію автора, между питуитриномъ и адреналиномъ нѣтъ принципиальной разницы въ дѣйствіи, но на основаніи всего вышеизложеннаго Neu отдаетъ предпочтеніе второму средству.

Основываясь на работѣ Hofbauer'a, Gottfried (Вѣна) примѣнилъ питуитринъ въ одномъ случаѣ упорной слабости родовыхъ болей при родахъ переносеннымъ плодомъ (беременность продолжалась дольше нормы почти на 2 мѣсяца). Всѣ обычныя мѣры для возбужденія родовой дѣятельности оказались здѣсь безрезультатными, между тѣмъ какъ подлежащее впрыскиваніе 0,6 куб. сант. питуитрина вызвало черезъ $\frac{1}{4}$ часа очень сильное и продолжительное (2 минуты) сокращеніе матки, за которымъ послѣдовали дальнѣйшія сильныя сокра-

щенія съ промежутками въ 10—15 минутъ. Роды, однако, пришлось закончить краніотоміей мертвого плода (вѣсившаго безъ мозга 3540 грм.).

По мнѣнію Klotz'a питуитринъ представляет собою счастливое сочетаніе тоническаго средства для матки, сосудовъ и сердца (Uterus-Gefäss- und Herztonicum), почему и долженъ занимать прочное мѣсто, особенно при атоническихъ кровотеченіяхъ. Кромѣ питуитрина, авторъ этотъ работалъ съ вапороломъ Wellcome'a, причемъ нашелъ его болѣе удобнымъ въ отношеніи дозировки ¹⁾. Предварительно онъ поставилъ пѣлый рядъ (21) опытовъ на животныхъ (кроликахъ и кошкахъ), каковыя опыты показали, что существуетъ разница въ дѣйствиі питуитрина на кровяное давленіе у здоровыхъ и больныхъ животныхъ. Только у животныхъ съ имѣющимся паденіемъ кровяного давленія питуитринъ вызываетъ значительное по высотѣ и продолжительности повышеніе кровяного давленія, тогда какъ у здоровыхъ животныхъ послѣднее держится въ очень скромныхъ границахъ. Что касается клиническихъ наблюденій, произведенныхъ въ 18 случаяхъ атоническаго кровотеченія изъ матки, то на основаніи ихъ Klotz вполне присоединяется къ Foges и Hofstätter'у, предложившимъ питуитринъ вмѣсто эрготина, и считаетъ неправильнымъ мнѣніе Hofbauer'a, будто питуитринъ при атоническихъ кровотеченіяхъ является по меньшей мѣрѣ лишнимъ. Klotz имѣлъ въ своей практикѣ два случая атоническаго кровотеченія, гдѣ эрготинъ Depze'l'я—лучшій препаратъ спорынни—оказался совершенно недействительнымъ, тогда какъ, $\frac{1}{2}$ или $\frac{3}{4}$ часа спустя, инъекція питуитрина дала рѣзкій эффектъ. Максимальной дозы питуитрина Klotz не устанавливаетъ. По его мнѣнію можно, повидимому, употреблять и болшія дозы,—животныя, по крайней мѣрѣ, переносятъ безъ вреда 60 терапевтическихъ дозъ (по 1 куб. сант.), причемъ, кромѣ реактивнаго колебанія въ сосудистой системѣ, никакихъ другихъ расстройствъ

¹⁾ Въ настоящее время питуитринъ выпускается фирмой Parke and Davis въ такой же концентраціи, какъ и вапороль: каждый куб. см. (1 ампула) соответствуетъ приблизительно 0,2 инфундибулярной части свѣжей железы.

у нихъ не наблюдается. Повторныя дозы, по Klotz'y, или совсѣмъ не вызываютъ эффекта, или очень незначительный (по отношенію къ кровяному давленію). Въ заключеніе авторъ устанавливаетъ противопоказанія къ примѣненію питуитрина. Послѣдняго, по его мнѣнію, нельзя давать: 1) во всѣхъ патологическихъ случаяхъ съ ясно выраженнымъ повышеніемъ кровяного давленія (нефритъ, зобатое сердце, нѣкоторыя формы артеріосклероза); 2) въ случаяхъ, гдѣ поврежденная сосудистая стѣнка не очень устойчива къ колебаніямъ кровяного давленія (артеріосклерозъ); 3) наконецъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больное сердце вообще не можетъ вынести усиленія работы.

Въ томъ же 1911 году, когда появились цитированныя сейчасъ работы, на XIV Конгрессѣ нѣмецкихъ гинекологовъ въ Мюнхенѣ было сдѣлано нѣсколько докладовъ по вопросу о вліяніи питуитрина на родовую дѣятельность матки.

Первый докладъ принадлежалъ Hofbauer'у, который, помимо случаевъ, описанныхъ въ первомъ сообщеніи, наблюдалъ дѣйствіе питуитрина при родахъ еще въ 66 случаяхъ, осложненныхъ слабостью потугъ. Въ послѣднихъ 40 изъ этихъ случаевъ докладчикъ давалъ 1 куб. сант. питуитрина подкожно, и если черезъ 10 мин. эффекта не было, повторялъ дозу. Къ третьей дозѣ изъ всѣхъ 40 случаевъ ему пришлось прибѣгнуть лишь въ 3. Hofbauer обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, чтобы препаратъ былъ непремѣнно свѣжій, и чтобы употребляемый для впрыскиванія его шприцъ не промывался предварительно въ спиртъ, такъ какъ послѣдній ослабляетъ дѣйствіе питуитрина. Результаты, къ которымъ пришелъ авторъ, слѣдующіе: въ послѣднихъ 40 случаяхъ у него не было ни одного, гдѣ бы питуитринъ не давалъ эффекта; обыкновенно ритмическія сокращенія матки начинались черезъ 3 мин. послѣ впрыскиванія питуитрина, иногда черезъ 8—10 мин.; продолжительность отдѣльной схватки равнялась отъ 30 сек. до 3 мин.; разницы въ дѣйствіи питуитрина у первородящихъ и повторныхъ роженицъ не наблюдалось; особенно рѣзко эффектъ питуитрина связывался въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣло мѣсто достаточное раскрытіе зѣва, если же средство давалось при недостаточномъ раскрытіи, напр. лишь на палецъ, то начавшаяся послѣ инъекціи питуитрина сократительная дѣятельность матки потомъ постепенно ослабѣ-

вала; еще лучший эффект давал питуитринъ въ періодѣ изгнанія. Какихъ-либо вредныхъ послѣдствій для плода отъ питуитрина авторъ не наблюдалъ, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ и подмѣтилъ ясное замедленіе сердцебіенія ребенка. Явленіе это авторъ объясняетъ тѣмъ, что питуитринъ, переходя въ кровь плода, дѣйствуетъ тонизирующимъ образомъ на n. vagus. При послѣродовыхъ кровотеченияхъ Hofbauer питуитрина не испытывалъ. Попытка вызвать выкидышъ (въ IV мѣсяцѣ) путемъ впрыскиванія питуитрина ему не удалась. Осторожности съ примѣненіемъ этого средства требуютъ, по его мнѣнію, особенно болѣзни сердца (міокардитъ) и почечъ.

Второй докладчикъ по данному вопросу, Schmid, примѣнилъ питуитринъ, — частію одинъ, частію съ пантопономъ, — въ 118 случаяхъ, имѣвшихъ мѣсто въ клиникѣ проф. Kleinhans'a (Прага). Наблюденія эти привели докладчика къ заключенію, что при кровотеченияхъ post partum питуитринъ, въ противоположность мнѣнію Hofbauer'a, представляетъ вполне цѣнное средство. При кесарскомъ сѣченіи препаратъ также оказалъ незамѣнимыя услуги въ смыслѣ предупрежденія кровотечения. Для усиленія родовыхъ болей питуитринъ былъ примѣненъ въ 23 случаяхъ, въ томъ числѣ въ 8 случаяхъ — послѣ пантопона. Показаніемъ къ ускоренію родовъ въ 9 случаяхъ было плохое сердцебіеніе плода. Изъ этихъ девяти случаевъ въ одномъ ребенокъ родился мертвымъ (lues), одного ребенка пришлось извлечь щипцами, остальные дѣти родились живыми безъ оперативной помощи. Одинъ разъ показаніемъ къ быстрому окончанію родовъ была insufficientia valv. mitralis. Далѣе, въ одномъ случаѣ питуитринъ былъ данъ при ножномъ предлежаніи съ прощупывавшейся пуповиной и въ 4 — при долгомъ неподвижномъ стояніи головки въ выходѣ. Въ одномъ изъ этихъ 4 случаевъ голова стояла въ выходѣ таза въ теченіе $1\frac{1}{2}$ часовъ; попытки выжать плодъ по Kristellerу оказались безрезультатными; тогда было впрыснуто 2 куб. сант. питуитрина, — и черезъ 10 мин. послѣдовали нормальные роды. Въ одномъ случаѣ показаніемъ къ примѣненію питуитрина была placenta praevia, причемъ зѣвъ и шейка были открыты только на одинъ палець. Въ 6 случаяхъ показаніемъ къ быстрому окончанію родовъ послужила лихорадка у роженицы; два раза, при этомъ, пи-

титуитринъ вызвалъ быстрый успѣхъ тамъ, гдѣ примѣненіе кольпейринтера оказалось бесплоднымъ. Наконецъ, въ одномъ случаѣ дѣло шло о плохомъ сердцебіеніи ребенка у лихорадившей роженицы, послѣ неудачной попытки наложенія щипцовъ внѣ влиники. Послѣ инъекціи 2 куб. сант. титуитрина развились судорожныя сокращенія матки. Паузы, передъ тѣмъ продолжавшіяся по 2 мин., послѣ впрыскиванія сдѣлались настолько короткими, что за это время сердечная дѣятельность плода не могла, какъ слѣдуетъ, выровняться, и для спасенія ребенка черезъ 20 мин. были наложены полостныя щипцы. Ребенокъ извлеченъ въ глубокой асфиксіи, съ обвитой и туго-затянутой вокругъ шеи пуповиной. Оживить его не удалось. Что послужило причиной асфиксіи, ребенка, — чрезвычайно-ли сильныя сокращенія матки, вызванныя впрыскиваніемъ титуитрина, или туго-затянутая пуповина, — авторъ рѣшить не беретъ; во всякомъ случаѣ, по его мнѣнію, тугое затягиваніе пуповины вокругъ шеи ребенка дастъ достаточное объясненіе его смерти. Помимо указанного случая щипцы, по мнѣнію Schmid'a, надо было-бы наложить еще въ 8 случаяхъ изъ 9 въ интересахъ ребенка и въ 1 — въ интересахъ матери, но, благодаря титуитрину, во всѣхъ этихъ случаяхъ удалось закончить роды безъ оперативнаго вмѣшательства.

Заканчивая свой докладъ, Schmidъ приходитъ въ выводу, что титуитринъ является надежнѣйшимъ препаратомъ изъ всѣхъ, какіе доселѣ примѣнялись для леченія послѣродовыхъ кровотеченій; въ частности онъ гораздо дѣйствительнѣе всѣхъ препаратовъ спорынни, предъ которыми имѣетъ еще то преимущество, что его можно давать и до выхода плаценты. Далѣе, титуитринъ — единственный вѣрный и безопасный лекарственный препаратъ для вызванія и усиленія родовой дѣятельности и въ качествѣ такового можетъ быть примѣняемъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ до сихъ поръ примѣнялись щипцы и метрейризы. Въ качествѣ желательныхъ побочныхъ дѣйствій его наблюдаются быстрое отдѣленіе послѣда и крайне незначительное послѣродовое кровотеченіе. Маточныя сокращенія, усиленные титуитриномъ, обычно имѣютъ нормальный характеръ и правильный ритмъ. Единственный недостатокъ препарата, по мнѣнію автора, — это сильныя послѣродовыя схватки, которыя наблюдались въ 25% всѣхъ случаевъ. Относительно совмѣстнаго примѣненія титуитрина и пантопона

Schmid высказался въ томъ смыслѣ, что такимъ сочетаннымъ примѣненіемъ обоихъ препаратовъ, съ одной стороны, удастся значительно ослабить родовыя боли, а съ другой, — ослабленная наркотическимъ веществомъ родовая дѣятельность можетъ быть приведена къ нормѣ или даже еще болѣе усилена.

Третій докладчикъ по данному предмету, Kehrger, на основаніи своихъ наблюденій высказался въ томъ смыслѣ, что питуитринъ является лучшимъ потужнымъ средствомъ („Das beste Wehenmittel ist Pituitrin“). Онъ вызываетъ энергичную сократительную дѣятельность, причемъ, однако, маточныя потуги сохраняютъ свой физиологическій характеръ. Кроме того, благодаря своей полной неядовитости, онъ не вызываетъ никакихъ вредныхъ послѣдствій ни для матери, ни для плода.

Участовавшіе въ преніяхъ по поводу цитированныхъ докладовъ члены Съѣзда (Schröder, Müller, Winter) единогласно высказались въ пользу питуитрина. Въ частности Winter выразилъ надежду, что съ введеніемъ питуитрина въ акушерскую практику частота акушерскихъ операций значительно уменьшится. Онъ не можетъ только представить себѣ, что питуитринъ дѣйствуетъ непосредственно на мускулатуру матки; правильнѣе, по Winter'у, будетъ предположить, что онъ дѣйствуетъ на центры, завѣдующіе родовой дѣятельностью.

Уже послѣ Мюнхенскаго Съѣзда въ томъ же 1911 году въ литературѣ появился цѣлый рядъ новыхъ сообщений о результатахъ примѣненія питуитрина въ акушерской практикѣ.

Среди этихъ работъ отмѣчу прежде всего сообщеніе Pfeiffer'a (Будапештъ), который, на основаніи заявленія Hofbauer'a относительно благоприятнаго вліянія питуитрина при ишуріи, примѣнилъ его у одной I-para 29 лѣтъ съ ясно выраженнымъ заболѣваніемъ почекъ (анасарка, ишурія, амаврозъ). Плодъ находился въ тазовомъ предлежаніи (чистое ягодичное?), воды сошли четыре дня тому назадъ. Передъ впрыскиваніемъ питуитрина роженицѣ давался хининъ (0,15) съ эрготиномъ (0,1) каждые полчаса. Затѣмъ авторъ впрыснулъ подъ кожу 0,6 куб. сант. питуитрина, а черезъ два часа, въ виду отсутствія эффекта, впрыснулъ еще 1,3 куб.

сант., но опять безрезультатно. Роды пришлось окончить тяжелой экстракцией плода съ послѣдующимъ ручнымъ отдѣленіемъ плаценты. Родильница погибла при явленіяхъ уремии. На основаніи этого случая авторъ совѣтуетъ въ патологическихъ случаяхъ, гдѣ нужно скорѣе опорожнить матку, прибѣгать для этой цѣли къ оперативному вмѣшательству.

E b e l e r (Дортмундъ), наоборотъ, получилъ хорошіе результаты отъ примѣненія питуитрина въ случаяхъ первичной и вторичной слабости потугъ. Изъ 15 случаевъ этого рода препаратъ оказался недѣйствительнымъ только въ 3. Кромѣ того авторъ съ успѣхомъ пользовался питуитриномъ, какъ средствомъ, возбуждающимъ моторную дѣятельность мочевого пузыря, примѣняя его при *ischuria paradoxa*, гдѣ всѣ другія средства не достигали цѣли.

S t e r n (Бреславль) задался цѣлью выяснитъ, можно-ли путемъ впрыскиванія питуитрина не только усилить уже начавшіяся родовыя схватки, но и вызвать ихъ тамъ, гдѣ роды еще не начинались. Сдѣланные въ этомъ направленіи опыты показали, что подъ конецъ беременности результаты получаются довольно удовлетворительные, на 32-ой недѣль—менѣе удовлетворительные, а въ первые мѣсяцы беременности питуитринъ совершенно не дѣйствуетъ. Надо думать, что для успѣха дѣйствія питуитрина необходима такая возбудимость беременной матки, какая имѣетъ мѣсто только въ концѣ беременности. Матка, уже отчасти опорожнившаяся, напротивъ, является очень воспримчивой къ дѣйствию питуитрина. Такъ, въ одномъ случаѣ неполнаго выкидыша, гдѣ плацента задержалась въ теченіе 3 мѣсяцевъ, нѣсколькими впрыскиваніями питуитрина удалось быстро содѣйствовать ея самостоятельному выдѣленію. Поэтому Stern считаетъ питуитринъ показаннымъ и въ цѣляхъ быстрого отдѣленія и выдѣленія послѣда, особенно при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи. Онъ примѣнилъ питуитринъ въ 6 подобныхъ случаяхъ, причемъ впрыскиваніе питуитрина производилось передъ самымъ разсѣченіемъ шейки. Въ одномъ случаѣ результатъ былъ неполный: пришлось черезъ 20 мин. выдѣлить дѣтское мѣсто по *Credé*; въ 5 остальныхъ случаяхъ, наоборотъ, наблюдался хорошій результатъ,—два раза плацента выдѣлилась самостоятельно немедленно послѣ рожденія ребенка и 3 раза—спустя 5—10 мин. Неудачные случаи съ примѣненіемъ пи-

титуитрина, по предположенію Stern'a, можетъ быть, зависать оттого, что шприць, при помощи котораго производились впрыскиванія, предварительно промывался алкоголемъ. Въ трехъ случаяхъ, гдѣ Stern пользовался сухимъ шприцемъ, неудачъ не было. Изъ наблюдений Stern'a заслуживаетъ еще упоминанія одно, гдѣ онъ двѣнадцать разъ впрыскивалъ титуитринъ туберкулезной беременной, и гдѣ, тѣмъ не менѣе, средство это не причинило больной ни малѣйшаго вреда.

Bondy, также въ Бреславлѣ, испыталъ титуитринъ въ 10 случаяхъ слабости родовыхъ болей, причемъ въ 8 случаяхъ получилъ хорошій результатъ, въ 1 случаѣ—только частичный, и въ 1 случаѣ титуитринъ не произвелъ эффекта. Средняя продолжительность родовъ до впрыскиванія титуитрина равнялась 36 часамъ, а послѣ впрыскиванія—28 минутамъ. Въ видѣ иллюстраціи дѣйствія титуитрина авторъ приводитъ одинъ случай, гдѣ у многорожавшей съ нѣскольکو сѣуженнымъ тазомъ изъ-за слабости потугъ (сухіе роды) рѣшено было кончить роды щипцами. Благодаря, однако, примѣнію титуитрина (1 куб. сант.) черезъ часъ послѣ впрыскиванія послѣдняго роды кончились самостоятельно безъ оперативнаго пособія. Родился ребенокъ безъ асфиксіи. Какихъ-либо неприятныхъ осложненій или побочныхъ дѣйствій послѣ инъекціи титуитрина Bondy не видѣлъ.

Съ мая 1911 года начались наблюденія надъ титуитриномъ во Фрейбургской клиникѣ. Провѣривъ дѣйствіе названнаго средства на матеріалѣ этой клиники, Сапн пришелъ къ выводу, что титуитринъ есть лучшее средство для усиленія родовой дѣятельности. Всего авторъ провелъ съ титуитриномъ 87 родовъ. Титуитринъ каждый разъ вводился подкожно, въ количествѣ 1 куб. сант.; если первая инъекція оказывалась недействительной, то черезъ 2 часа послѣ нея впрыскиваніе повторялось; если и второе впрыскиваніе оказывалось недействительнымъ, то приступали къ третьему. Въ 83 случаяхъ титуитриномъ былъ примѣненъ при слабости схватокъ въ I и II періодахъ родовъ. При этомъ въ 55 случаяхъ уже однократное впрыскиваніе быстро вызвало такую потужную дѣятельность, которая была достаточна для окончанія родовъ. Обычно схватки начинались черезъ 5 минутъ послѣ впрыскиванія и продолжались, съ паузами въ 2—4 мин., отъ $\frac{3}{4}$ до 2 мин. Въ 9 случаяхъ изъ 83, чтобы добиться самопроиз-

вольнаго окончанія родовъ, пришлось прибѣгнуть къ двумъ инъекціямъ питуитрина, а въ 3 случаяхъ — къ тремъ. Въ 6 случаяхъ, несмотря на сильныя схватки, вызванныя питуитриномъ, роды не подвигались впередъ, и ихъ пришлось закончить съ помощью щипцовъ. Наконецъ, въ 10 случаяхъ питуитринъ оказался недѣйствительнымъ или вполне (3 случая), или отчасти (въ 7 случаяхъ), — вызвавъ только незначительную родовую дѣятельность. По мнѣнію Сапн'а, можетъ быть, часть неудачъ слѣдуетъ отнести насчетъ несоблюденія нѣкоторыхъ предосторожностей, относительно, напр., алкоголя, остатки котораго въ шприцѣ могли разрушать питуитринъ. Съ тѣхъ поръ, какъ авторъ сталъ держать и мыть шприцъ съ канюлей не въ спиртѣ, а въ стерилизованномъ физиологическомъ растворѣ, онъ могъ констатировать, что дѣйствіе питуитрина стало проявляться быстрѣе, а главное, число неудачъ значительно уменьшилось. Помимо 83 случаевъ слабости потугъ питуитринъ былъ примѣненъ еще въ 4 случаяхъ, гдѣ имѣлись показанія къ ускоренію родовъ; въ 2-хъ изъ нихъ показанія были со стороны плода (ухудшеніе сердцебіенія), причемъ, въ виду очень быстрого ухудшенія положенія, роды здѣсь пришлось окончить щипцами, не дожидаясь дѣйствія питуитрина; въ одномъ случаѣ питуитринъ былъ съ хорошимъ успѣхомъ примѣненъ при *pl. praevia lateralis*. На основаніи своихъ наблюденій Сапн приходитъ къ слѣдующимъ положеніямъ:

1. Питуитринъ оказываетъ превосходное дѣйствіе при слабости схватокъ въ I и II періодахъ родовъ. Инъекція въ 1 куб. сант. является вполне достаточной дозой, чтобы кончить роды.

2. Тамъ, гдѣ, при начавшейся родовой дѣятельности, желательно ускореніе родового акта, питуитринъ быстро ведетъ къ цѣли и, такимъ образомъ, часто замѣняетъ щипцы.

3. Питуитринъ пригоденъ для вызванія родовъ въ концѣ беременности.

4. Питуитринъ непригоденъ для искусственнаго прерыванія беременности въ первые ея мѣсяцы.

5. При атоническихъ кровотеченіяхъ изъ матки питуитринъ является надежнымъ кровоостанавливающимъ средствомъ. Онъ показанъ, поэтому, въ предупрежденіе кровотеченія послѣ вагинальнаго кесареваго сѣченія.

6. При разстройствѣ отдѣленія плаценты питуитринъ оказываетъ хорошія услуги. Поэтому онъ пригоденъ при замедленіи отдѣленія дѣтскаго мѣста послѣ цервикальнаго кесарскаго сѣченія.

7. Вслѣдствіе своей способности раздражать мочевой пузырь питуитринъ является дѣйствительнымъ средствомъ при *ischuria paradoxa* у роженицъ.

Ross (Краненбургъ) получилъ блестящій успѣхъ отъ примѣненія вапорола въ одномъ случаѣ родовъ, гдѣ имѣлось показаніе къ наложенію щипцовъ въ видѣ полнаго прекращенія родовой дѣятельности. Первые роды у роженицы также были окончены щипцами изъ-за слабости потугъ. Авторъ вприснулъ 1 куб. сант. вапорола и былъ изумленъ результатомъ: уже черезъ 6 схватокъ роды кончились нормальнымъ путемъ. Передъ окончаніемъ родовъ Ross вприснулъ еще 1 куб. сант. для предупрежденія кровотеченія въ послѣродовомъ періодѣ, какое имѣло мѣсто при первыхъ родахъ. Дѣйствительно, плацента послѣ того выдѣлилась легко и безъ всякаго кровотеченія. Помимо этого случая Ross примѣнилъ вапороль еще въ 12 случаяхъ, неизмѣнно съ хорошимъ успѣхомъ. Никакихъ побочных вредныхъ послѣдствій отъ примѣненія вапорола Ross не видѣлъ ни для матери, ни для плода. Авторъ думаетъ, что средство это значительно уменьшить кругъ примѣненія щипцовъ.

Въ клиникѣ Essen-Möller'a (Лундъ) также было сдѣлано нѣсколько наблюденій надъ питуитриномъ, каковыя наблюденія легли въ основу работы Waggener-Iöggensen'a. Всего было проведено съ питуитриномъ 7 родовъ. Въ первыхъ двухъ случаяхъ питуитринъ вводился въ количествѣ 0,6 куб. сант. (=0,3 современной дозировки); въ обоихъ случаяхъ наступило замѣтное усиленіе схватокъ, но роды не подвинулись впередъ; въ концѣ концовъ, впрочемъ, у обѣихъ роженицъ они окончились нормально. Въ трехъ дальнѣйшихъ случаяхъ, гдѣ было вприснуто по 1—1,2 куб. сант. питуитрина, дѣйствіе послѣдняго было гораздо болѣе рѣзко: быстро усилившіяся схватки скоро довели роды до нормальнаго конца; схватки появлялись черезъ 5—7—10—25 мин. послѣ вприскиванія питуитрина. Въ одномъ изъ этихъ трехъ случаевъ послѣ родовъ имѣла мѣсто значительная атонія матки, которую, по мнѣнію автора, слѣдуетъ, можетъ быть, приписать

впрыскиванію питуитрина; во всѣхъ остальныхъ случаяхъ средство не оказало никакого вреднаго вліянія ни на мать, ни на ребенка.

Кгоемер (Грейфсвальдъ) наблюдалъ два интересныхъ случая примѣненія питуитрина. Въ одномъ случаѣ дѣло шло о I-рага, безъ водъ, съ вторичной слабостью потугъ при рахитическомъ тазѣ (с. diagonalis = 10,5 см.). Двукратное впрыскиваніе питуитрина (сначала 0,6, потомъ, на слѣдующій день, — 0,8 куб. сант.), оба раза сопровождавшееся усиленіемъ схватокъ, все-таки оказалось недостаточнымъ для того, чтобы довести роды до нормальнаго конца. Послѣ перваго впрыскиванія схватки появились черезъ нѣсколько минутъ, послѣ втораго — черезъ 3 минуты. Роды закончены перфорацией мертваго ребенка. Послѣ родовъ атоническое кровотеченіе изъ матки. Впрыснутый питуитринъ не оказалъ дѣйствія, между тѣмъ какъ впрыскиваніе 0,02 секакорнина дало прекрасный эффектъ. Второй случай касался также первородящей съ нѣсколько суженнымъ тазомъ (с. ext = 18 см.) и съ серьезнымъ заболѣваніемъ почекъ. Головные боли, отеки конечностей, въ мочѣ — бѣлокъ ($1\frac{0}{100}$), кровь, гіалиновые и грануляціонные цилиндры. Искусственные преждевременные роды ($9\frac{1}{2}$ мѣс.). Впрыснуть питуитринъ (1 куб. сант.). Черезъ 10 мин. появилась первая схватка, за которой послѣдовали нормальныя сокращенія съ паузами сначала въ 8 мин., а затѣмъ въ 5—3 мин. Черезъ $6\frac{1}{2}$ часовъ родовая дѣятельность прекратилась. Впрыснуто еще 0,7 куб. сант. питуитрина. Снова начались, черезъ нѣсколько минутъ, схватки, но процессъ родовъ не двигался впередъ. Въ концѣ концовъ авторъ сдѣлалъ экстроперитонеальное кесарское сѣченіе съ хорошимъ исходомъ для матери и плода. Несмотря на неудачу, Кгоемер все же думаетъ, что питуитринъ дѣйствительно вызываетъ и усиливаетъ родовыя боли, причемъ повторныя дозы его даютъ такой же хорошей эффектъ, какъ и первая.

Flatau, въ засѣданіи Нюренбергскаго Общества врачей, сдѣлалъ докладъ также о двухъ наблюденіяхъ надъ питуитриномъ. Въ обоихъ случаяхъ дѣло шло о старыхъ первородящихъ съ преждевременнымъ разрывомъ пузыря, причемъ схватокъ не было въ теченіе дня. Послѣ впрыскиванія питуитрина черезъ 10 мин. появились схватки, которыя дали

возможность въ одномъ случаѣ кончиться родамъ самостоятельно, а въ другомъ—съ помощью щипцовъ. На основаніи частію этихъ наблюденій, частію—обзора литературы о питуитринѣ, Flatau приходитъ къ выводу, что послѣдній является вѣрнымъ потужнымъ средствомъ, и его можно примѣнять: а) при слабости схватокъ въ періодъ изгнанія; б) при преждевременномъ разрывѣ пузыря въ концѣ беременности, если уже наступили схватки; в) при функциональной слабости маточной мускулатуры (двойни, hydramnion); г) для вызванія преждевременныхъ родовъ на 32 недѣлѣ беременности.

Fries испыталъ дѣйствіе питуитрина, какъ средства, усиливающаго родовыя боли, въ 21 случаѣ, всегда съ неизмѣннымъ успѣхомъ. Максимальная доза, вводимая авторомъ заразъ, равнялась 1 куб. сант., причемъ она иногда повторялась. Остатки алкоголя въ шприцѣ, по Fries'у, никакого вліянія на питуитринъ не оказываютъ. При расстройствахъ обратной инволюціи матки послѣ родовъ, по мнѣнію автора, надо отдавать предпочтеніе спорыньѣ и ея препаратамъ.

Voigts, пользуясь большимъ клиническимъ и поликлиническимъ матеріаломъ клиники проф. Вимп'а, примѣнилъ питуитринъ въ 75 случаяхъ, исключительно въ формѣ подкожныхъ впрыскиваній. Въ противоположность Hofbauer'у вреда отъ остатковъ алкоголя въ шприцѣ онъ не видѣлъ. Отдѣльныя дозы питуитрина колебались въ его матеріалѣ отъ 0,5 до 2 куб. сант.; повторныя дозы въ теченіе короткаго времени доходили въ суммѣ до 5 куб. сант., причемъ ни интоксикаціи, ни кумуляціи авторъ не наблюдалъ. Наилучшая средняя доза питуитрина, по Voigts'у,—1 куб. сант., такъ какъ большія дозы лучшаго эффекта не даютъ. Изъ 75 случаевъ въ 60 Voigts получилъ прекрасный результатъ, въ 11 случаяхъ питуитринъ оказался неэффективнымъ или вызвалъ только слабыя схватки и въ четырехъ случаяхъ—вызвалъ значительныя расстройства въ теченіи родовъ. Что касается первой группы случаевъ, то обычно сильныя схватки наступали у Voigts'a черезъ 2—10 мин. послѣ впрыскиванія питуитрина. Иногда авторъ наблюдалъ при этомъ бурныя схватки („Wehensturm“), но такое состояніе длилось обыкновенно недолго и черезъ 10—20 мин. переходило въ правильную родовую дѣятельность. Если послѣдняя черезъ

нѣкоторое время ослабѣвала, то дѣлалось второе впрыскивание. Къ третьему впрыскиванію изъ всѣхъ 60 случаевъ автору пришлось прибѣгнуть лишь въ 5. Разницы между дѣйствиемъ питуитрина у первородящихъ и повторныхъ роженицъ Voigts не замѣтилъ. Послѣдовыхъ кровотеченій въ первой группѣ случаевъ не было. Относительно недѣйственности питуитрина во второй группѣ случаевъ авторъ думаетъ, что въ однихъ случаяхъ, быть можетъ, причиной неуспѣха служило то обстоятельство, что примѣнялись слишкомъ малыя дозы питуитрина, въ другихъ—питуитринъ примѣнялся слишкомъ рано, когда еще не было схватокъ, въ третьихъ, наконецъ,—играло извѣстную роль индивидуальное предрасположеніе. Случай послѣдней группы я опишу поодиночкѣ. Въ первомъ случаѣ дѣло шло о III-рага съ небольшимъ открытіемъ зѣва при цѣломъ пузырьѣ и съ полнымъ отсутствиемъ схватокъ въ теченіе 7 часовъ. Былъ впрыснутъ 1 куб. сант. питуитрина. Черезъ 2 минуты—Wehensturm, черезъ три минуты разорвался пузырь, а еще черезъ 5 минутъ родился ребенокъ въ тяжелой асфиксіи. Затѣмъ послѣдовало значительное атоническое кровотеченіе изъ матки. Во второмъ случаѣ питуитринъ (0,75 куб. сант.) былъ впрыснутъ почти при такихъ же обстоятельствахъ у первородящей, причемъ черезъ 5 минутъ послѣ впрыскиванія начались очень сильныя и болѣзненные схватки. Сердцебиеніе ребенка постепенно пало до 60 ударовъ въ минуту. Судорожныя сокращенія прекратились только при глубокомъ наркозѣ. Щипцы. Ребенокъ родился въ асфиксіи. Легкая атонія матки. Въ третьемъ случаѣ дѣло шло также о первородящей съ открытіемъ зѣва на одинъ палець, при цѣломъ пузырьѣ. Схватки отсутствовали въ теченіе уже многихъ часовъ. Впрыснутъ питуитринъ (0,75). Черезъ 10 мин. начались сильныя схватки, прерываемыя очень короткими паузами. Черезъ полчаса послѣ впрыскиванія появилось кровотеченіе. Роженица—въ безпоясномъ состояніи, пульсъ учащенъ. Распознава преждевременная отслойка плаценты, и примѣненъ расширитель Bossi съ послѣдующимъ наложениемъ щипцовъ. Ребенокъ извлеченъ въ легкой асфиксіи. Послѣдъ выдѣлился тотчасъ, причемъ отхожденіе его сопровождалось сильнымъ кровотеченіемъ. Четвертый случай: I-рага 21 года. Зѣвъ сглаженъ, пузырь напряженъ. Ягодицы въ полости таза. Схватки отсутствуютъ.

Впрыснуть 1 куб. сант. питуитрина. Черезъ 10 мин. начались очень сильныя схватки съ короткими паузами. Роженица жалуется на головокруженіе и тошноту. Лицо блѣдное, какъ мѣлъ, зрачки сильно расширены, плохо реагируютъ. Пульсъ напряженный, 60 ударовъ въ минуту. Черезъ 10 мин. такое состояніе прошло при сильномъ потѣ. Черезъ $\frac{1}{2}$ часа— нормальные роды. Послѣдовый періодъ— безъ осложнений. Въ заключеніе своей статьи Voigts признаетъ питуитринъ лучшимъ средствомъ для возбужденія и усиленія схватокъ, — средствомъ, которое можетъ во многихъ случаяхъ замѣнить метрейризмъ, а также уменьшить $\%$ наложенія щипцовъ. Въ 7 случаяхъ Voigts получилъ прекрасные результаты отъ примѣненія питуигландола.

Когда работа Voigts'a была представлена въ качествѣ доклада въ Берлинское Акушерско-Гинекологическое Общество, то вопросъ о питуитринѣ вызвалъ здѣсь оживленныя пренія.

Hofbauer на основаніи опыта, обнимающаго около 100 случаевъ примѣненія питуитрина, призналъ послѣдній полезнымъ при placenta praevia lateralis, когда кровотеченіе продолжается и послѣ разрыва пузыря, при умѣренныхъ степеняхъ суженія таза и пр. По его наблюденіямъ питуитринъ вызываетъ схватки и при наркозѣ. Далѣе, его можно и желательно примѣнять при высокой t°. Особенно характерными для дѣйствія этого средства Hofbauer считаетъ быстрое сглаживаніе маточнаго зѣва и укороченіе паузъ между схватками.

Heimann сообщилъ о благопріятныхъ результатахъ, полученныхъ при употребленіи питуитрина въ Бреславльской клиникѣ (см. выше сообщенія Stern'a и Bondy). Питуитринъ примѣнялся здѣсь главнымъ образомъ при слабости схватокъ; въ 3 случаяхъ, однако, имъ воспользовались для вызыванія родовъ, причемъ въ 2 случаяхъ былъ примѣненъ одинъ питуитринъ и въ одномъ— въ комбинаціи съ метрейризмомъ. Непріятныхъ побочныхъ дѣйствій ни для матери, ни для плода отъ питуитрина не наблюдалось. Для вызыванія аборта средство это, по мнѣнію Heimann'a, непригодно. При кровотеченіяхъ post partum въ Бреславльской клиникѣ питуитринъ не примѣнялся; однако одинъ разъ онъ оказалъ хорошую услугу при цервикальномъ везарскомъ сѣченіи въ качествѣ предупреждающаго кровотеченіе средства.

Zinsser сообщил о прекрасных результатах, которые были получены при применении питуитрина в Charité при слабости схваток, если только, однако, последняя не обуславливалась какими-нибудь патологическими условиями, препятствовавшими поступательному движению ребенка; при сужениях таза умеренной степени и при некоторых неправильностях положения плода (лицевое, передне-темянное) даже двукратная доза питуитрина не устраняла необходимости оперативного вмешательства. В 6 случаях пытались с помощью питуитрина вызвать роды при полном отсутствии схваток; результат получился отрицательный.

Stickel, на кроличьей матке, наблюдал tetanus послѣ однократной дозы питуитрина. Къ повторнымъ дозамъ, по его мнѣнію, матка животныхъ относится безразлично.

Schäfer находитъ, что питугландоль Roche'a по своему дѣйствию не уступаетъ питуитрину. Особенно благоприятное дѣйствіе оказываетъ это средство при вторичной слабости схватокъ; напротивъ, въ одномъ случаѣ атоніи матки питугландоль въ соединеніи съ севакориномъ не оказалъ никакого эффекта.

Maskenrodt наблюдалъ у одной здоровой I-para послѣ впрыскиванія 1 куб. сант. extr. hypophysis cerebri тяжелой tetanus матки, слѣдствіемъ котораго была смерть плода. Далѣе, въ двухъ случаяхъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ питуитринъ, введенный въ количествѣ 6 куб. сант., несмотря на сильныя маточныя сокращенія, слѣдовавшія за каждымъ впрыскиваніемъ, не только не способствовалъ расширенію нижняго сегмента матки, а, напротивъ, повелъ въ одномъ случаѣ къ тому, что шейка, до этого растянутая баллономъ на величину ладони, послѣ выталкиванія послѣдняго спалась, такъ что пришлось снова ее дилатировать, чтобы сдѣлать поворотъ. Maskenrodt не вѣритъ, что въ питуитринѣ найдено средство, дѣйствительно вызывающее нормальныя схватки: по его мнѣнію, питуитринъ можетъ усиливать только имѣющіяся уже схватки.

Sadewasser имѣлъ случай испытать питуитринъ въ 9 случаяхъ при абсолютной слабости схватокъ въ періодѣ изгнанія; изъ нихъ въ 3 случаяхъ средство оказалось не дѣйствительнымъ, въ 3 случаяхъ наблюдались слабыя схватки и въ 3—очень сильныя. Въ 10 мѣ случаѣ, у 42-лѣтней

I-рага, слабыя схватки, благодаря введенію 2 куб. сант. питуитрина, настолько усилились, что въ течение 4 часовъ вполне расширили маточный зѣвъ.

Gräfenberg рекомендовалъ, для предупрежденія боіъ-ненныхъ бурныхъ схватокъ („Wehensturm“), одновременно съ питуитриномъ впрыскивать пантопонъ. Питуитринъ и пантопонъ являются хорошей комбинаціей при обезболиваніи нормальныхъ родовъ: схватки, ослабленныя пантопономъ, доводятся до нормы и даже усиливаются при помощи питуитрина. По наблюденіямъ Gräfenberg'a питугландоль не уступаетъ по своему дѣйствию питуитрину.

Strassmann замѣтилъ, что питуитринъ не обладаетъ abortивными свойствами и для вызванія искусственнаго аборта оказывается недѣйствительнымъ, для вызванія же родовъ—пригоднымъ. По мнѣнію Strassmann'a, новое средство, можетъ быть, въ состояніи конкурировать съ метрейринтеромъ, напр., при запоздалыхъ родахъ и переносномъ плодѣ. При слабости схватокъ, въ 7 случаяхъ, питуитринъ оказалъ Strassmann'у хорошія услуги: роды послѣ введенія питуитрина кончались меньше, чѣмъ черезъ часъ; одинъ ребенокъ родился мертвымъ съ обвитой вокругъ шеи пуповиной, у другого оказалась двусторонняя кефалогематома. Въ одномъ случаѣ нераспознаннаго hydrocephalus'a роды, благодаря впрыскиванію питуитрина (2 куб. сант.), кончились самостоятельно безъ оперативнаго вмѣшательства.

Martin видитъ въ питуитринѣ средство, съ помощью котораго можно добиться схватокъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ всѣ другія средства оказались недѣйствительными. Онъ думаетъ, что это средство должно оказать очень хорошее дѣйствіе при умѣренныхъ суженіяхъ таза.

Vokelmanн до сихъ поръ не пользовался питуитриномъ, но имѣющимъ же свѣдѣніямъ считаетъ его за дѣйствительный, но далеко не безопасный препаратъ.

Schiffmann (Вѣна), какъ видно изъ его работы, примѣнилъ питуитринъ въ 3 случаяхъ доношенной беременности и въ 12 случаяхъ выкидыша, причемъ пришелъ къ выводу, что въ концѣ беременности и въ особенности при родахъ, когда родовыя боли, бывшія удовлетворительными, превращаются, питуитринъ является цѣннымъ средствомъ, вызываю-

щимъ родовую дѣятельность. Для вызыванія искусственнаго выкидыша питуитринъ непригоденъ.

Fellenberg (Бернъ) изъ 5 случаевъ примѣненія питуитрина въ четырехъ получилъ хорошій результатъ безъ какихъ-либо вредныхъ побочныхъ дѣйствій.

Schigmer (Чиваго) даетъ также хорошій отзывъ о питуитринѣ, который онъ испробовалъ въ двухъ случаяхъ.

Гентеръ провѣрилъ дѣйствіе питуитрина на матеріалѣ Петербургскаго Родовспомогательнаго заведенія, по поводу чего сдѣлалъ докладъ въ засѣданіи Петербургскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества. Доза средства, которую примѣнялъ авторъ, колебалась отъ 0,12 до 1,4 куб. сант. Впрыскивался питуитринъ исключительно подъ кожу предплечья, бедра или, по совѣту Hofbauer'a, подъ кожу подъяличной области. Важно, по автору, чтобы въ шприцѣ не оставалось слѣдовъ спирта, такъ какъ послѣдній уничтожаетъ дѣйствительность препарата. Первая схватка послѣ введенія питуитрина обыкновенно появляется внезапно, бываетъ очень сильной и продолжительной; въ дальнѣйшемъ схватки слѣдуютъ одна за другой черезъ правильные промежутки, во время которыхъ мускулатура матки совершенно расслабляется. Матеріалъ, на которомъ Гентеръ имѣлъ возможность наблюдать дѣйствіе питуитрина, невеликъ,—онъ обнимаетъ всего 7 случаевъ,—но за то случаи эти отличались разнообразіемъ, а именно, авторъ примѣнялъ питуитринъ: 1) при первичной слабости болей у повторнородившей, 2) при слабости болей при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, 3) при первичной слабости болей при маловодіи, 4) при вторичной слабости болей у повторнородившихъ и 5) при предвѣщающихъ боляхъ у повторнородившей. На основаніи какъ собственнаго опыта, такъ и обзора литературы вопроса авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Не подлежитъ сомнѣнію, что питуитринъ, введенный въ организмъ роженицы, усиливаетъ родовыя боли.

2. Будетъ-ли слабость болей первичной или вторичной, за впрыскиваніемъ питуитрина неминуемо слѣдуетъ усиленіе схватокъ.

3. Сокращенія матки при этомъ отличаются строгой ритмичностью и смѣняются совершеннымъ расслабленіемъ органа.

4. Даже отъ большихъ дозъ питуитрина не замѣчается никакого вреда ни для матери, ни для плода.

5. Питуитринъ можно примѣнять не только при нормальной маткѣ, но и при маткѣ чрезмѣрно растянутой (hydrantion).

6. Вдыханіе хлороформа, повидимому, ослабляетъ дѣйствіе питуитрина.

7. Питуитринъ противопоказанъ въ случаяхъ значительнаго препятствія со стороны крестца таза, при растяженіи нижняго сегмента и тѣмъ болѣе при угрожающемъ разрывѣ матки.

8. Лечение питуитриномъ находится въ стадіи предварительной разработки, и пока еще нельзя сказать, какое мѣсто займетъ питуитринъ въ арсеналѣ акушерскихъ средствъ.

Докладъ Гентера вызвалъ оживленныя пренія, участвовавшіе въ которыхъ въ большинствѣ высказались въ пользу питуитрина.

Марковскій (Петербургъ), заинтересовавшись результатами, полученными Hofbauer'омъ, списался съ послѣднимъ, получилъ отъ него питуитринъ и произвелъ сначала цѣлый рядъ экспериментальныхъ изслѣдованій на кроликахъ, желая въ особенности выяснитъ, въ какой стадіи беременности матка отличается наибольшою чувствительностью къ препарату. Записывая вызванныя питуитриномъ сокращенія матки на барабанѣ, авторъ подмѣтилъ, что амплитуда колебаній была тѣмъ больше, чѣмъ ближе была беременность къ нормальному концу. Вызванныя подъ вліяніемъ питуитрина сокращенія маточной мышцы имѣли правильный ритмическій характеръ. Кромѣ экспериментальныхъ изслѣдованій, Марковскій произвелъ рядъ (10—13) клиническихъ наблюденій надъ питуитриномъ. Наблюденія эти привели его къ заключенію, что, повидимому, у повторныхъ роженицъ питуитринъ дѣйствуетъ лучше, чѣмъ у первородящихъ, у которыхъ дѣйствіе его проявляется и не такъ скоро (не черезъ 3 мин., а позже), и не такъ энергично. Только въ двухъ случаяхъ послѣ впрыскиванія питуитрина (1,3 куб. сант.) роды окончились произвольно, въ остальныхъ же автору приходилось прибѣгать, для окончанія ихъ, къ другимъ средствамъ (ванны, сринцеванія, щипцы). Вообще на успѣхъ отъ примѣненія питуитрина можно, по Марковскому, рассчитывать лишь

тогда, когда для окончанія родовъ не хватаетъ часовъ 2 хорошей родовой дѣятельности.

Сьробанскій, для изслѣдованія дѣйствія питуитрина, поставилъ нѣсколько опытовъ по Курдиновскому, на изолированной маткѣ. Къ сожалѣнiю, опыты эти не дали автору опредѣленныхъ результатовъ. Что касается клиническихъ наблюденiй, то въ одномъ случаѣ Сьробанскій получилъ очень хорошiй эффектъ, примѣнивъ, вмѣсто предполагавшагося наложенiя щипцовъ, вырскиванiе питуитрина. Въ остальномъ материалѣ,—правда небольшомъ (4—5 случаевъ),—примѣненiе питуитрина не сопровождалось такимъ успѣхомъ, а иногда питуитринъ оставался совершенно не дѣйствительнымъ.

Окинчицъ имѣлъ возможность испытать питуитринъ въ 4 случаяхъ въ клиникѣ проф. Садовскаго; въ двухъ случаяхъ первичной слабости потугъ результатъ отъ этого средства получился великолѣпный, при вторичной же слабости питуитринъ не далъ результата; одинъ разъ автору представился случай, при кесарскомъ сѣченiи, наблюдать воочию сокращенiя матки подѣйствiемъ питуитрина.

Китнеръ примѣнилъ питуитринъ три раза,—два раза подкожно и одинъ разъ per os. Въ первомъ случаѣ результатъ былъ блестящiй, несмотря на общее суженiе таза: черезъ 3 минуты развилась хорошая родовая дѣятельность, и наступили произвольные роды. Per os средство оказалось не дѣйствительнымъ даже въ количествѣ 2 куб. сант.

Каеушкинъ указываетъ, что слабость родовыхъ болей можетъ имѣть различное происхожденiе. Есть цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ эта слабость—чисто психическаго характера и зависитъ отъ чрезмѣрной работы мозговыхъ задерживающихъ центровъ. Примѣненный въ одномъ изъ такихъ случаевъ питуитринъ оказался совершенно не дѣйствительнымъ. Онъ, правда, каждый разъ вызывалъ схватки, но никакого наступательнаго движенiя впередъ въ родовомъ актѣ не наблюдалось. У многогородящей женщины, съ правильнымъ тазомъ, при подвижной головкѣ, съ открытiемъ въ три пальца, безъ водъ, питуитринъ вводился въ теченiе 8 часовъ три раза (по 0,5—0,25 куб. сант. современной дозировки), причемъ въ промежуткахъ давался еще внутрь, но за весь этотъ периодъ вре-

мени никакихъ измѣненій въ положеніи плода и въ состояніи зѣва не произошло. Для окончанія родовъ пришлось прибѣгнуть къ высокимъ щипцамъ.

Кацнельсонъ въ одномъ случаѣ, при суженіи таза и при повышенной t° у роженицы, не получилъ никакого эффекта, несмотря на двукратное впрыскиваніе питуитрина; въ другомъ случаѣ, при первичной слабости, схватки послѣ введенія питуитрина наступили, но недостаточныя, такъ что пришлось прибѣгнуть къ другимъ средствамъ.

Судаковъ сообщилъ о двухъ случаяхъ примѣненія питуитрина въ клиникѣ проф. Редлиха: въ одномъ, гдѣ роды предполагалось кончить щипцами, питуитринъ вызвалъ произвольное окончаніе ихъ; въ другомъ, при производствѣ преждевременныхъ родовъ, послѣ безуспѣшнаго вставленія бужа, было сдѣлано два раза впрыскиваніе питуитрина, и этого оказалось достаточно, чтобы достигнуть цѣли. Судаковъ полагаетъ, что, вопреки высказываемому докладчикомъ и другими авторами мнѣнію, питуитринъ можетъ способствовать не только усиленію уже начавшихся родовыхъ сокращеній, но и возникновенію ихъ.

Hell (Базель) испыталъ дѣйствіе питуитрина разныхъ фабрикъ (Parke'a a. Davis'a и Wellcome'a) при абортѣхъ. Всего онъ провелъ 27 случаевъ. Питуитринъ Parke and Davis впрыскивался 2 раза pro die, по 2 куб. сант. каждый разъ, питуитринъ Wellcome'a—также 2 раза въ день, но по 1 куб. сант. Авторъ лишь въ 5 случаяхъ могъ съ помощью этого средства довести абортъ до конца, въ остальныхъ 22 случаяхъ питуитринъ оказался неэффективнымъ, и потому Hell рекомендуетъ въ терапіи выкидышей пользоваться прежними средствами (secale, горячіе души и пр.).

На IV Съѣздѣ Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ, бывшемъ въ Петербургѣ въ 1911 году, вопросъ о питуитринѣ послужилъ предметомъ обсужденія и темой для двухъ докладовъ.

Первый докладчикъ, Гиненевичъ, испыталъ дѣйствіе питуитрина въ подходящихъ случаяхъ по предложенію проф. Ширшова. Питуитринъ примѣнялся въ видѣ подкожныхъ и внутримышечныхъ впрыскиваній, большею частію въ яго-

дицы, отъ 0,5 до 1,3 грм. pro dosi. Шприць послѣ предварительнаго кипяченія промывался фізіологическимъ растворомъ. Кожа обеззараживалась іодной настойкой, а затѣмъ эфиромъ. Въ 11 случаяхъ питуитринъ былъ примѣненъ при слабыхъ боляхъ въ періодѣ раскрытія, при цѣломъ пузырѣ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ схватки послѣ каждаго впрыскиванія усиливались спустя 5—20 мин., длились вѣскольکو часовъ и вели къ окончанію родовъ. Еще болѣе дѣйствительнымъ оказался питуитринъ въ 12 случаяхъ слабости схватокъ при отошедшихъ водахъ и достаточномъ раскрытіи матки: здѣсь послѣ его впрыскиванія быстро появлялись сильныя, частыя сокращенія матки, имѣвшія, однако, правильный, ритмическій характеръ, одновременно развивалась энергичная потужная дѣятельность брюшного пресса, и роды заканчивались самое большее черезъ 1½ часа послѣ введенія средства. Въ большинствѣ случаевъ было достаточно одного впрыскиванія; въ двухъ случаяхъ было сдѣлано по 2 впрыскиванія съ промежутками въ 2 часа, причемъ въ одномъ изъ этихъ случаевъ роды все же пришлось закончить щипцами вслѣдствіе узости таза и появленія контракціоннаго кольца. У одной роженицы съ тазовымъ предлежаніемъ, при раскрытіи на 4 пальца, было сдѣлано 4 впрыскиванія питуитрина съ промежутками по нѣскольکو часовъ, причемъ роды закончились самостоятельно. Въ 4 случаяхъ авторъ примѣнилъ питуитринъ при полной остановкѣ родовыхъ болей, причемъ получилъ неопредѣленные результаты: въ 2 случаяхъ—роды быстро окончились, а въ 2 случаяхъ впрыскиваніе питуитрина оказалось безрезультатнымъ. Въ 1 случаѣ была сдѣлана тщетная попытка вызвать питуитриномъ преждевременные роды на 34 недѣлѣ беременности. На основаніи этого случая довлдичь думаетъ, что питуитринъ, какъ таковой, не возбуждаетъ дѣятельности центровъ, завѣдующихъ родовымъ актомъ, а вызываетъ или усиливаетъ родовыя боли лишь въ то время, когда эти центры предварительно уже были возбуждены къ работѣ, и матка раскрылась въ той или другой степени. При атоническихъ кровотеченіяхъ (5 случаевъ) питуитринъ, при одновременномъ массажѣ матки, способствовалъ прекращенію кровотеченія. При разрывѣ мочевого пузыря въ послѣродовомъ періодѣ (2 случая) питуитринъ также далъ довлдичиву хорошіе результаты. Побочнаго вреднаго дѣйствія на другіе орга-

ны питуитринъ, по мнѣнію докладчика, не производитъ: Ноф-бауег давалъ его безъ вреда при зобѣ, а въ клиникѣ проф. Ширшова питуитринъ 4 раза впрыскивался беременной съ сердечнымъ порокомъ, причемъ никакого вреда для сердца отъ него также не наблюдалось. Повидимому, питуитринъ не дѣйствуетъ вредно и на почки. На состояніе плода онъ также не оказываетъ дурного вліянія. Въ общемъ докладчикъ могъ формулировать свои впечатлѣнія отъ примѣненія питуитрина слѣдующимъ образомъ:

1. Въ питуитринѣ, несомнѣнно, открыто средство для усиленія существующихъ родовыхъ болей, отличающееся по своему дѣйствию отъ другихъ подобныхъ средствъ.

2. Питуитринъ дѣлаетъ матку болѣе возбудимой въ раздражителямъ и при отсутствіи водъ дѣйствуетъ быстрее и сильнѣе. Не имѣетъ-ли значеніе раздражающаго условія болѣе тѣсное соприкосновеніе стѣнокъ матки и плода при отсутствіи водъ?

3. Питуитринъ, повидимому, дѣйствуетъ на аутономные нервные центры, завѣдующіе родовой дѣятельностью, и въ основѣ его дѣйствія, вѣроятно, лежатъ неизвѣстныя намъ пока измѣненія въ организмѣ женщины, связанныя съ беременнымъ ея состояніемъ.

4. При атоническомъ кровотеченіи вслѣдствіе вялости матки лучше примѣнять питуитринъ одновременно съ разнаго рода раздражителями маточной мышцы, какъ-то: душемъ, массажемъ, препаратами спорыньи и т. д.

5. Питуитринъ вызываетъ произвольное опорожненіе пузыря, повидимому, лишь въ послѣродовомъ періодѣ, вѣроятно, вслѣдствіе особаго состоянія нервной системы женщины въ это время.

6. Придатокъ мозга (hypophysis cerebri), повидимому, представляетъ собою железу, реагирующую изнутри на измѣненія въ организмѣ женщины во время беременности; при недостаточной функціональной способности мозгового придатка искусственное введеніе его вытяжки—питуитрина—пополняетъ, повидимому, этотъ недочетъ.

Второй докладъ о питуитринѣ былъ сдѣланъ на Съѣздѣ Гусевымъ, который испыталъ дѣйствіе вытяжки изъ мозгового придатка въ 10 случаяхъ. Препарат употреблялся

фирмы Wellcome'a „Extr. hypophysis ex infundibulo 20%“. Шприцъ и игла каждый разъ промывались исключительно эфиромъ; имъ же вымывалась и кожа живота. Впрыскивать приходилось 0.75, такъ какъ при удаленія воздуха изъ шприца въ послѣднемъ оставалось стъ 1 куб. сант. лишь это количество. Изъ 10 случаевъ 2 раза вытяжка была примѣнена при преждевременномъ отдѣленіи послѣда, 1 разъ— въ сочетаніи съ метрейризомъ, 1 разъ— вмѣсто полостныхъ щипцовъ, 1 разъ— для остановки кровотеченія въ послѣродовомъ періодѣ (влагалищное кесарское сѣченіе), въ остальныхъ случаяхъ— для возбужденія прекратившейся родовой дѣятельности. Во всѣхъ случаяхъ примѣненіе ея сопровождалось полнымъ успѣхомъ. Обычно черезъ 2—10 мин. послѣ впрыскиванія наступали очень сильныя, несудорожнаго характера схватки съ паузами въ 2 минуты; затѣмъ онѣ повторялись рѣже, дѣлались слабѣе. Особенно рѣзко связывалось дѣйствіе вытяжки въ періодѣ изгнанія плода. Какихъ-либо побочных явленій у роженицъ и родильницъ при введеніи вытяжки не наблюдалось; въ частности не замѣчалось нарушенія сердечной дѣятельности; напротивъ, пульсъ отъ вытяжки становился полнѣе. Хорошее дѣйствіе производила вытяжка и на мочевой пузырь въ смыслѣ произвольнаго мочеиспусканія. Послѣродовой періодъ во всѣхъ случаяхъ протекъ нормально. Всѣ дѣти родились живыми. Заключая свой докладъ, Гусевъ пришелъ къ выводу, что въ вытяжкѣ изъ мозгового придатка мы въ настоящее время имѣемъ цѣнное средство для возбужденія родовыхъ болей, какъ въ періодѣ раскрытія, такъ и особенно въ періодѣ изгнанія плода, а также для остановки послѣродовыхъ кровотеченій.

Въ преніяхъ по поводу приведенныхъ докладовъ Богдановъ (Владиміръ) заявилъ, что онъ примѣнилъ впрыскиванія питуитрина для вызванія преждевременныхъ родовъ въ двухъ случаяхъ (при нефритѣ и служеніи таза) и получилъ желаемый эффектъ на 3 сутки отъ начала впрыскиваній. Впрыскиванія дѣлались два раза въ день по 0,5 куб. сант.

Холмогоровъ (Москва) дѣлалъ впрыскиванія питуитрина въ 6 случаяхъ кесарскаго сѣченія. Въ 3 случаяхъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія было впрыснуто по 2 ампулы (по 1 куб. сант. съ 5-минутнымъ промежуткомъ). Непосредственные результаты во всѣхъ этихъ случаяхъ были

хороши. Въ 2 первыхъ случаяхъ, хотя матка спустя нѣкоторое время и расслабла, но болѣе или менѣе значительнаго кровотеченія не было. Въ третьемъ случаѣ часа черезъ 2 появилось сильное кровотеченіе, потребовавшее впрыскиванія эрготина и даже тампонаціи влагалища марлей. Далѣе, въ двухъ случаяхъ кесарскаго сѣченія по Latzko послѣ впрыскиванія питуитрина матка сократилась хорошо, и кровотеченія не было. Наконецъ, въ одномъ случаѣ классическаго кесарскаго сѣченія, гдѣ было впрыснуто тоже 2 ампулы питуитрина, потеря крови была значительно меньше обыкновеннаго, хотя все же впослѣдствіи въ маткѣ образовались сгустки крови, которые вышли въ слѣдующіе дни. Въ общемъ на основаніи своихъ немногочисленныхъ наблюденій Холмогоровъ пришелъ къ заключенію, что дѣйствіе питуитрина—сильное, по сравнительно кратковременное.

Studenу (Брюннъ) испробовалъ дѣйствіе питуитрина въ 81 случаѣ родовъ и получилъ въ общемъ удовлетворительные результаты. По его заключенію, на покойную матку питуитринъ оказываетъ дѣйствіе, повидимому, только въ послѣдніи недѣли беременности, когда уже имѣются предвѣщающія потуги; на матку въ первые мѣсяцы беременности питуитринъ не дѣйствуетъ. *Intra partum* питуитринъ вызываетъ правильную ритмическую родовую дѣятельность матки. Дѣйствіе его обычно начинается черезъ 3—5 мин. послѣ впрыскиванія, достигаетъ извѣстнаго максимума и затѣмъ, послѣ 1—2 часовъ отъ начала впрыскиванія, ослабѣваетъ. Питуитринъ дѣйствуетъ тѣмъ лучше, чѣмъ позже его примѣнять во время родовъ, т. е. чѣмъ дальше подвинулись роды. Лучше всего онъ дѣйствуетъ, при слабости потугъ, во второмъ періодѣ родовъ: въ этомъ періодѣ авторъ получилъ хорошей результатъ въ 84% случаевъ. Въ періодѣ раскрытія дѣйствіе питуитрина скоропреходящее, почему авторъ рекомендуетъ примѣнять его здѣсь въ повторныхъ малыхъ дозахъ. Въ послѣдующемъ періодѣ разбираемое средство проявляетъ, повидимому, тонизирующій эффектъ, предупреждая развитіе атоніи матки; при послѣднихъ, впрочемъ, и препараты спорыни не могутъ быть вытѣснены питуитриномъ. Въ общемъ питуитринъ, по наблюденіямъ Studenу, не ядовитъ, хотя при миокардитѣ, артеріосклерозѣ, нефритѣ, особенно же при уремическомъ состояніи слѣдуетъ быть съ нимъ осторожнымъ.

Steuernagel на матеріалъ Марбургской акушерской клиники сдѣлалъ до 50 наблюденій съ питуитриномъ, примѣняя его какъ при нормальныхъ, такъ и при патологическихъ родахъ, а также въ качествѣ вспомогательнаго средства при искусственномъ прерываніи беременности. Дѣйствіе питуитрина обычно начиналось черезъ 4—10 мин. послѣ впрыскиванія судорожной схваткой продолжительностью до 3 мин., послѣ чего усилившаяся родовая дѣятельность принимала правильный, строго ритмическій характеръ. Продолжительность дѣйствія питуитрина равнялась, въ среднемъ, $1\frac{1}{2}$ часамъ. Вреднаго вліянія средства на ребенка авторъ не наблюдалъ, не вызывалъ также питуитринъ какихъ-нибудь расстройствъ и въ послѣродовомъ періодѣ. Въ 2 случаяхъ питуитринъ не оказалъ никакого дѣйствія, причемъ въ одномъ изъ нихъ, при незначительной дозировкѣ, были допущены нѣкоторыя техническія погрѣшности при впрыскиваніи (остатки спирта въ шприцѣ). Авторъ указываетъ, что на успѣхъ дѣйствія питуитрина вліяютъ: 1) качество препарата (растворъ долженъ быть свѣтлымъ, неокрашеннымъ), 2) способъ впрыскиванія (подкожный, избѣгая остатковъ алкоголя въ шприцѣ), 3) правильная дозировка (за нормальную дозу надо считать 1 куб. сант.) и 4), наконецъ, опредѣленные показанія (средство требуетъ осторожности при нефритахъ, міокардитѣ и пр.). Для вызванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, а также для леченія абортонъ питуитринъ вмѣстѣ съ другими средствами является цѣннымъ вспомогательнымъ средствомъ. Наилучшій эффектъ все-таки получается отъ него при начавшихся родахъ, въ концѣ періода раскрытія и во второмъ періодѣ.

Fischer (Вюрцбургъ) испыталъ дѣйствіе питуитрина передъ родами, во время родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ, всего въ 50 случаяхъ. Питуитринъ примѣнялся исключительно въ формѣ подкожныхъ или интрамукулярныхъ инъекцій въ количествѣ 1 куб. сант. (=0,1 свѣжей железы). Иногда автору приходилось повторять впрыскиваніе, причемъ самое большее количество, которое пришлось инъцировать въ теченіе 7 часовъ, равнялось 5 куб. сант. По взгляду Fischer'a, питуитринъ, какъ средство для вызванія преждевременныхъ или срочныхъ родовъ, не оправдалъ возлагаемыхъ на него надеждъ, но въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ выкидышъ или

преждевременные роды уже начались, онъ можетъ оказать существенную помощь; особенно же пригоденъ питуитринъ для ускоренія нормальнаго теченія родовъ, когда это требуется въ интересахъ матери или плода. Въ этихъ случаяхъ онъ дѣйствуетъ тѣмъ лучше, чѣмъ дальше подвинулись роды въ моменту его перваго примѣненія. Чаще всего автору приходилось прибѣгать къ питуитрину въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ раньше накладывались щипцы, и здѣсь впрыскиваніе питуитрина всегда сопровождалось неизмѣннымъ успѣхомъ. Только въ одномъ случаѣ питуитринъ не оказалъ никакого дѣйствія, несмотря на то, что впрыскиваніе было повторено до трехъ разъ. Fischer не даетъ объясненія этому случаю. Дѣйствіе питуитрина начиналось обычно черезъ 1—2 мин., въ среднемъ черезъ 6 мин., послѣ впрыскиванія. Продолжительность дѣйствія равнялась въ общемъ 2—4 часамъ. Продолжительность послѣдоваго періода въ случаяхъ, гдѣ примѣнялся питуитринъ, равнялась въ среднемъ 27 мин., причемъ въ 9 случаяхъ наблюдалось кровотеченіе, остановившееся послѣ выхода плаценты. Съ хорошимъ успѣхомъ примѣнилъ Fischer питуитринъ также при ischuria родильницъ и въ качествѣ профилактическаго средства въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ на основаніи анамнеза можно было ждать тяжелаго послѣродового кровотеченія.

Schäfer (Берлинъ) сдѣлалъ рядъ наблюденій съ питугланоломъ Röche, причемъ нашелъ, что этотъ препаратъ по своимъ достоинствамъ ничуть не ниже питуитрина. Всего онъ испыталъ питугланоль у 24 роженицъ. Препарат примѣнялся исключительно подкожно въ количествѣ 1 куб. сант. (=0,1 свѣжей *gl. pituitariae*); въ одномъ случаѣ дозу эту пришлось повторить до 5 разъ. Авторъ впрыскивалъ питугланоль главнымъ образомъ при слабости схватокъ, а также для возбужденія родовой дѣятельности при физиологическомъ концѣ беременности. Въ послѣднемъ случаѣ, по мнѣнію автора, дѣйствіе питугландола, по меньшей мѣрѣ, сомнительно: если послѣ впрыскиванія и появлялись схватки, то онѣ продолжались короткое время и скоро прекращались. При слабости схватокъ питугланоль дѣйствуетъ, какъ питуитринъ. Кумулятивнаго дѣйствія его авторъ не наблюдалъ. Особенно благоприятно дѣйствіе питугландола въ періодъ изгнанія. Въ послѣродовомъ періодѣ послѣ примѣненія питугландола никакихъ осложнений не было и, въ частности, не наблюдалось уси-

ленныхъ схватокъ, какъ то часто бываетъ послѣ препаратовъ спорыньи. На мать и ребенка какого-вибудь вреднаго дѣйствія питугландолъ, по наблюденіямъ Schäfer'a, не оказываетъ. Вліяніе его на мать сказывается замедленіемъ пульса, которое обычно наступаетъ спустя короткое время послѣ впрыскиванія. Кровяное давленіе не опредѣлялось: повидимому, оно повышается. Температура матери не измѣняется. Вмѣстѣ съ замедленіемъ пульса матери послѣ впрыскиванія питугландола наблюдается и замедленіе сердцебіенія ребенка. Въ одномъ случаѣ, у пожилой I-рага, ребенокъ, шедшій ягодицами, родился въ тяжелой асфиксїи, изъ которой не былъ оживленъ. Авторъ въ данномъ случаѣ, однако, относитъ смерть плода не насчетъ питугландола, а насчетъ неумѣлаго оказанія ручнаго пособія (пособіе оказывалъ практикантъ).

На m m (Страссбургъ) испыталь дѣйствіе всѣхъ трехъ вытяжекъ мозгового придатка: питуитриза, съ которымъ онъ сдѣлалъ большинство наблюденій, вапорола и питугландола, причемъ нашель, что всѣ они дѣйствуютъ въ подходящихъ случаяхъ одинаково хорошо. Авторъ поставилъ цѣлью выяснитъ два вопроса о дѣйствіи питуитрина: 1) въ состоянїи-ли питуитринъ усилитъ уже имѣющіяся схватки и 2) можно-ли посредствомъ его вызвать схватки въ маткѣ, находящейся въ состоянїи покоя. При своевременныхъ родахъ На m m примѣнялъ питуитринъ въ 40 случаяхъ: 27 разъ у первородящихъ, 12 разъ при вторичной слабости схватокъ и 1 разъ при судорожныхъ схваткахъ; сверхъ того 5 разъ онъ примѣнялъ это средство въ комбинаціи съ пантопонъ—скополаминомъ. Результаты во всѣхъ случаяхъ получились хорошіе: обычно черезъ 2—5 мин. послѣ впрыскиванія наступали энергичныя схватки. Въ одномъ только случаѣ питуитринъ не подѣйствовалъ. Роды наступали въ большинствѣ случаевъ черезъ 10 мин.—2 часа послѣ перваго впрыскиванія, но въ 4 случаяхъ окончаніе родовъ послѣдовало спустя 3—12 часовъ. Особенно хорошее дѣйствіе питуитрина наблюдалось въ періодѣ изгнанія. Вообще средство это, по мнѣнію автора, не слѣдуетъ давать слишкомъ рано и во всякомъ случаѣ не раньше сглаживанія шейки; при болѣе раннемъ впрыскиваніи можно бояться образованія опасныхъ стриктуръ матки. Въ большинствѣ случаевъ оказалось достаточно одной дозы питуитрина, въ 9 случаяхъ потребовалось второе впрыскиваніе,

въ 3 случаяхъ сдѣлано по 3 инъекціи, а въ двухъ—даже по 4. Иногда при повторныхъ дозахъ первыя сокращенія матки были очень продолжительными: 2-3 минуты., иногда 6-8 минутъ и одинъ разъ—17 мин. Вредныхъ послѣдствій отъ такихъ, напоминающихъ судорожныя, сокращеній матки авторъ не замѣчалъ; иногда только сердцебиеніе ребенка замедлялось во время схватки (до 80 ударовъ въ минуту). Въ концѣ концовъ Н а т т приходитъ къ выводу, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ анатомическія отношенія допускаютъ возможность самопроизвольныхъ родовъ, и гдѣ нѣтъ абсолютныхъ показаній къ немедленному окончанію послѣднихъ въ интересахъ плода или матери, необходимо сначала испробовать дѣйствіе питуитрина и лишь потомъ прибѣгать къ оперативному вмѣшательству. Этимъ путемъ можно значительно сократить число акушерскихъ операций. Въ Страсбургской клиникѣ изъ 300 родовъ, бывшихъ за то время, когда стали примѣнять питуитринъ, потребовали наложенія щипцовъ лишь двое, тогда какъ раньше ихъ накладывали въ 3,9%. Въ 10 случаяхъ авторъ пробовалъ съ помощью питуитрина вызвать преждевременныя роды гестр. абортъ. При этомъ въ одномъ случаѣ дѣло шло о маткѣ, находившейся въ покойномъ состояніи (*graviditas III m., tuberculosis*), и какъ разъ въ этомъ случаѣ питуитринъ оказался неэффективнымъ. Въ 8 случаяхъ матка не была въ состояніи покоя, и тѣмъ не менѣе только въ двухъ изъ нихъ удалось посредствомъ питуитрина, безъ другихъ средствъ, довести роды до нормальнаго конца. Въ заключеніе Н а т т предостерегаетъ объ опасности примѣненія питуитрина при септическихъ абортахъ, благодаря возможности образованія стриктуръ матки, какъ это онъ наблюдалъ въ 4 своихъ случаяхъ.

Акушерское Общество въ Гамбургѣ посвятило цѣлое засѣданіе специально вопросу о примѣненіи питуитрина въ акушерствѣ. Прежде всего были заслушаны два доклада, изъ которыхъ одинъ принадлежалъ Schneider-Sievers'у, а другой—Sraeth'у.

Schneider-Sievers на основаніи своихъ наблюденій не можетъ согласиться съ мнѣніемъ тѣхъ авторовъ, которые высказываются въ пользу точности дѣйствія и безопасности питуитрина. Докладчикъ наблюдалъ въ одномъ случаѣ послѣ примѣненія питуитрина ясно выраженныя разстройства въ

субъективномъ состояніи роженицы: шумъ въ ушахъ, *palpitatio cordis*, легкое чувство страха, потемнѣніе сознанія,—словомъ картину, напоминавшую состояніе передъ эclamптическимъ припадкомъ. Въ другомъ случаѣ наблюдались расстройства со стороны сердцебіенія плода, именно, послѣ впрыскиванія питуитрина (0,6) сердцебіеніе сначала было замедленнымъ (до 80—60 ударовъ минуту), а затѣмъ стало быстро учащаться (до 176 ударовъ). Такое замедленіе и ускореніе сердцебіенія ребенка, по мнѣнію автора, могло зависѣть или отъ непосредственнаго дѣйствія питуитрина, или отъ чрезмѣрно сильной потужной дѣятельности. Въ послѣродовомъ періодѣ авторъ не видѣлъ никакихъ осложненій и расстройствъ, если не считать одного случая, гдѣ у родильницы были два припадка эclamпсіи. Схватки послѣ питуитрина обычно наступали очень быстро, но онѣ такъ же быстро и проходили, вслѣдствіе чего приходилось прибѣгать къ повторнымъ инъекціямъ. Въ итогѣ, по мнѣнію Schneider-Sievers'a, питуитринъ можно примѣнять только во II періодѣ родовъ, послѣ предварительнаго изслѣдованія сердца и почекъ матери и при этомъ обрашая серьезное вниманіе на сердцебіеніе ребенка.

Sraeth употреблялъ исключительно вапороль по 0,2, каковая доза была всегда достаточной и не требовала повторенія. Докладчикъ примѣнялъ препаратъ въ 7 случаяхъ. Послѣ впрыскиванія всегда наступали энергичныя сокращенія матки, и роды оканчивались силами природы. Только въ одномъ случаѣ, у очень чувствительной первородящей, пришлось наложить выходные щипцы. Вапороль былъ примѣненъ 4 раза въ періодѣ раскрытія и 3 раза въ періодѣ изгнанія. Періодъ раскрытія послѣ впрыскиванія вапорола всегда значительно укорачивался, періодъ изгнанія—ненормально ускорялся. Въ видѣ иллюстраціи докладчикъ привелъ случай, имѣвшій мѣсто у 43-лѣтней multipara, которая передъ тѣмъ 16 л. не рожала. Въ теченіе трехъ дней, несмотря на всѣ принятія мѣры (кольнейризы), роды не двигались впередъ, благодаря сильной ригидности шейки. Послѣ впрыскиванія 0,2 вапорола они закончились черезъ 2 часа. Въ нѣсколькихъ случаяхъ Sraeth наблюдалъ послѣ впрыскиванія вапорола замедленіе,—но не ослабленіе,—сердцебіенія ребенка. Зависитъ-ли это замедленіе отъ непосредственнаго дѣйствія вапорола или отъ слишкомъ энергичныхъ сокращеній матки,

сказать съ положительностью нельзя. Во всякомъ случаѣ дѣти въ случаяхъ, гдѣ примѣнялся вапороль, рождались живыми; только одинъ ребенокъ умеръ послѣ тяжелой асфиксіи благодаря многократному обвитію пуповины вокругъ его шейки. Въ послѣродовомъ періодѣ 2 раза наблюдалось легкое атоническое кровотеченіе, быстро остановленное секакорниномъ.

Принявшій участіе въ преніяхъ Calman сообщилъ, на основаніи своихъ наблюденій съ вапороломъ (6 случаевъ), что средство это дѣйствуетъ поразительно быстро и энергично. Въ 2 случаяхъ онъ могъ послѣ него наблюдать „колоссальныя схватки въ теченіе часа“. Въ виду сильнаго вліянія вапорола на сердцебіеніе ребенка, Calman советуетъ употреблять его только въ періодѣ изгнанія.

Rueder употребляетъ питугландоль и получилъ впечатленіе, что эффектъ отъ этого средства получается тѣмъ лучшей, чѣмъ дальше ушли впередъ роды. Кровотеченій въ послѣродовомъ періодѣ послѣ питугландола онъ не наблюдалъ, да и врядъ-ли, по его мнѣнію, будетъ справедливо относить таковыя кровотеченія тамъ, гдѣ они, наблюдались, насчетъ питуитрина, такъ какъ кажется страннымъ, что средство, съ одной стороны, вызываетъ сокращенія матки, а съ другой— дѣйствуетъ какъ разъ обратно.

Törfer примѣнилъ питуитринъ 3 раза въ періодѣ раскрытія, причемъ въ 2 случаяхъ съ помощью его роды довели до конца не удалось.

Въ Базельской клиникѣ за послѣдніе годы при слабости потугъ съ хорошимъ успѣхомъ примѣнялся секакорнинъ. Когда появились благопріятные отзывы о питуитринѣ, Herff и Hell произвели до 30 наблюденій съ новымъ средствомъ, примѣняя его главнымъ образомъ при абортахъ. При этомъ оказалось, что какъ питуитринъ, такъ и секакорнинъ дѣйствуютъ приблизительно одинаково, но секакорнинъ, представляетъ, помимо дешевизны, то преимущество, что онъ не вызываетъ атоніи, каковая въ опытахъ съ питуитриномъ наблюдалась дважды. Питуитринъ, правда, дѣйствуетъ быстрѣе секакорнина, но за то и дѣйствіе его прекращается такъ же быстро.

Fischer (Загребъ) наблюдалъ дѣйствіе питугландола въ 21 случаѣ родовъ съ хорошимъ результатомъ. Особенно поразительное дѣйствіе авторъ видѣлъ при вторичной слабости схватокъ въ концѣ періода изгнанія, гдѣ питугландоль иногда

избавлялъ роженицу отъ наложенія шипцовъ. Какихъ-либо неблагоприятныхъ послѣдствій для ребенка Fischer послѣ впрыскиванія питугландола не наблюдалъ.

Аптецкій и Закржевскій сообщили объ одномъ интересномъ случаѣ успѣшнаго примѣненія питуитрина при эклампсiи роженицы. Въ Варшавскій городской родильный домъ поступила I-рага 33 лѣтъ съ явленіями тяжелой эклампсiи, причеиъ моча не содержала ни бѣлка, ни крови, ни почечныхъ элементовъ. Воды не отошли, маточная шейка не сглажена, зѣвъ открытъ на 1 палецъ. Въ виду повторенія припадковъ авторы, желая ускорить роды, черезъ 6 часовъ по поступленіи больной впрыснули ей въ ягодицу 0,01 питуитрина Wellcome'a. Черезъ 5 мин. послѣ впрыскиванія наступило рѣзкое сокращеніе матки, продолжавшееся 15 мин.; одновременно отмѣчено необычайное улучшеніе пульса (съ 160 до 76). Затѣиъ схватки стали слѣдовать черезъ 3—4 мин., продолжаясь отъ 1 до 1,5 мин.; черезъ 3 часа онѣ, однако, опять ослабѣли. При изслѣдованіи найдено: раскрытіе тоже, голова подвижна. Приступы эклампсiи прекратились. Черезъ 29 часовъ, при слабыхъ и рѣдкихъ схваткахъ, безъ судорогъ и безъ сознания, больная произвольно разрѣшилась отъ бремени. Спустя 6 часовъ послѣ родовъ опять возобновились довольно сильныя судороги. Авторы опять впрыснули 0,01 питуитрина. Черезъ $\frac{1}{2}$ мин. послѣ впрыскиванія появился слабый приступъ судорогъ, послѣ чего онѣ больше не возвращались. На 5-й день больная пришла въ сознаніе, на 12-й выписалась совершенно здоровой. Исходя изъ положенія, что функція мозгового придатка во время беременности нарушена, авторы высказываютъ мысль, что, быть можетъ, питуитринъ окажется специфическимъ средствомъ при эклампсiи, восстанавливая нарушенное равновѣсіе въ біохиміи организма беременныхъ.

Въ дальнѣйшемъ Аптецкій и Закржевскій произвели рядъ новыхъ наблюденій надъ примѣненіемъ питуитрина въ акушерствѣ (въ 40 случаяхъ). Прежде всего они подмѣтили при этомъ, что питуитринъ, какъ средство усиливающее маточныя сокращенія при аборткахъ, оказывается недействительнымъ; за то онъ представляетъ собою unicum для усиленія родовыхъ болей: впрыснутый подкожно либо внутримышечно, онъ уже черезъ 1—2 (maximum черезъ 5) минуты вызываетъ цѣлую бурю схватокъ (Hofbauer), чрезвычайно

сильныхъ и продолжительныхъ. Схватки эти, однако, не имѣютъ характера судорожныхъ. Ослабленія подѣ влияніемъ питуитрина пульса у плода авторы не наблюдали ни въ одномъ случаѣ. Особенно полезнымъ оказался питуитринъ во 2-мъ періодѣ родовъ: во всѣхъ случаяхъ, гдѣ питуитринъ былъ вприснутъ въ этомъ періодѣ, роды заканчивались произвольнымъ изгнаниемъ плода въ теченіе 5—5½ мин. Питуитринъ довелъ число накладываемыхъ щипцовъ до минимальныхъ цифръ (съ 4,54% до 1,56%). Особенно рѣзкимъ оказалось его дѣйствіе при суженіяхъ таза и ягодичномъ предлежаніи. Менѣе успѣшное дѣйствіе проявилъ питуитринъ въ періодѣ раскрытія (изъ 17 случаевъ въ 4 онъ не оказалъ эффекта). Изъ препаратовъ разныхъ фирмъ наилучшіе результаты далъ авторамъ препаратъ Wellcome'a.

Jaeger (Эрлангенъ) испыталъ дѣйствіе питуитрина Wellcome'a у 35 женщинъ. Обычно онъ вприскивалъ это средство подѣ кожу или внутримышечно въ количествѣ 1 куб. сант. (0,2 свѣжсй железы); рѣдко дозу эту приходилось повторять, причѣмъ повторныя дозы вызывали такой же эффектъ, какъ и первая. Сокращенія матки начинались приблизительно черезъ три минуты; за первымъ сокращеніемъ слѣдовали бурныя схватки (Wehensturm), которыя въ среднемъ продолжались въ теченіе 10 минутъ или безъ паузъ, или съ малыми короткими паузами (maximum $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ мин.). Схватки эти были крайне болѣзненны. Черезъ 10 мин. бурныя схватки уступали мѣсто правильнымъ ритмическимъ сокращеніямъ матки, продолжительность которыхъ колебалась отъ $\frac{3}{4}$ до 1 мин., а паузы въ среднемъ равнялись $\frac{1}{2}$ —1 минутѣ. По мѣрѣ ослабленія дѣйствія питуитрина паузы дѣлались длиннѣе, сила и продолжительность схватокъ падали. Если вприскиваніе повторялось, повторялась и вся картина въ такомъ же порядкѣ. Чѣмъ значительнѣе открытіе звѣва, тѣмъ дѣйствіе питуитрина, по наблюденіямъ Jaeger'a, оказывается энергичнѣе. Кровяное давленіе послѣ питуитрина замѣтно повышается (на 10-20 mm. протавъ первоначальной высоты), но приблизительно черезъ часъ возвращается къ нормѣ. Далѣе, послѣ вприскиванія питуитрина всегда замѣтно бываетъ замедленіе сердцебіенія ребенка. Одинъ разъ число ударовъ сердца пало до 40 въ минуту, безъ всякаго, однако, вреда для ребенка. Въ концѣ своей работы авторъ резюмируетъ свои наблюденія слѣдующимъ образомъ:

1. Питуитринъ въ періодъ раскрытія дѣйствуетъ лучше, если у первородящихъ зѣвъ раскрытъ приблизительно на дѣтскую ладонь, а у многородящихъ,—если онъ проходимъ для 2 пальцевъ. Если питуитринъ впрыскивался до начала схватокъ, то его дѣйствіе было очень короткимъ и непродолжительнымъ.

2. Въ періодъ изгнанія питуитринъ во многихъ случаяхъ можетъ замѣнить щипцы.

3. Показаніемъ къ примѣненію питуитрина могутъ служить: вторичная слабость схватокъ, слабость схватокъ вслѣдствіе сильнаго растяженія матки (hydramnion, двойни), лихорадка матери.

4. Для избѣжанія ожидаемыхъ разстройствъ въ послѣдовомъ періодѣ слѣдуетъ впрыскивать питуитринъ незадолго до рожденія ребенка.

5. Если роды послѣдуютъ приблизительно черезъ часъ послѣ впрыскиванія питуитрина, то нужно рассчитывать на возможность атоническаго кровотеченія. Послѣдовый періодъ въ такихъ случаяхъ требуетъ особенно тщательнаго наблюденія.

6. Для леченія атоническихъ кровотеченій мы владѣемъ, помимо питуитрина, другими средствами, которыя дѣйствуютъ такъ же хорошо, если еще не лучше питуитрина.

Hofbauer въ своемъ докладѣ на засѣданіи Verein'a f. wissenschaftliche Heilkunde въ Кѣнигсбергѣ сдѣлалъ нѣсколько новыхъ указаній по поводу питуитриновой терапіи. Оказывается, при внутривенномъ примѣненіи питуитрина черезъ нѣсколько секундъ наступаетъ тетаническое сокращеніе матки, которое, впрочемъ, скоро проходитъ, замѣняясь нормальными ритмическими сокращеніями. Внутривенныя впрыскиванія питуитрина, кромѣ того, всегда сопровождаются потѣніемъ роженицы. Питуитринъ вызываетъ маточныя сокращенія и во время наркоза: по мнѣнію Hofbauer'a, комбинація питуитрина и павтопона—идеальное средство. Инфекціонная лихорадка не служитъ противопоказаніемъ для примѣненія питуитрина. У старыхъ первобеременныхъ питуитринъ не даетъ эффекта, но и у нихъ, если онъ и не вызываетъ схватокъ, то во всякомъ случаѣ мобилизуетъ матку, дѣлая ее болѣе чувствительной къ раздраженію. Въ заключеніе доклада Hofbauer высказываетъ, что въ качествѣ показаній для примѣненія питуитрина могутъ служить слѣдующія аномаліи: 1) первичная и вторичная слабость потугъ, 2) незначитель-

ныя степени суженія таза, 3) лихорадка и угрожающая элампсія, 4) placenta praevia lateralis послѣ разрыва пузыря, 5) лицевое и ягодичное предлежанія. Кромѣ того, питуитринъ можетъ быть примѣняемъ тамъ, гдѣ желательно возможно быстрѣе окончить роды безъ достаточныхъ врачебныхъ къ тому показаній. Однако въ такихъ случаяхъ, по мнѣнію докладчика, можно ждать неудачи.

Присутствовавшій въ засѣданіи Verein'a Schütze замѣтилъ, что онъ въ одномъ случаѣ примѣненія питуитрина при раннемъ разрывѣ пузыря не видѣлъ отъ этого средства никакого дѣйствія; даже доза въ 4 вуб. сант., въ теченіе двухъ дней подрядъ, не вызвала схватокъ.

Hofbauer подтвердилъ данныя Schütze. При разрывѣ пузыря питуитринъ дѣйствуетъ, по его наблюденіямъ, только въ томъ случаѣ, если онъ примѣняется тотчасъ послѣ разрыва, а не много часовъ спустя.

Parisot и Spire на основаніи своихъ наблюденій надъ дѣйствіемъ экстракта hypophysis cerebri сообщаютъ, что экстрактъ этотъ не далъ имъ такихъ блестящихъ результатовъ, какіе получены другими авторами. Необходимо, однако, замѣтить, что они пользовались вытяжкой изъ всего мозгового придатка, а не изъ задней только его части. Такая вытяжка былъ примѣнена ими, во-первыхъ, въ 4 случаяхъ вторичной слабости потугъ—2 раза въ періодѣ раскрытія и 2—въ періодѣ изгнанія; изъ этихъ 4 случаевъ въ одномъ не получилось никакого дѣйствія, въ 3 же остальныхъ наблюдалось лишь небольшое усиленіе и учащеніе схватокъ, не отразившееся на ходѣ родовъ. Далѣе Parisot и Spire примѣнили вытяжку въ 2 случаяхъ аборта, но опять-таки безъ успѣха. Лучшіе результаты получили они, примѣняя вытяжку съ цѣлью вызвать произвольное мочеиспусканіе во время родовъ и въ послѣдовомъ періодѣ: изъ 4 случаевъ этого рода въ 3 цѣль примѣненія вытяжки была достигнута.

Anderes (Цюрихъ) сообщаетъ о 7 случаяхъ благоприятнаго дѣйствія питуитрина при нормальныхъ родахъ и при акушерскихъ операціяхъ.

Richter въ клиникѣ проф Schauta (Вѣна) провѣрилъ вліяніе питуитрина на сокращенія матки при родахъ. Всего онъ провелъ съ питуитриномъ Parke a. Davis до 50 случаевъ. Авторъ примѣнялъ препаратъ исключительно въ

формѣ подкожныхъ впрыскиваній по 1 куб. сант. pro dosi, причемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ дозы пришлось повторять, а въ одномъ случаѣ—даже повторить двукратно. Показаніемъ для примѣненія питуитрина служили главнымъ образомъ слабая схватки или прекращеніе ихъ въ теченіе родовъ. Въ 29 случаяхъ питуитринъ былъ примѣненъ въ періодѣ раскрытія, въ 16—въ періодѣ изгнанія и 5 разъ—при абортѣ (3 раза для вызыванія искусственнаго выкидыша и 2 раза при начавшемся абортѣ). Наблюденія эти привели автора къ выводу, что питуитринъ при выкидышахъ не оказываетъ желательнаго дѣйствія, въ концѣ же беременности и при родахъ онъ, какъ средство, усиливающее родовыя боли, оказываетъ незамѣнимыя услуги, причемъ особенной разницы между первородящими и повторнородящими въ отношеніи дѣйствія питуитрина авторъ не видѣлъ. Обычно дѣйствіе этого средства наступаетъ черезъ 5—10 мин. послѣ впрыскиванія, причемъ схватки слѣдуютъ одна за другой съ правильными промежутками; только въ одномъ случаѣ наблюдалось тетаническое сокращеніе матки въ продолженіе 10 минутъ. Въ I періодѣ родовъ ортішм дѣйствія питуитрина падаетъ на моментъ раскрытія зѣва на 3—4 пальца при сглаженной шейкѣ. Въ періодѣ изгнанія средство всегда даетъ хорошій эффектъ, хотя въ двухъ случаяхъ пришлось роды закончить щипцами въ виду замедленія сердцебіенія плода, которое, впрочемъ, началось еще до впрыскиванія питуитрина. Атоническихъ кровотеченій въ послѣдовомъ періодѣ авторъ не видѣлъ; напротивъ, при такихъ кровотеченіяхъ и при кровотеченіяхъ post partum питуитринъ оказывалъ ему хорошія услуги.

По наблюденіямъ Nagy (Будапештъ), питуитринъ оказываетъ хорошія услуги въ послѣдовомъ періодѣ и еще лучшія—при атоническихъ кровотеченіяхъ post partum. Что касается примѣненія этого средства въ первые два періода родовъ, то, по мнѣнію автора, необходимо прежде всего рѣшить вопросъ, не отклоняются-ли вызываемыя питуитриномъ маточныя сокращенія отъ нормальныхъ физиологическихъ схватокъ. Nagy наблюдалъ, что нерѣдко схватки послѣ впрыскиванія питуитрина слѣдуютъ такъ быстро другъ за другомъ, почти безъ всякихъ паузъ, и продолжаютъ такъ долго, что маточная мускулатура находится въ постоянномъ тоническомъ сокращеніи. Правда, такое состояніе обычно не бываетъ чрезчуръ продолжитель-

нымъ, скоро наступаетъ правильная, ритмическая родовая дѣятельность, но все-таки его слѣдуетъ классифицировать, какъ тетаническое. Необходимо провѣрить значеніе этого тетаническаго сокращенія для ребенка. На g у отмѣчаетъ паденіе числа сердечныхъ тоновъ ребенка послѣ выпрыскиванія питуитрина. По мнѣнію автора, это—не случайное явленіе; такъ, въ одномъ случаѣ двоенъ замедленіе сердцебіенія наблюдалось одинаково у обоихъ плодовъ. Разумѣется, это тетаническое сокращеніе матки представляетъ большую опасность въ періодѣ раскрытія, чѣмъ во второмъ періодѣ родовъ, когда можно быстро придти на помощь плоду щипцами.

На g е r сообщаетъ о примѣненіи питуитрина въ одномъ случаѣ родовъ переносеннымъ плодомъ, окончившихся самостоятельнымъ рожденіемъ ребенка вѣсомъ въ 4225 грм. (длина его равнялась 55 сант., головки—37 сант.).

K u r f e r b e r g въ засѣданіи Врачебнаго Kreisverein'a въ Майнцѣ сдѣлалъ докладъ о потужныхъ и болеутоляющихъ средствахъ, примѣняемыхъ въ современномъ акушерствѣ. Въ числѣ первыхъ онъ рекомендуетъ, наряду съ хининомъ, питуитринъ и питугландолъ. Эти средства, однако, по мнѣнію автора, слѣдуетъ примѣнять только въ концѣ періода раскрытія и во время періода изгнанія. Для вызванія родовъ, въ начальныхъ стадіяхъ I періода ихъ, а также въ послѣдовомъ періодѣ ни питуитринъ, ни питугландолъ непригодны.

Н а u s h и М e y e r, примѣнившіе питуитринъ въ 36 случаяхъ клинической практики (въ Копенгагенскомъ родильномъ домѣ) и В г а s e r, наблюдавшій дѣйствіе средства въ 12 случаяхъ изъ частной практики, пришли къ заключенію, что питуитринъ является цѣннымъ средствомъ для усиленія родовыхъ схватокъ. Никакихъ значительныхъ неприятныхъ побочныхъ явленій при употребленіи его авторы не замѣчали. По мнѣнію ихъ питуитринъ можно употреблять одновременно съ акушерскимъ наркозомъ. Для вызванія преждевременныхъ родовъ и выкидыша, повидимому, онъ непригоденъ. Въ 4 случаяхъ средство было съ прекраснымъ результатомъ примѣнено при *placenta praevia partialis*.

R i e s k (Майнцъ) на основаніи одного своего случая пришелъ къ выводу, что питуитринъ, какъ потужное средство, не долженъ быть употребляемъ въ частной практикѣ. Случай этотъ имѣлъ мѣсто у рожавшей преждевременно (на

VIII мѣсяцъ?) II-parae. Воды сошли два дня тому назадъ. Изслѣдованіе показало, что предлежитъ головка, шейка еще не сглажена, зѣвъ едваходимъ для двухъ пальцевъ. Раньше въ такихъ случаяхъ авторъ кончалъ роды при помощи комбинированнаго поворота, но теперь рѣшилъ попробовать питуитринъ. Послѣдній былъ впрыснутъ подъ кожу въ количествѣ $7\frac{1}{2}$ дѣлений Pra vatz'евского шприца (1 куб. сант. = 0,2 свѣжей железы). Черезъ 15 мин. наступили схватообразныя боли, и положенная на матку рука стала ясно ощущать маточныя сокращенія. Сначала схватки были каждыя 3 минуты, затѣмъ постепенно ослабѣли и черезъ 6 часовъ прекратились совершенно. Пришлось повторить впрыскиваніе. Послѣ новаго впрыскиванія опять развилось схватообразное состояніе, которое въ теченіе 4 часовъ не подвинуло, однако, родовъ впередъ. Между тѣмъ при изслѣдованіи оказалось, что положеніе вещей измѣнилось довольно своеобразно. Если раньше плодъ опредѣлялся тотчасъ надъ симфизомъ, причемъ матка была достаточно вытянута въ длину, то теперь послѣдняя сильно сократилась и прощупывалась въ формѣ шара, величиною съ дѣтскую головку, около пупка. При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось, что еще не сглаженная portio vaginalis вытянута кверху позади симфиза, рукавъ также сильно вытянутъ, маточный зѣвъ едва пропускаетъ два пальца, матка плотно обхватываетъ головку со всѣхъ сторонъ. Такимъ образомъ, возникла продолжительная контрактура матки, по своему характеру напоминавшая tetanus uteri. И дѣйствительно, нормальныя паузы между отдѣльными сокращеніями матки совершенно отсутствовали. Роженица указывала, когда начиналась боль и когда кончалась, но разницы между напряженной мускулатурой и расслабленной опредѣлить было нельзя. При такихъ условіяхъ, по мнѣнію автора, ему не оставалось дѣлать ничего другого, какъ попробовать произвести поворотъ. Влагалище было такъ вытянуто, что для выполненія операціи пришлось войти въ него всей рукой. Зѣвъ оказался очень ригиднымъ, и матка—такъ тѣсно обхватившею плодъ, что нуженъ былъ глубокій наркозъ и много усилій, чтобы захватить и низвести ножку. Поворотъ удался съ большимъ трудомъ. Послѣ низведенія ножки роды продолжали въ теченіе 6 часовъ оставаться in statu quo. Маточный зѣвъ продолжалъ быть раскрытымъ не больше, чѣмъ на монету въ 5 марокъ.

Пришлось прибѣгнуть къ перфорации послѣдующей головки. Послѣдовый періодъ—безъ кровотеченія. По мнѣнію автора питуитринъ въ данномъ случаѣ не только не помогъ, а ухудшилъ положеніе. Вообще по своему дѣйствию онъ, по Riesck'y, ничѣмъ не отличается отъ эрготина.

Stiassny употреблялъ питуитринъ, какъ antidotum, при полуснѣ во время родовъ, чтобы компенсировать задерживающее родовую дѣятельность матки дѣйствіе скополаминъ-морфія.

Benthin, въ елиніѣ проф. Walthard'a (франк-фуртъ), наблюдалъ дѣйствіе питуитрина въ 40 случаяхъ, изъ которыхъ въ первыхъ 10 примѣнялся препаратъ Wellcome'a, а въ остальныхъ—питугландолъ Roche'a. Впрыскиванія дѣлались сначала интрамускулярно, а затѣмъ,—съ болѣе быстрымъ результатомъ,—подкожно. Передъ впрыскиваніемъ шприцъ и канюля промывались физиологическимъ растворомъ поваренной соли. Количество вводимого средства колебалось отъ $1 \times 0,5$ до 5×1 куб. сант. Наблюденія записывались на таблицахъ схватокъ по Schatz'y. Маточныя сокращенія констатировались рукой. Кимографическихъ измѣреній сдѣлано не было. По заключеніямъ автора, дѣйствіе экстракта huporphysis сводится къ увеличенію числа схватокъ и къ удлинненію ихъ продолжительности. Въ 4 случаяхъ авторъ наблюдалъ тетаническія сокращенія матки, продолжавшіяся 420 сек. Такія сокращенія наступали только послѣ первыхъ впрыскиваній питуитрина. Кумулятивнаго дѣйствія послѣдняго не наблюдалось. Будучи примѣненъ въ концѣ беременности,—но только въ концѣ,—экстрактъ изъ huporphysis себѣггі вызывалъ, за нѣкоторыми исключеніями, предвѣщающія потуги, усиливая ихъ, если таковыя уже имѣлись, причемъ, чѣмъ ближе беременность была къ концу, тѣмъ сильнѣе проявлялось дѣйствіе средства. Если до конца беременности было еще далеко, и схватокъ не было, то даже большія повторныя дозы экстракта не въ состояніи были вызвать ихъ.

Анализируя вліяніе питуитрина на предвѣщающія потуги и сравнивая его съ дѣйствіемъ средства на родовыя схватки, Benthin нашелъ здѣсь существенную разициу,—разициу настолько значительную, что она можетъ служить для отличія предродовыхъ схватокъ отъ настоящихъ родовыхъ. Какъ

извѣстно, предвѣщающія потуги или схватки беременности далеко не всегда можно отличить от родовых схватокъ. Онѣ могутъ раскрыть зѣвъ на величину пятимарковой монеты, далѣе, онѣ могутъ обусловить разрывъ плоднаго пузыря, онѣ могутъ быть, наконецъ, такими же болѣзненными, продолжительными и частыми, какъ и настоящія родовыя схватки. Для дифференціального діагноза Schatz въ свое время предложилъ давать chin. sulf. $2 \times 0,25$, который усиливаетъ и учащаетъ родовыя схватки. Но хининъ, по мнѣнію Benthin'a, дѣйствуетъ слабо, и его лучше замѣнять экстрактомъ изъ *hypophysis cerebri*. Повторными впрыскиваніями послѣдняго можно вызывать схватки беременности и продлить ихъ въ теченіе продолжительнаго времени, можно даже вызвать разрывъ пузыря; и все-таки, несмотря на новыя впрыскиванія экстракта, сокращенія матки постепенно прекратятся, разъ это были только схватки беременности. Если во времени впрыскиванія экстракта беременная находится уже въ началѣ родовъ, то, подъ вліяніемъ впрыскиваній, схватки усиливаются, родовая актъ начинаетъ прогрессировать, и дѣло доходитъ до изгнанія плода. Эффектъ особенно ясенъ тамъ, гдѣ открытіе зѣва достигло извѣстной величины, а именно, если зѣвъ раскрытъ до величины 2—3-марковой монеты.

Помимо указаннаго дифференціально-діагностическаго значенія питугландолъ, по мнѣнію Benthin'a, имѣетъ и большее терапевтическое значеніе. Онъ является, прежде всего, прекраснымъ средствомъ при атоническихъ схваткахъ въ періодѣ раскрытія. Граммъ питугландола вызываетъ въ этихъ случаяхъ сокращенія, продолжающіяся до окончанія родовъ. Такия же услуги оказываетъ питугландолъ и въ періодѣ изгнанія. При этомъ параллельно съ увеличеніемъ числа, интенсивности и продолжительности схватокъ усиливается и рефлекторная дѣятельность брюшнаго пресса. Последнее обстоятельство очень важно—тѣмъ болѣе, что автору никогда не приходилось наблюдать отъ питугландола ухудшенія сердечныхъ тоновъ плода. Впрочемъ возможность тетануса матки заставляетъ быть осторожнымъ. Вліяніе экстракта изъ *hypophysis cerebri* на послѣдовій періодъ также небезупречно: въ четырехъ случаяхъ авторъ наблюдалъ послѣ при-мѣненія питугландола послѣродовыя кровотеченія. Правда, въ одномъ случаѣ атонія матки не стояла въ причинной

связи съ дѣйствиємъ средства, но про три остальныхъ случая можно самое меньшее сказать, что экстрактъ изъ *hypophysis segeti* не всегда бываетъ въ состояніи противодѣйствовать расслабленію матки *per* послѣродовому кровотеченію. При начинающемся абортѣ авторъ имѣлъ мало наблюденій съ питугландолемъ. Онъ можетъ лишь сказать, что вліяніе экстракта изъ мозгового придатка въ данномъ отношеніи аналогично вліянію его на роды: если схватки имѣются, питугландоль ихъ усиливаетъ, причемъ выталкиваніе плоднаго яйца, конечно, ускоряется; если схватки были, но временно прекратились, ихъ можно съ помощью питугландола вызвать снова; но если схватокъ совсѣмъ не было, то и большія дозы питугландола не въ состояніи вызвать никакихъ сокращеній,

Какъ уже упоминалось выше, *Stiassny* предложилъ примѣнять питуитринъ при слабости родовыхъ схватокъ, вызванной пантопонъ-скополаминовымъ наркозомъ. Въ четырехъ случаяхъ *Benthin's* единичная доза въ 0,5—0,6 куб. сант. питугландола дѣйствительно при подобныхъ условіяхъ оказала успѣшнѣйшій эффектъ. Въ одномъ случаѣ, правда, ребенокъ родился въ *oligorное*, но это, по мнѣнію автора, слѣдуетъ отнести на счетъ не питугландола, а пантопонъ-скополамина.

Voigt (Геттингенъ) опубликовалъ работу о питуитринѣ, въ основу которой легли 38 наблюденій надъ дѣйствиємъ этого средства. Авторъ прежде всего ставитъ вопросъ, — можно-ли считать маточныя сокращенія, вызванныя экстрактомъ изъ мозгового придатка, аналогичными тѣмъ правильнымъ, такъ наз. хорошимъ схваткамъ, которыя наблюдаются при нормальныхъ родахъ. На этотъ вопросъ *Voigt* отвѣчаетъ отрицательно. Онъ отмѣчаетъ, что маточныя сокращенія черезъ 9—15 мин. послѣ вприскиванія питуитрина носятъ болѣе или менѣе выраженный тетаническій характеръ, причемъ ихъ продолжительность и подобная камню твердость матки прямо внушаютъ опасенія. Не наблюдалъ авторъ послѣ питуитрина и той постепенности въ нарастаніи силы схватокъ, какая бываетъ при нормальной родовой дѣятельности. Сердцебиеніе плода, даже и при цѣломъ пузырьѣ, послѣ питуитрина рѣзко замедляется. Наконецъ, никогда автору не приходилось такъ часто наблюдать отхожденіе меконія при родахъ, какъ послѣ употребленія разбираемаго средства. Все это, по мнѣнію *Voigt's*, говоритъ за то, что при сокраще-

ніяхъ матки, находящейся подъ дѣйствіемъ питуитрина, дѣло идетъ о чемъ-то другомъ, а не о физиологическихъ сильныхъ схваткахъ. Противопоказаніями къ примѣненію питуитрина должны, по Voigt'у, служить заболѣванія сердца и почекъ у роженицъ; нельзя также давать его при рѣзкомъ несоотвѣтствіи между тазомъ и головкой плода (сильныя суженія таза, слишкомъ большая головка, неблагопріятныя вставленія ея, уродства плода и т. д.). Далѣе, питуитринъ противопоказанъ при повышенной возбудимости матки, при которой достаточно легкаго раздраженія, чтобы вызвать судорожныя сокращенія. Нѣтъ смысла примѣнять его и при такъ наз. первичной слабости схватокъ, гдѣ, кромѣ усиленія болѣзненныхъ схватокъ, онъ ничего другого не даетъ. Напротивъ, его можно примѣнить, въ небольшихъ дозахъ, при медленномъ раскрытіи зѣва, вмѣстѣ съ кольтейринтеромъ. Если первоначально нормальныя схватки ослабѣютъ, наступятъ схватки незначительной продолжительности, съ короткими интервалами, то въ подобныхъ случаяхъ также можно примѣнять питуитринъ—лучше, по мнѣнію автора, одновременно съ морфіемъ (0,01—0,015). При вторичной слабости схватокъ питуитринъ показанъ въ томъ случаѣ, когда всѣ другія средства оказались безуспѣшными. Примѣнялъ Voigt питуитринъ и для возбужденія преждевременныхъ родовъ—вмѣстѣ съ метрейризомъ. Нѣкоторые авторы рекомендуютъ также назначать питуитринъ при атоническихъ кровотеченіяхъ послѣ родовъ; Voigt находитъ, однако, что для этой цѣли акушерская терапія обладаетъ болѣе вѣрными и надежно дѣйствующими средствами.

Тигеръ (Вильна) на основаніи данныхъ изъ литературы и случаевъ изъ своей практики (до 25) дѣлаетъ общія заключенія относительно примѣненія питуитрина. Чтобы легче было ориентироваться, авторъ разбираетъ примѣненіе этого средства по періодамъ, отъ начала беременности до конца пуэрперія. Собственныя наблюденія автора, однако, относятся къ употребленію питуитрина лишь во время родовъ. Въ частности въ періодѣ раскрытія (съ водами и безъ водъ) питуитринъ примѣнялся, при слабыхъ боляхъ, 6 разъ, и нельзя сказать, чтобы съ блестящими результатами: боли въ общемъ усиливались, дѣлались болѣе частыми и продолжительными, но чтобы раскрытіе зѣва подвигалось впередъ осо-

бенно сильно,—авторъ этого не замѣчалъ. Особенно въ началѣ родовъ, когда шейка еще несовсѣмъ сглажена, и зѣвъ только начинаетъ раскрываться, питуитринъ, по наблюденіямъ Тигера, не всегда оказывается дѣйствительнымъ: приходится впрыскивать его раза 2—3, иногда и больше, и такія количества его все-таки часто оказываются недостаточными, чтобы довести роды до конца. Если же зѣвъ открытъ у первородящихъ приблизительно на 4 пальца, а у повторнородящихъ—на 2 пальца, то питуитринъ при слабости болей (все равно,—первичной или вторичной) почти всегда оказываетъ хорошее дѣйствіе въ смыслѣ ускоренія родовъ. Особенно рѣзкимъ является дѣйствіе питуитрина при достаточномъ раскрытіи матки и при отошедшихъ водахъ въ періодѣ изгнанія—отъ 1,0 питуитрина въ случаяхъ, гдѣ вслѣдствіе слабости болей роды продолжались уже много часовъ—отъ 12 до 36,—быстро, черезъ 5 мин., появлялись сильныя, частыя схватки, съ правильными паузами, и одновременно развивалась энергичная потужная дѣятельность брюшного пресса, послѣ чего роды быстро (въ 20 мин.—1 часъ) приходили къ концу. Въ послѣдовомъ періодѣ питуитринъ авторомъ не впрыскивался. Періодъ этотъ послѣ призмѣненія питуитрина проходитъ обыкновенно благополучно, но иногда (по мнѣнію автора, чаще, чѣмъ безъ питуитрина) осложняется кровотечениями. Такое кровотеченіе въ послѣдовомъ періодѣ Тигеръ имѣлъ два раза. Причина такихъ кровотеченій, по его мнѣнію, можетъ быть двойная: или послѣ бурныхъ маточныхъ сокращеній наступаетъ реакція, расслабленіе матки, или вслѣдствіе сильныхъ болей и сокращеній матки, продолжающихся иногда и послѣ рожденія плода, происходитъ частичное отдѣленіе послѣда. Въ своихъ случаяхъ кровотечения авторъ замѣтилъ, что стоило ему чуть прикоснуться къ маткѣ, какъ сейчасъ же она становилась твердой, и кровотеченіе прекращалось. На теченіи послѣдоваго періода дѣйствіе питуитрина сказывается превосходно: при наступившей атоніи матки достаточно легкаго массажа или простого дотрогиванія до нея, чтобы она хорошо сократилась. Что касается, наконецъ, мочегоннаго дѣйствія питуитрина, то наблюденія автора показали, что онъ вызываетъ произвольное опорожненіе пузыря, т. е. дѣйствуетъ, какъ мочегонное, повидимому, лишь въ послѣродовомъ періодѣ.

Конечные выводы, къ которымъ приходитъ Тигеръ въ своей работѣ, формулированы имъ слѣдующимъ образомъ:

1. Питуитриновая терапія, хотя еще находится въ стадіи предварительной разработки, занимаетъ уже опредѣленное мѣсто.

2. Питуитринъ, введенный въ организмъ рожевицы, несомнѣнно усиливаетъ родовыя боли.

3. Совершенія матки отличаются строгой ритмичностью и смѣняются совершеннымъ расслабленіемъ матки, безъ малѣйшаго сходства со столбнякомъ.

4. Питуитринъ неядовитъ и даже въ большихъ дозахъ не вреденъ ни въ какомъ отношеніи ни для матери, ни для плода.

5. Питуитринъ противопоказанъ въ случаяхъ значительнаго препятствія со стороны крестцаго таза, при растяженіи нижняго сегмента и тѣмъ болѣе при угрожающемъ разрывѣ матки.

6. Примѣненіе питуитрина должно быть только въ рукахъ врача, а не можетъ быть поручено акушеркѣ, такъ какъ надо при каждомъ случаѣ индивидуализировать дозы и кромѣ того надо слѣдить за сердцебіеніемъ плода.

7. Питуитринъ при слабости болей и продолжительности родовъ въ большинствѣ случаевъ можетъ замѣнить щипцы, чѣмъ мы можемъ избавить роженицу отъ излишнихъ страданій и отъ могущихъ произойти вредныхъ послѣдствій какъ для матери, такъ и плода при оперативномъ пособіи, какъ бы хорошо и тщательно оно ни было слѣлаво.

Въ клиникѣ проф. Sellheim'a (Тюбингенъ) было произведено до 30 наблюденій наъ вытяжкой изъ мозгового придатка, о чемъ сообщаетъ въ своей работѣ Eisenbach. На основаніи этого матеріала Eisenbach прежде всего отмѣчаетъ непостоянство дѣйствія экстракта. Причины для этого авторъ указываетъ нѣсколько. Во-первыхъ, не установлена точно дозировка препарата: одни наблюдатели примѣняли слабыя дозы, другіе—болѣе сильныя, нѣкоторые—и очень высокія. Не выработаны также и показанія къ примѣненію этого средства: его примѣняютъ и въ періодѣ раскрытія, и въ періодѣ изгнанія, причемъ подборъ случаевъ отличается крайнимъ разнообразіемъ и непостоянствомъ. Затѣмъ, такъ какъ вытяжка изъ hypophysis cerebri повышаетъ возбуди-

мость матки („сенсibiliзирует“ ее), и собственно только этимъ объясняется ея способность вызывать *resp.* усиливать схватки, то въ этомъ обстоятельствѣ нужно видѣть новую причину непостоянства дѣйствія: возбудимость матки въ разные періоды беременности и у разныхъ людей индивидуально различна. Наконецъ, гормонъ *hypophysis cerebri*, по мнѣнію автора, по существу не можетъ обладать постоянствомъ своего состава, а слѣдовательно, и дѣйствія: какъ мы знаемъ, функція железъ съ внутренней секреціей у разныхъ индивидуумовъ и въ разное время различна, а поэтому количество (концентрація) и качество гормоновъ также подвержены значительнымъ колебаніямъ. Eisenbach примѣнялъ вытяжку, именно, въ формѣ питугландола, 12 разъ въ первомъ періодѣ родовъ, 4 раза—въ періодѣ изгнанія, 12 разъ—въ послѣдовомъ періодѣ и 2 раза—для вызванія искусственнаго аборта. Если разсматривать всѣ эти случаи въ совокупности, то изъ общаго числа питугландолъ не оказалъ никакого дѣйствія въ двухъ случаяхъ (при абортахъ), въ 5 случаяхъ—отъ него получился только частичный эффектъ и въ 11 случаяхъ—вполнѣ удовлетворительное дѣйствіе. Въ 5 случаяхъ недостаточнаго дѣйствія питугландола дѣло шло о примѣненіи его въ періодѣ раскрытія—одинъ разъ у I-para и 4 раза у многорожавшихъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ послѣ впрыскиванія питугландола или совсѣмъ не наступало родовой дѣятельности, или послѣдняя была недостаточна для окончанія родовъ. Въ 11 случаяхъ удовлетворительнаго дѣйствія питугландола 7 разъ препаратъ былъ примѣненъ у многорожавшихъ при слабости схватокъ въ періодѣ раскрытія зѣва, причемъ продолжительность родовъ послѣ впрыскиванія равнялась 3—8 часамъ, а 4 раза питугландолъ былъ испробованъ при слабости схватокъ въ періодѣ изгнанія у первороженицъ—всегда съ хорошимъ результатомъ: продолжительность родовъ послѣ инъекціи равнялась 1—2 часамъ. Но особенно хорошіе результаты получилъ Eisenbach отъ примѣненія питугландола въ послѣдовомъ періодѣ. Авторъ горячо рекомендуетъ примѣнять это средство при атовическихкихъ кровоотеченіяхъ—тамъ, гдѣ эрготинъ не оказываетъ никакого дѣйствія. Примѣнявшаяся имъ доза питугландола равнялась 1—2 куб. сант. (1 куб. сант.=0,1 железъ). Вызываемая этимъ средствомъ родовая дѣятельность всегда носила

физиологическій характеръ: ни судоржныхъ схватокъ, ни *Wehensturm* авторъ не наблюдалъ. Первые схватки въ среднемъ наступали черезъ 3—10 мин. послѣ выпрыскиванія, въ теченіе получаса обычно достигали maximum'a, а затѣмъ въ продолженіи 1—2 часовъ постепенно затихали. Какихъ-либо вредныхъ побочныхъ дѣйствій отъ питугландола ни для матери, ни для плода авторъ не видѣлъ. Въ заключеніе *Eisenbach* приходитъ къ выводу, что въ настоящее время питугландолъ является лучшимъ средствомъ для возбужденія потужной дѣятельности матки. При правильномъ выборѣ случаевъ и правильной дозировкѣ почти при всѣхъ случаяхъ слабости схватокъ онъ даетъ хорошіе результаты. Благодаря примѣненію питугландола многія операціи (щипцы, метрейризы) уменьшатся въ своей частотѣ. Особо можно рекомендовать это средство для борьбы съ атоническими кровотеченіями. Для вызванія искусственнаго выкидыша вытяжка изъ мозгового придатка является непригодной.

Въ засѣданіи Киевскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества Новиковъ сообщилъ нѣсколько наблюденій надъ дѣйствіемъ питуитрина. Послѣдній былъ примѣненъ въ 10 случаяхъ: 7 разъ—при слабости родовыхъ болей, 2 раза—для вызванія преждевременныхъ родовъ и 1 разъ—при длительной задержкѣ мочеиспусканія. Вреднаго вліянія средства на ребенка и на мать авторъ не наблюдалъ. При вызваніи преждевременныхъ родовъ оказалось, что введенный въ полость матки раздражитель въ видѣ бужа или метрейринтера въ сочетаніи съ питуитриномъ дѣйствуетъ вѣрнѣе, чѣмъ безъ питуитрина. При слабости схватокъ питуитринъ неизмѣнно усиливалъ ихъ и доводилъ роды до конца. Примѣненіе питуитрина при послѣродовыхъ кровотеченіяхъ, по мнѣнію Новикова, едва-ли получить когда-либо широкое распространеніе въ виду того, что требуется выждать извѣстный промежутокъ времени до появленія сокращающаго дѣйствія препарата. Какъ мочегонное, питуитринъ въ одномъ случаѣ далъ очень хорошій результатъ: въ этомъ случаѣ больная, родившая 3 недѣли назадъ, ни разу послѣ родовъ не могла помочиться самостоятельно, когда же ей было выпрыснуто 0,8 питуитрина,—черезъ 20 мин. больная впервые помочилась.

Grünbaum (Нюренбергъ) считаетъ появленіе вытяжки изъ мозгового придатка въ акушерской терапіи прогрессомъ

въ консервативномъ акушерствѣ. Вытяжка дѣлаетъ излишними выходные щипцы и такимъ образомъ уменьшаетъ количество послѣродовыхъ лихорадочныхъ заболѣваній. Это послѣднее относится главнымъ образомъ къ частной практикѣ, гдѣ выходные щипцы далеко не являются такой безобидной операцией, какъ въ клиникѣ. Авторъ наблюдалъ нѣсколько случаевъ, гдѣ, благодаря питугландолу, была спасена жизнь ребенка. Сердечные тоны были очень слабы, для родоразрѣшительной операции было уже слишкомъ поздно, а послѣ выпрыскиванія питугландола роды благополучно оканчивались черезъ нѣсколько минутъ. Всего Gr ün va u m наблюдалъ 65 случаевъ родовъ подѣ дѣйствіемъ питугландола. Всѣ эти случаи онъ дѣлитъ на три группы: 1) случаи (53), въ которыхъ питугландоль былъ примѣненъ вслѣдствіе слабости или остановки схватокъ и повелъ къ самостоятельному окончанію родовъ; 2) случаи (7), гдѣ питугландоль усилилъ ослабѣвшую родовую дѣятельность, но не могъ замѣнить родоразрѣшительной операции, которою и были закончены роды; 3) случаи (5), въ которыхъ средство это оказалось совершенно неэффективнымъ. Изъ всѣхъ 65 случаевъ автору пришлось прибѣгнуть къ ручному отдѣленію послѣда въ двухъ. Одинъ разъ онъ наблюдалъ, далѣе, сильное послѣродовое кровотеченіе, которое могло быть остановлено только секакорниномъ, горячими спринцеваніями и тампонадой. Наконецъ, въ одномъ случаѣ авторъ наблюдалъ въ теченіе $3\frac{3}{4}$ часа разстройство сердечной дѣятельности роженицы послѣ троекратнаго выпрыскиванія питугландола по 1 куб. сант. (1 куб. сант. = 0,2 свѣжей железы). Однако это разстройство можно было отнести насчетъ 70-часовой родовой дѣятельности и отчасти насчетъ нарвоза (роды были окончены щипцами). На основаніи своихъ наблюденій Gr ün va u m пришелъ къ заключенію, что экстрактъ изъ hypophysis cerebri (питуитринъ, питугландоль, вапороль) является превосходнымъ средствомъ для усиленія схватокъ при полной ихъ остановкѣ. Средство это дѣйствуетъ тѣмъ интензивнѣе, чѣмъ дальше подвинулись роды, лучше же всего — тогда, когда зѣвъ совершенно раскрытъ. Для вызванія преждевременныхъ родовъ или для окончанія аборта оно не годится. Его вліяніе на послѣдовый періодъ также сомнительно.

Тгарі примѣнилъ питуитринъ и питугландоль у 178 рожениць и нашель, что оба препатата являются безвредными для здоровыхъ женщинъ. При нефритѣ и сердечныхъ порокахъ авторъ также не видѣлъ отъ нихъ дурныхъ послѣдствій. Во всякомъ случаѣ тамъ, гдѣ повышение кровяного давленія можетъ оказаться вреднымъ, слѣдуетъ быть осторожнымъ съ примѣненіемъ названныхъ средствъ. Атоническія кровотеченія въ послѣдовомъ и послѣродовомъ періодахъ могутъ быть предупреждены своевременнымъ назначеніемъ питуитрина. Опасность для ребенка послѣ впрыскиванія питуитрина можетъ быть устранена точнымъ наблюденіемъ за сердечными тонами. Нужно во время оперировать и не слишкомъ полагаться на питуитринъ. Препаратъ всего лучше дѣйствуетъ въ періодѣ изгнанія; наоборотъ, въ III періодѣ родовъ надежнѣе дѣйствуетъ эрготинъ. Для вызыванія аборта или преждевременныхъ родовъ питуитринъ непригоденъ.

Кготсхвилъ нашель, что питуитринъ и питугландоль лучше всего дѣйствуютъ во второмъ періодѣ родовъ. Примѣненіе ихъ умѣстно при раннемъ отхожденіи водъ и при плаценте праевія—въ соединеніи, конечно, съ соотвѣтствующей операцией. Вреднаго вліянія ни на мать, ни на ребенка оба средства не оказываютъ. При остеомаляціи питуитринъ вызываетъ только субъективное улучшеніе, но не излеченіе ¹⁾. Какъ *stypticum*, питуитринъ также не годится, развѣ только въ соединеніи съ другими средствами. Въ терапіи позднихъ послѣродовыхъ кровотеченій онъ, напротивъ, можетъ оказать существенную помощь. Въ качествѣ средства для вызыванія выкидыша и преждевременныхъ родовъ питуитринъ оказался недѣйствительнымъ.

Въ клиникѣ Strassmann'a (Берлинъ) экстрактъ изъ мозгового придатка, именно, валороль, былъ испробованъ въ 46 случаяхъ, которые и послужили матеріаломъ для сообщенія Кескеръа. Препаратъ примѣнялся или въ формѣ подкожныхъ, или въ формѣ интрамускулярныхъ впрыскиваній, причемъ разницы въ дѣйствіи его приведеніи тѣмъ или дру-

¹⁾ Въ литературѣ имѣется цѣлый рядъ сообщеній о примѣненіи питуитрина при остеомаляціи (Вав, Нец, Коен).

гимъ путемъ не замѣчалось. Введенный per os вапороль не дѣйствуетъ. Pro dosi вприскивалось 0,8 куб. سانت. препарата. Дѣйствіе обычно начиналось черезъ 5—10 мин. послѣ вприскиванія,—схватки замѣтно усиливались, слѣдовали быстро одна за другой; въ одномъ случаѣ наблюдались бурныя схватки („Wehensturm“), продолжившіяся, впрочемъ, короткое время, причемъ въ дальнѣйшемъ родовая дѣятельность приняла нормальный характеръ. Средняя продолжительность дѣйствія вапорола равнялась $\frac{3}{4}$ —1 часу, послѣ какового времени схватки становились рѣже, короче и менѣе болѣзненными. Повторныя дозы дѣйствовали, въ общемъ, слабѣе перваго вприскиванія, какъ въ отношеніи силы схватокъ, такъ и въ отношеніи продолжительности дѣйствія. Кумулятивнаго дѣйствія авторъ не замѣчалъ. По его наблюденіямъ, для того, чтобы получить хорошій эффектъ отъ инъекцій вапорола, необходимо, чтобы подлежащая часть стояла въ области внутренняго зѣва, и чтобы послѣдній былъ раскрытъ. При преждевременныхъ родахъ препаратъ даетъ сомнительные результаты, а при абортѣхъ оказывается совершенно недѣйствительнымъ. Побочныхъ дѣйствій, а тѣмъ болѣе вредныхъ, Кескеръ отъ вапорола не наблюдалъ. При послѣдовыхъ кровотеченіяхъ авторъ не имѣлъ случая испытать дѣйствіе этого средства. На вопросъ,—какимъ образомъ дѣйствуетъ вапороль на матку?—опредѣленнаго отвѣта авторъ не даетъ. Во всякомъ случаѣ, по его мнѣнію, вапороль не создаетъ какой-нибудь новой силы, онъ только мобилизуетъ запасную силу органа. Отсюда подняты показанія и противопоказанія для примѣненія этого препарата: его слѣдуетъ примѣнять главнымъ образомъ при первичной и вторичной слабости схватокъ, при такихъ же осложненныхъ родахъ, какъ hydrocephalus, Litzmann'овское склоненіе головки и пр., примѣненіе вапорола должно считаться противопоказаннымъ.

Hofbauer въ послѣдней своей работѣ о питуитринѣ даетъ обзоръ результатовъ, полученныхъ имъ послѣ опубликованія перваго сообщенія. Установившейся разовой дозой питуитрина онъ считаетъ 1 куб. سانت. (=0,2 свѣжей железы). Черезъ 10 мин., если эта доза не вызываетъ дѣйствія, можно повторить вприскиваніе. Токсическихъ явленій авторъ не наблюдалъ, хотя были случаи, когда въ теченіи 24 часовъ имъ были вприснуто свыше 7 куб. سانت. питуитрина. Вто-

ричныя дозы всегда дѣйствительны, когда-бы онѣ не примѣнялись. Тетаническихъ сокращеній матки авторомъ не наблюдалось за исключеніемъ бурныхъ схватокъ („Wehensturm“), которыя слѣдуютъ вслѣдъ за впрыскиваніемъ, продолжаютъ нѣсколько минутъ и въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ переходятъ въ типичныя маточныя сокращенія. Авторъ примѣнялъ препаратъ въ большинствѣ случаевъ подкожно. Интравенозное впрыскиваніе дѣйствуетъ быстрее, почему его слѣдуетъ примѣнять тамъ, гдѣ надо подѣйствовать моментально, или тамъ, гдѣ подкожныя впрыскиванія оказались безрезультатнымъ; но доза для интравенознаго впрыскиванія не должна превышать $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ куб. сант. питуитрина, причемъ даже и при такой дозѣ обычно наблюдается цѣлый рядъ побочных явленій: блѣдность лица, иногда легкой ціанозъ, потъ, чувство стѣсненія въ груди и т. д. Авторъ совѣтуетъ избѣгать при употребленіи питуитрина спирта и соды. Что касается показаній въ примѣненіи этого средства, то Hofbauer повторяетъ тѣ же показанія, какія онъ далъ въ своихъ первыхъ работахъ (см. выше). Онъ не совѣтуетъ примѣнять питуитринъ тамъ, гдѣ сильныя схватки нежелательны. По поводу атоническихъ кровотеченій, яко-бы вызываемыхъ питуитриномъ, Hofbauer отмѣчаетъ, что въ началѣ своихъ опытовъ съ питуитриномъ, когда впрыскивались малыя дозы, онъ нѣсколько разъ имѣлъ случай наблюдать атонію матки, при примѣненіи же большихъ дозъ въ настоящее время такого осложненія онъ не встрѣчалъ; но его мнѣнію, атонія послѣ питуитрина является, вѣроятно, слѣдствіемъ продолжающейся слабостью дѣятельности матки.

Hirsch (Страсбургъ) сообщаетъ о своихъ наблюденіяхъ надъ питуитриномъ, которыя онъ сдѣлалъ въ 32 случаяхъ родовъ. Онъ примѣнялъ исключительно препаратъ Parke'a и Davis'a, притомъ въ первыхъ 10 случаяхъ въ болѣе слабой концентраціи (1 куб. сант.=0,1 свѣжей железы); а въ послѣдующихъ—въ болѣе сильной (1 куб. сант.=0,2 свѣжей железы). Въ большинствѣ случаевъ авторъ употреблялъ питуитринъ при первичной и вторичной слабости схватокъ. 19 разъ препаратъ былъ примѣненъ при срочныхъ родахъ, 13—при преждевременныхъ и абортгахъ (11 разъ въ комбинаціи съ метрейризомъ) и въ 3 разъ—въ качествѣ профилактическаго средства при *sectio caesarea*. Авторъ подтвер-

ждаетъ высказанное въ литературѣ мнѣніе, что питуитринъ дѣйствуетъ тѣмъ лучше, чѣмъ дальше впередъ подвинулись роды. При преждевременномъ прерываніи беременности (абортъ, преждевременные роды) одинъ питуитринъ, по его мнѣнію, не можетъ служить надежнымъ средствомъ для вызванія родовой дѣятельности, но, какъ вспомогательное средство при метрeirизѣ, онъ оказываетъ хорошія услуги. Кромѣ того Нигсч рекомендуетъ примѣнять питуитринъ при кесарскомъ сѣченіи, какъ профилактическое средство для лучшаго сокращенія матки. Въ послѣдовомъ періодѣ секакорниа, по его наблюденіямъ, дѣйствуетъ лучше и надежнѣе питуитрина.

Въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Москвѣ Гусевъ сдѣлалъ докладъ относительно примѣненія питуитрина въ Московскомъ родовспомогательномъ заведеніи. Докладчикъ примѣнилъ питуитринъ (0,75) подкожно въ 48 случаяхъ для возбужденія родовой дѣятельности, главнымъ образомъ въ случаяхъ прекращенія ея. Нѣсколько разъ питуитринъ былъ примѣненъ съ успѣхомъ вмѣсто щипцовъ, 2 раза—при эклампсіи, 2 раза—для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, наконецъ, нѣсколько разъ былъ съ успѣхомъ примѣненъ при атоническихъ послѣродовыхъ кровотеченіяхъ. При выкидышахъ (въ 2 случаяхъ) средство это оказалось неэффективнымъ. На плодъ питуитринъ не оказывалъ плохого вліянія, такъ какъ во всѣхъ случаяхъ довлдчива дѣти родились живыми и здоровыми. Заболѣванія сердца, легкихъ и почекъ, по мнѣнію довлдчика, не служатъ противопоказаніемъ для примѣненія питуитрина.

Принявшій участіе въ преніяхъ по поводу доклада Роговъ замѣтилъ, что, примѣняя питуитринъ Рагке а. Давис и питугландоль Росчеа, онъ получилъ отъ нихъ слабый и скоропреходящій эффектъ, тогда какъ дѣйствіе питуитрина Уеллсонта оказалось очень рѣзкимъ.

Фалькъ, продѣлавъ нѣсколько опытовъ на кроликахъ и собакахъ, пришелъ къ заключенію, что питуитринъ играетъ роль перистальтическаго сократителя, не поднимая кровяного давленія.

Цивьяновъ примѣнялъ питуитринъ Рагке and Да-

vis въ акушерской клиникѣ и остался очень доволенъ полученными результатами.

Рагасче сообщаетъ въ своей работѣ о 8 случаяхъ примѣненія питуитрина съ хорошимъ результатомъ. По мнѣнію автора, питуитринъ является средствомъ, въ которомъ акушеры давно нуждались для возбужденія родовой дѣятельности матки; средство это обладаетъ точнымъ дѣйствіемъ и не даетъ нежелательныхъ осложнений.

Шлапоберскій (Шавли) приводитъ три случая примѣненія питуитрина, изъ которыхъ особенно интересенъ первый случай, гдѣ питуитринъ рядомъ съ полезнымъ оказалъ, по мнѣнію автора, и безусловно вредное дѣйствіе. Дѣло шло о пожилой (30 л.) первобеременной, у которой роды продолжались уже 12 час. Размѣры таза были нормальны. При изслѣдованіи лопнулъ околоплодный пузырь, причемъ появился въ обильномъ количествѣ первородный калъ; зѣвъ раскрытъ пальца на 3; сбоку прощупывалась небольшая петля пуповины, которую авторъ завелъ пальцемъ за край зѣва. Сердечные тоны слышны. Схватки слабыя. Для сна больной на ночь былъ данъ морфій и клораль-гидратъ. На слѣдующій день дѣтскихъ тоновъ неслышно; зѣвъ раскрытъ на 3 пальца, края толсты, пуповины нигдѣ нѣтъ. Головка еще во входѣ. Во время изслѣдованія авторъ немного растянулъ зѣвъ пальцами, причемъ получилъ ощущение, что зѣвъ съ лѣвой стороны какъ-бы начинаетъ рваться. Схватки очень слабыя. Впрыснуто 0,5 питуитрина. Послѣ впрыскиванія схватки немного усилились. Черезъ 5 часовъ акушерка впрыснула еще 1 ампулу питуитрина. Вечеромъ авторъ нашелъ, что головка стоитъ въ тазу, край зѣва прощупывается только немного справа, изъ влагалища слѣва виситъ черный лоскутъ, тоновъ сердца неслышно, схватки опять слабыя. Впрыснуть снова питуитринъ. Схватки опять усилились. На слѣдующій день положеніе головки тоже. Щипцы. Висящій лоскутъ отпалъ. Послѣ извлеченія головки было чрезвычайно трудно извлечь туловище. Ребенокъ мертвый, неособенно большой. Ручное отдѣленіе послѣда. Послѣродовой періодъ нормальный. По словамъ автора, ему не приходилось встрѣчать отщепленія зѣва головкой среди многихъ тысячъ родовъ. Такое разрушеніе тканей можно видѣть только при тяжелыхъ преждевременныхъ оперативныхъ пособіяхъ; въ данномъ же случаѣ оно

произошло, когда головки еще не трогали. Авторъ приписываетъ подобное разрушеніе питуитрину, именно, его дѣйствию на неподатливую твань пожилой первородящей. Кромѣ того матка въ данномъ случаѣ была, повидимому, тетанически сокращена, такъ какъ было въ высшей степени трудно извлечь туловище неособенно большого ребенка. Вообще, по мнѣнію автора, при выработкѣ показаній для примѣненія питуитрина на этотъ случай должно быть обращено вниманіе. Можетъ быть, это средство не годится для пожилыхъ первородящихъ съ очень упругими и неподатливыми тванями. Въ двухъ другихъ случаяхъ питуитринъ оказался средствомъ прямо незамѣнимымъ. Особенно это нужно сказать относительно третьяго случая. Здѣсь больной (легочная чахотка въ очень сильной степени) безъ питуитрина пришлось-бы, по мнѣнію автора, въ концѣ концовъ оказать какое-нибудь оперативное пособіе, и во время операціи она могла-бы умереть; предоставленная самой себѣ она, вѣроятно, тоже не перенесла-бы родовъ; примѣненіе же питуитрина имѣло своимъ результатомъ быстрое окончаніе родовъ безъ особаго кровотеченія.

Широровъ (Брестъ-Литовскъ) съ успѣхомъ примѣнилъ питуитринъ въ трехъ случаяхъ. Въ одномъ авторъ примѣнилъ это средство при атоніи матки на почвѣ пріобрѣтенной слабости ея мышцъ въ зависимости, повидимому, отъ частыхъ родовъ, въ другомъ питуитринъ былъ примѣненъ по поводу атоническаго кровотеченія послѣ выкидыша на 3-мъ мѣсяцѣ, наконецъ, въ третьемъ случаѣ примѣненіе питуитрина имѣло мѣсто при преждевременныхъ родахъ (на 8-мъ мѣсяцѣ беременности).

Непге въ засѣданіи Мюнхенскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества представилъ докладъ по вопросу о примѣненіи питуитрина и питугландола въ практическомъ акушерствѣ. Докладчикъ примѣнилъ эти средства съ успѣхомъ въ 10 случаяхъ нормальныхъ родовъ, большею частію въ комбинаціи со скополаминъ-морфійнымъ наркозомъ; кромѣ того, онъ два раза испробовалъ ихъ для вызванія выкидыша, но безъ результата.

Въ этомъ же засѣданіи Albrecht сообщилъ о примѣненіи питугландола при выкидышахъ. По его наблюденіямъ оказалось, что ни въ одномъ случаѣ ранней беременности даже при помощи большихъ дозъ питугландола (до 8 куб.

сант. въ теченіе 24 часовъ), не удалось вызвать схватокъ, — если даже предварительно было произведено расширеніе шейки ламинариями, или — если былъ уже abortus incompletus. Напротивъ, въ болѣе позднихъ стадіяхъ беременности, послѣ 5-го мѣсяца, при начавшихся схваткахъ, питугландолъ быстро оказывалъ свое дѣйствіе, особенно въ соединеніи съ метрейринтеромъ: 1—2 куб. сант. этого препарата послѣ введенія метрейринтера обычно черезъ 1—2 часа вели къ окончанію выкидыша. Никакихъ побочныхъ дѣйствій при этомъ Albrecht не видѣлъ. При ischuria postoperativa питугландолъ во всѣхъ случаяхъ (6) далъ автору отрицательный результатъ.

В о e r m a n n въ своей статьѣ относительно нежелательныхъ побочныхъ дѣйствій при впрыскиваніи гормонала и питуитрина приводитъ случай, гдѣ послѣдній вызвалъ прямо угрожающія явленія. У 41-лѣтней пациентки при выкидышѣ авторъ впрыснулъ 1 куб. сант. питуитрина, а черезъ 5 мин.—1 куб. сант. extr. secalis cogniti De n z e l'я въ обычномъ 20% растворѣ. Черезъ $\frac{1}{4}$ часа больная потеряла сознание, дыханіе сдѣлалось глубокимъ и храпящимъ, рефлексы со стороны кожи, слизистой оболочки и роговицы исчезли, зрачки были сначала сужены, затѣмъ постепенно расширились, хотя реакція на свѣтъ имѣлась. Лицо было блѣдное, пульсъ малый, еле вращиваемый. Ни камфора, ни дигаленъ, ни вдыханіе кислорода не помогали. Только послѣ внутривеннаго впрыскиванія около 2 литровъ физиологическаго раствора поваренной соли пульсъ сталъ лучше, и состояніе больной перестало быть такимъ угрожающимъ. Авторъ объясняетъ результатъ такого дѣйствія питуитрина тѣмъ, что и спорынья, и питуитринъ дѣйствуютъ сосудосуживающимъ образомъ, благодаря чему и наступилъ такой продолжительный и тяжелый обморокъ.

G o e b e l (Вормсъ) сообщаетъ случай примѣненія питугландола у роженицы, у которой предыдущіе трое родовъ были окончены съ оперативною помощью (эмбриотомія, перфорация и пубіотомія). Благодаря впрыскиванію питугландола (1,0) роды удалось окончить нормальнымъ путемъ.

R a t e k (Вѣна) сообщилъ о трехъ случаяхъ необычайнаго дѣйствія питуитрина при начавшемся выкидышѣ. Какъ

известно, питуитринъ и питугландоль являются совершенно непригодными для вызыванія выкидыша; если же послѣдній уже въ ходу, т. е. если шейка открыта и имѣются хотя-бы слабыя схватки, то экстрактъ изъ мозгового придатка можетъ въ короткое время довести абортъ до конца. Въ трехъ указанныхъ случаяхъ получилось какъ разъ обратное дѣйствіе: бывшій уже въ ходу выкидышъ, при открытіи шейки на 2 пальца и при наличности схватокъ, послѣ впрыскиванія питуитрина остановился, и шейка закрылась, такъ что въ 2 случаяхъ пришлось снова расширять матку (высокая t°), чтобы опорожнить ее, а въ 3-мъ случаѣ больная была отпущена домой и абортировала черезъ 4 недѣли. Въ параллель этимъ случаямъ Patek приводитъ случай Maskenrod't'a, гдѣ послѣ питуитрина расширенный на величину ладони маточный зѣвъ снова спался, такъ что пришлось его расширять (см. выше). По мнѣнію автора, возможно, что въ передней и задней доляхъ hypophysis cerebri имѣются вещества, дѣйствующія различно на беременную матку. Въ одномъ случаѣ начавшагося аборта онъ имѣлъ возможность примѣнить экстрактъ изъ передней доли мозгового придатка и убѣдиться, что послѣ впрыскиванія наступили очень быстрыя и интенсивныя сокращенія colli uteri resp. маточнаго зѣва. Весьма вѣроятно, что питуитринъ и питугландоль, благодаря трудному отдѣленію передней и задней долей придатка, содержатъ то въ большемъ, то въ меньшемъ количествѣ вещество, находящееся въ р. glandularis hypophysis cerebri и специфически дѣйствующее на маточную шейку. Теоретическая сторона вопроса, конечно, требуетъ дальнѣйшихъ изслѣдованій.

Lierthann выступаетъ защитникомъ широкаго примѣненія вытяжки изъ мозгового придатка. По его мнѣнію не слѣдуетъ наладывать ни однихъ щипцовъ и не дѣлать кесарскаго сѣченія прежде, чѣмъ не будетъ испробованъ питугландоль; такъ же слѣдуетъ поступать при родахъ, которые предрасполагаютъ къ атоніи матки (двойни, hydramnion) и при послѣродовой атоніи матки.

На послѣднемъ Международномъ Съѣздѣ акушеровъ и гинекологовъ въ Берлинѣ Voges (Вѣна) сдѣлалъ докладъ о леченіи атоническихъ кровотеченій питуитриномъ. Въ 82 изъ 88 случаевъ такихъ кровотеченій впрыскиваніе питуитри-

на оказалось вполне достаточных для остановки кровотечения. По мнению докладчика, питуитринъ является прекраснымъ сенсibilизаторомъ, способствующимъ появлению сокращеній матки при наличии другихъ раздражителей. Точно также, благодаря этому средству, удалось избѣгнуть обильной потери крови въ 40 случаяхъ кесарскаго сѣченія.

Ruebsa then (Дрезденъ) въ своемъ докладѣ тому же Съезду по вопросу о потеряхъ крови при классическомъ кесарскомъ сѣченіи и при предлежаніи дѣтскаго мѣста отмѣтилъ, что потеря крови можетъ быть въ значительной степени понижена впрыскиваніемъ питуитрина.

Aubert (Женева) сообщаетъ о результатахъ примѣненія питуитрина въ 42 случаяхъ. Разовая доза, которую впрыскивалъ авторъ, равнялась 1 куб. сант. (=0,2 свѣжей желѣзы). Въ 85,7% всѣхъ случаевъ результатъ послѣ впрыскиванія былъ очень хорошій, а въ остальныхъ 14,3% дѣйствие питуитрина было недостаточнымъ, почему роды пришлось закончить щипцами. По наблюденіямъ Aubert'a питуитринъ лучше дѣйствуетъ у многородащихъ. Дѣйствие его начинается приблизительно черезъ 5—10 мин. послѣ впрыскиванія. Какъ-либо серьезныхъ расстройствъ въ послѣдовомъ періодѣ авторъ не видѣлъ. % наложенія щипцовъ послѣ введенія питуитрина повисился почти вдвое (съ 5,02% до 2,26%).

Frigez (Грейфсвальдъ) полагаетъ, что вапороль, питуитринъ, секапитринъ и питуитринъ въ формѣ интрамускулярныхъ впрыскиваній являются цѣлесообразными препаратами для усиленія родовыхъ схватокъ какъ въ періодѣ раскрытія, такъ и въ періодѣ изгнанія, причемъ наблюдается полное отсутствіе токсическихъ побочныхъ дѣйствій. Авторъ думаетъ, что, благодаря этимъ препаратамъ, сократится процентъ примѣненія щипцовъ. Область примѣненія препаратовъ спорныи будетъ ограничиваться только послѣдовымъ періодомъ.

Въ Харьковской акушерско-гинекологической клиникѣ дѣйствие питуитрина было испытано въ 10 случаяхъ, о чемъ и сообщаетъ въ своей работѣ Попаи до пуло. Питуитринъ примѣнялся въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній въ животъ, причемъ шприцы и игла промывались только эфиромъ. Впрыскивали питуитринъ какъ при вторичной, такъ и при первич-

ной слабости потугъ. Въ 3 случаяхъ вещество это было вприснуто первородящимъ и въ 7 случаяхъ повторнородящимъ, причемъ у послѣднихъ оно дѣйствовало лучше, чѣмъ у первыхъ. Доза вприскиваемого питуитрина колебалась отъ 0,5 куб. сант. (=0,1 свѣжаго вещества) до 3 куб. сант. Во всѣхъ наблюдаемыхъ случаяхъ дѣйствіе питуитрина появлялось черезъ 2—4—5, максимумъ черезъ 9 мин.; какихъ-либо побочныхъ явленій у роженицъ и родильницъ не замѣчалось; нарушенія сердечной дѣятельности не наблюдалось. Въ одномъ случаѣ послѣ примѣненія питуитрина было замѣчено паденіе пульса роженицы отъ 110 до 94; такого рода паденіе, по мнѣнію автора, слѣдуетъ считать, однако, случайнымъ, а не зависящимъ отъ питуитрина. Послѣродовой періодъ протекалъ во всѣхъ случаяхъ нормально. Въ заключеніе авторъ приходитъ къ выводу, что въ питуитринѣ несомнѣнно открыто средство, главное назначеніе котораго — усиленіе ослабѣвшихъ родовыхъ болей, какъ въ періодѣ раскрытія, такъ и особенно въ періодѣ изгнанія плода.

Н u m p r s t o n e (Нью-Йоркъ) сообщаетъ о своихъ наблюденіяхъ надъ 64 случаями примѣненія питуитрина и вапорола. Авторъ въ общемъ получилъ очень хорошіе результаты. Онъ полагаетъ, что питуитринъ и вапоролъ не слѣдуетъ употреблять *только* для ускоренія родовъ, а также для вызванія ихъ или для вызванія аборта, гдѣ средства эти оказываются не дѣйствительными. Главными показаніями для названныхъ средствъ являются, по Н u m p r s t o n e'у, слабость схватокъ и послѣродовыя кровотеченія; кромѣ того ихъ можно употреблять съ профилактическою цѣлью при внѣбрюшинномъ кесарскомъ сѣченіи. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ питуитринъ и вапоролъ давались въ концѣ родовъ, наблюдалась, повидимому, болѣе быстрая инволюція матки.

М o g u на матеріалѣ Страсбургской клиники (130 случаевъ) проверилъ дѣйствіе питуитрина (для сравненія употреблялись также питугандоль и вапоролъ) и рекомендуетъ примѣнять это средство для усиленія схватокъ особенно въ періодѣ изгнанія. И для матери, и для ребенка питуитринъ является совершенно безопаснымъ. Препарат дѣйствуетъ только тогда, когда имѣется уже правильная дѣятельность схватокъ; нужно ждать, по крайней мѣрѣ, чтобы сгладилась шей-

ка. Во многихъ случаяхъ авторъ наблюдалъ послѣ питуитрина стриктуры, почему онъ и не совѣтуетъ примѣнять его при септическихъ абортахъ и преждевременныхъ родахъ. Для вызыванія срочныхъ родовъ Мог у рекомендуетъ примѣнять наряду съ питуитриномъ гальванизацію или метрейризмъ. Въ послѣдовомъ періодѣ секакорнинъ и эрготинъ даютъ, по Мог у, лучшіе результаты, чѣмъ питуитринъ.

Во II сообщаетъ о трехъ случаяхъ превосходнаго дѣйствія питуитрина при слабости родовыхъ схватокъ. Послѣдовыи періодъ во всѣхъ трехъ случаяхъ былъ нормальный.

Въ клиникѣ Veit'a (Галле) опыты, произведенные съ питуитриномъ, показали, что экстрактъ изъ мозгового придатка непригоденъ для вызыванія родовъ и для ускоренія періода раскрытія, но оказываетъ прекрасное дѣйствіе при плохихъ схваткахъ, когда зѣвъ уже въ значительной степени раскрытъ, а также при вторичной слабости схватокъ. Въ послѣдовомъ періодѣ лучшимъ средствомъ остается все-таки *secale cornutum*. Экстрактъ изъ мозгового придатка при правильной дозировкѣ абсолютно безвреденъ и можетъ быть рекомендованъ для частной практики.

Роешегъ испыталъ питугландолъ Roche'a въ акушерской поликлиникѣ Veit'a, въ 17 случаяхъ. Въ большинствѣ этихъ случаевъ получился прекрасный результатъ. Лишь въ одномъ случаѣ питугландолъ не могъ раскрыть ригиднаго зѣва у 30-лѣтней I-парае. По мнѣнію Роешегъа, питугландолъ — прекрасное средство для устраненія родовыхъ разстройствъ, главнымъ образомъ, вторичной слабости схватокъ и умѣренной ригидности зѣва. И для матери, и для ребенка средство это безвредно.

Въ дополненіе въ случаямъ Maskenrodt'a и Raterk'a (см. выше) Heil (Дармштадтъ) приводитъ свой случай необычнаго дѣйствія питуитрина. Онъ впрыснулъ 0,5 куб. сант. питуитрина при двойняхъ черезъ 36 часовъ послѣ рожденія перваго ребенка. Быстро наступили схватки, продолжавшіяся въ теченіе часа, но ожидаемаго сглаживанія спавшейся послѣ рожденія перваго ребенка шейки и расширенія внутренняго маточнаго зѣва не наступило. Напротивъ, при изслѣдованіи авторъ ясно получилъ впечатлѣніе, что во время схватокъ шейка суживается. Роды, послѣ предваритель-

наго введенія метрейринтера, были закончены поворотомъ на ножку съ послѣдующей экстракціей плода за тазовый конецъ, причемъ, благодаря сокращающемуся внутреннему зѣву, выведение головки представляло значительныя трудности.

На основаніи своихъ 50 наблюденій надъ дѣйствіемъ питуитрина и питугландола Heilbohn (Майнцъ) устанавливаетъ, что главнымъ показаніемъ для примѣненія названныхъ средствъ является слабость схватокъ въ періодѣ изгнанія, причемъ нужно считаться съ тѣмъ обстоятельствомъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ питуитринъ (герм. питугландолъ) оказывается недѣйствительнымъ. Схватки обычно наступаютъ черезъ 5—10 мин. послѣ впрыскиванія. Разницы въ дѣйствіи у первородящихъ и многородящихъ не замѣчается. Какихъ-либо побочныхъ или вредныхъ для матери или плода дѣйствій оба препарата не производятъ. Послѣ впрыскиванія питуитрина слѣдуетъ все-таки считаться съ возможностью атоническаго кровотеченія, а поэтому необходимо обращать серьезное вниманіе на послѣродовой періодъ.

Reynolds (Филадельфія) подтверждаетъ благоприятные результаты, полученные съ питуитриномъ другими авторами. Сокращенія матки начинаются черезъ 15—30 мин. послѣ интрамускулярнаго впрыскиванія этого средства. Согласно съ тѣмъ, что Ottomъ получено при опытахъ на животныхъ, авторъ нашель, что питуитринъ можетъ дѣйствовать, какъ galaktagogum, въ чемъ Reynolds могъ убѣдиться у одной изъ своихъ пациентокъ.

Кенгег, въ засѣданіи Дрезденскаго Гинекологическаго Общества, въ своемъ докладѣ по вопросу о подкожной симфизеотоміи указалъ, что послѣ введенія въ практику питуитрина имѣется возможность послѣ симфизеотоміи ждать наступленія самопроизвольныхъ родовъ, избѣгая родоразрѣшительныхъ операций, которыя собственно и служили главной причиной осложненій при лоносѣченіи.

Калабинъ описываетъ свой случай, въ которомъ питуитринъ далъ хорошій результатъ. Въ нѣсколькихъ гинекологическихъ случаяхъ повторныя впрыскиванія питуитрина подъ кожу не имѣли успѣха.

На основаніи своихъ наблюденій Merkel (Нюренбергъ) признаетъ питугландолъ Roche'a надежнымъ средствомъ,

усиливающимъ потужную дѣятельность матки. Помимо, однако, того, что онъ нерѣдко оказывается неэффективнымъ при выкидышахъ, онъ имѣетъ еще другой недостатокъ: при примѣненіи его въ I періодъ родовъ иногда наблюдаются серьезныя расстройства въ сердечной дѣятельности плода, а потому авторъ предлагаетъ примѣнять этотъ препаратъ лишь тогда, если есть возможность скоро закончить родовой актъ (щипцами, поворотомъ). На основаніи собственнаго опыта и данныхъ литературы за послѣдніе 6 мѣсяцевъ Мерскелъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) при подкожномъ впрыскиваніи питугландолъ вызываетъ черезъ 4—6 мин. сильныя схватки, которыя появляются съ промежутками въ 2—3 мин. и длятся по 20—25 сек.; 2) настоятельно рекомендуется съ примѣненіемъ этого средства ждать до тѣхъ поръ, пока явится возможность закончить роды, если это понадобится (слѣдить за сердцебиеніемъ плода); 3) дѣйствіе питугландола часто уже черезъ 15—20 мин. уменьшается; 4) впрыскиваніе можно безъ опасности для роженицы повторять 2—3 раза; 5) препаратъ дѣйствуетъ превосходно при предлежащей ножкѣ и особенно послѣ поворота; 6) опыты примѣненія его послѣ поворотовъ при предлежаніи послѣда, повидимому, даютъ хорошіе результаты въ смыслѣ сохраненія жизни дѣтей; 7) очень рекомендуется сочетаніе пантопона съ послѣдующимъ впрыскиваніемъ питугландола; 8) главное показаніе въ примѣненію послѣдняго—слабость потугъ въ періодъ изгнанія; 9) препаратъ этотъ не слѣдуетъ примѣнять: при выкидышахъ, для вызванія преждевременныхъ родовъ, въ періодъ раскрытія и послѣродовомъ періодѣ; 10) если средство примѣнять для введенія головки въ узкій тазъ, то слѣдуетъ быть съ нимъ очень осторожнымъ.

Изъ Гельсингфорской клиники проф. Heinicke's'a появилась работа Н а h l'я, посвященная вопросу о примѣненіи питуитрина въ акушерствѣ. Работа эта заслуживаетъ быть отмѣченной въ томъ отношеніи, что она пока—единственная, гдѣ, наряду съ обычными клиническими наблюденіями надъ дѣйствіемъ питуитрина, былъ примѣненъ болѣе точный способъ изслѣдованія, а именно, изъ своихъ 42 случаевъ авторъ 4 провелъ съ токодинамометромъ Westermarck'a и Wasenius'a. Изъ этихъ 4 случаевъ въ одномъ (случай 8)

питуитринъ не оказалъ никакого вліянія на родовую дѣятельность, въ другомъ (случай 5) вытекла жидкость изъ системы, въ виду чего опытъ пришлось прервать; остаются такимъ образомъ лишь 2 точныхъ наблюденій (случаи 6 и 7), которыми авторъ и подкрѣпляетъ свои выводы, установленные имъ на основаніи простого клиническаго наблюденія. Всѣ 4 случая, въ которыхъ схватки и паузы измѣнялись механическимъ путемъ, даютъ картину, приблизительно соответствующую той, которая получается и при клиническомъ наблюденіи. Во всѣхъ описываемыхъ авторомъ случаяхъ питуитринъ оказалъ несомнѣнное вліяніе на ходъ родовъ въ благопріятномъ направленіи. Однако, по мнѣнію Н a h l'я, нельзя еще возлагать на питуитринъ слишкомъ много надеждъ. Средство это нельзя назвать вполне вѣрнымъ; кромѣ того оно и несомнѣнно безопасно. За это ясно говорятъ опыты, произведенные съ Westermarck'овскимъ аппаратомъ. Схватки послѣ питуитрина дѣлаются, правда, сильнѣе, но за то паузы становятся короче, и внутриматочное давленіе во время паузъ повышается, такъ что схватки пріобрѣтаютъ тетаническій характеръ. Различныя женщины весьма различно относятся къ питуитрину; поэтому слѣдуетъ сначала примѣнять малыя дозы, чтобы испытать реакцію организма. Въ послѣродовомъ періодѣ слѣдуетъ сразу давать большія дозы. Единичная доза питуитрина равняется 1 грамму. Во всемъ остальномъ средство совершенно безопасно. Что касается повторныхъ дозъ, то въ литературѣ есть указанія, что таковыя дѣйствуютъ значительно слабѣе, чѣмъ первая доза. По наблюденіямъ автора, наоборотъ, иногда только 2-ое или 3-ье впрыскиваніе ведетъ къ цѣли. Такимъ образомъ, если дѣйствіе первой дозы слабо, то ее можно повторить. Въ общемъ Н a h l' приходитъ къ выводу, что въ питуитринѣ мы имѣемъ цѣнное, хотя и небезусловно надежное, средство вызвать въ теченіе нѣсколькихъ минутъ сильныя маточныя сокращенія, которыя при умѣренной дозировкѣ средства остаются вполне физиологическими; усилившіяся подъ дѣйствіемъ питуитрина схватки одновременно дѣлаются, по Н a h l'ю, короче; паузы послѣ впрыскиванія питуитрина также укорачиваются при нѣскольکو повышенномъ внутриматочномъ давленіи.

Hirsch (Берлинъ) на основаніи 70 акушерскихъ и 18 гинекологическихъ случаевъ, въ которыхъ онъ примѣнялъ

питуитринъ, питугландоль, вапороль и glandуитринъ, признаетъ названныя средства заслуживающими широкаго примѣненія. Авторъ предостерегаетъ, однако, отъ примѣненія ихъ послѣ родовъ до выдѣленія послѣда и при абортѣ. Препараты хорошо дѣйствуютъ при кровотеченіяхъ, зависящихъ отъ *subinvolutio uteri*.

Сohn (Шарлоттенбургъ) сообщилъ о четырехъ случаяхъ примѣненія glandуитрина (фирмы Naase, Берлинъ) при слабости родовыхъ схватокъ и въ двухъ случаяхъ аборта (на 3-мъ и на 5-мъ мѣс.). Авторъ приходитъ къ заключенію, что glandуитринъ по своему дѣйствию не уступаетъ препаратамъ другихъ фирмъ. Дѣйствуетъ онъ такъ же быстро (черезъ 3—6 мин.); причемъ достаточно бываетъ одной—двухъ инъекцій, чтобы получить желательный эффектъ. Какихъ-нибудь вредныхъ послѣдствій для матери и плода послѣ вприскиваній glandуитрина авторъ не наблюдалъ.

Въ своей послѣдней работѣ о секакорниѣ Herff и Hell, на основаніи клиническихъ наблюденій, приходятъ къ заключенію, что секакорниѣ и питугландоль въ настоящее время принадлежатъ къ лучшимъ средствамъ для вызванія схватокъ, причемъ секакорниѣ имѣетъ нѣкоторыя преимущества передъ питугландолемъ. Оба препарата, въ особенности же секакорниѣ, во время беременности и въ самомъ началѣ родовъ дѣйствуютъ ненадежно. Они, особенно питугландоль, могутъ вызвать или усилить схватки во время беременности, но не настолько, чтобы вызвать абортъ или преждевременные роды. Во время родовъ оба препарата дѣйствуютъ тѣмъ надежнѣе и сильнѣе, чѣмъ дальше подвинулись роды, — особенно хорошо въ концѣ періода раскрытія и въ періодѣ изгнанія. Неудачи въ періодѣ раскрытія встрѣчаются чаще при питугландолѣ, чѣмъ при секакорниѣ. Главнымъ условіемъ хорошаго дѣйствія обонхъ препаратовъ является наличность схватокъ, причемъ для питугландола необходимо нѣкоторое раскрытіе зѣва и хотя-бы нѣкоторое сглаживаніе шейки. Что касается типа схватокъ (въ смыслѣ Walthard'овскихъ типовъ), то секакорниѣ умѣстенъ при типѣ I (рѣдкія схватки) въ соединеніи съ типомъ III (слабыя схватки), а также и при одномъ типѣ I. Незначительныя дозы ($\frac{1}{8}$ куб. сант.) показаны при типѣ II (схватки короткой продолжительности) и III. О питугландолѣ въ этомъ отношеніи авторы не

могутъ сказать ничего опредѣленнаго за неимѣніемъ опыта. При примѣненіи питугландола, послѣ окончанія его дѣйствія наступаетъ расслабленіе маточной мускулатуры; поэтому данное средство слѣдуетъ съ осторожностью примѣнять въ періодѣ изгнанія, такъ какъ этотъ періодъ расслабленія матки можетъ совпасть съ послѣродовымъ періодомъ. Нѣкоторые совѣтуютъ заранѣе давать въ такихъ случаяхъ секакорнинъ. Въ послѣродовомъ періодѣ питугландолъ излишенъ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ оказывается неэффективнымъ. Можетъ быть, это зависитъ оттого, что примѣняются слишкомъ малыя дозы средства. Принимая во вниманіе, что секакорнинъ дается въ дозахъ 1—2—3 куб. сант., питугландолъ слѣдовало-бы давать въ дозахъ 4—12 куб. сант. На такія дозы, однако, никто не рѣшается, хотя эксперименты на животныхъ указываютъ на ихъ безвредность. По убѣжденію авторовъ, секакорнинъ былъ и остается избраннымъ средствомъ въ послѣдовомъ періодѣ. Тамъ, гдѣ необходимо, однако, быстрое дѣйствіе, нужно давать питугландолъ, но всегда въ соединеніи съ секакорниномъ, чтобы предупредить послѣдующее расслабленіе маточной мускулатуры. При нормальной дозировкѣ ни питугландолъ, ни секакорнинъ не оказываютъ вреднаго дѣйствія на ребенка. Только благодаря Wehensturm или тетаническимъ сокращеніямъ матки ребенку можетъ угрожать известная опасность, причемъ возможность послѣдней чаще бываетъ при питугландолѣ, чѣмъ при секакорнинѣ. Оба препарата для матери являются безвредными. Отмѣченныя послѣ впрыскиванія питугландола скоропреходящія явленія, — дурнота, потъ, шумъ въ ушахъ, сердцебиеніе, головокруженіе, — могутъ быть объяснены, какъ результатъ повышеннаго кровяного давленія (15—20 мм. Hg). При секакорнинѣ также бываютъ иногда тошнота и рвота, но только при большихъ дозахъ. Такимъ образомъ оба препарата, по заключенію авторовъ, повышаютъ частоту схватокъ, причемъ секакорнинъ дѣйствуетъ медленно, но продолжительнѣе, неудачи при немъ бываютъ рѣдко; питугландолъ дѣйствуетъ быстро и надежно, но менѣе продолжительно; кромѣ того, онъ иногда ведетъ за собой расслабленіе маточной мускулатуры, а иногда совсѣмъ не дѣйствуетъ. „Wehensturm“, наблюдаемый очень часто при питугландолѣ, очень рѣдко встрѣчается при секакорнинѣ. Питуитринъ resp. питугландолъ можетъ, далѣе, вести за собой

опасность *tetanus'a uteri*; при секаворнинѣ же опасность эта наблюдается гораздо рѣже.

Тга рl разбираетъ результаты, полученные въ Брюннскомъ родильномъ домѣ при леченіи вытяжкой изъ мозгового придатка предлежапія послѣда. Исходя изъ тѣхъ положеній, что при *placenta praevia* существуетъ извѣстная обратная пропорциональность между сохраненіемъ жизни матери и плода, — что, чѣмъ больше заботятся о жизни послѣднаго, тѣмъ больше спѣшатъ съ окончаніемъ родовъ и рискуютъ травматизаціей мягкихъ частей матери, наконецъ, — что чѣмъ дольше при предлежапіи послѣда длятся роды, тѣмъ меньше шансовъ на спасеніе плода, авторъ приходитъ къ заключенію, что и для матери, и для плода много пользы должно принести здѣсь средство, ускоряющее роды. Исходя изъ этого соображенія, онъ примѣнялъ при *pl. praevia* впрыскиваніе разныхъ препаратовъ *hypophysis cerebri* (питуитрина, питугландола, вапорола). Имѣющіяся въ литературѣ указанія (*Fischer, Hirsch, Hofbauer*) по поводу примѣненія питуитрина при предлежапіи послѣда скорѣе говорятъ за благопріятное дѣйствіе этого препарата. Только *Найт* предупреждаетъ о возможности образованія послѣдъ впрыскиванія питуитрина опасныхъ стриктуръ матки, какъ разъ особенно при *placenta praevia*. Тга рl, по выработанной въ родильномъ домѣ схемѣ, провелъ 14 случаевъ *pl. praeviae*, среди которыхъ въ трехъ было краевое предлежапіе, въ 10 — частичное и въ 1 — полное. Въ большинствѣ случаевъ роды значительно ускорялись, продолжаясь 5—12 часовъ. Всѣ матери остались живы, изъ плодовъ же погибъ лишь одинъ. Въ одномъ случаѣ наблюдалось тяжелое атоническое кровотеченіе въ послѣдовомъ періодѣ. Въ заключеніе авторъ предлагаетъ такую схему: при частичномъ и краевомъ предлежапіяхъ послѣда и при продольномъ положеніи, особенно при головномъ предлежапіи съ достаточнымъ раскрытіемъ зѣва, слѣдуетъ разорвать пузырь и впрыскивать питуитринъ или питугландоль. Въ другихъ случаяхъ предлежапія надо, гдѣ возможно, производить комбинированный поворотъ по *Waxton-Nicks's'y*, привѣсивать къ ножкѣ тяжесть ($\frac{1}{2}$ вилограм.) и послѣ этого впрыскивать питуитринъ, при начавшихся же схваткахъ снять тяжесть и ждать произвольныхъ родовъ. Извлеченія плода надо въ этихъ случаяхъ избѣгать, если только оно не понадобится при выхожденіи плечиковъ и

головки. При маломъ открытіи канала шейки слѣдуетъ вводить небольшой метрейринтеръ или затампонировать влагалище, а затѣмъ прибѣгать къ повороту и питуитрину.

Въ теченіе 1912 г. въ акушерской клиникѣ проф. Садовскаго параллельно примѣнялись питуитринъ, питугландоль и нейрогипофизинъ Пелля. Результаты наблюденій опубликованы Раабомъ. Названныя вещества были примѣнены въ 38 случаяхъ, причемъ матеріаломъ для наблюденій послужили: два случая вассического кесарскаго сѣченія, 2 случая эклампсіи во время родовъ, 4 случая ягодичнаго предлежанія, 1 случай многоводія, 15 случаевъ слабости болѣе въ періодѣ раскрытія, 9 случаевъ первичной слабости потугъ и 3 случая *endometritis sub partu*. Резюмируя результаты наблюденій, Раабъ находитъ, что всѣ три препарата вліяютъ благотворно на усиленіе и урегулированіе родовой дѣятельности. Обыкновенно черезъ 8—10 мин. послѣ впрыскиванія схватки замѣтно усиливались и становились правильными. Дѣйствіе препаратовъ продолжалось 40—45 мин. Въ случаѣ надобности черезъ часъ впрыскиваніе возобновлялось, причемъ больше 4 впрыскиваній дѣлать не приходилось. Въ послѣднее время авторъ, въ 4 случаяхъ, примѣнялъ повторное впрыскиваніе чаще, чѣмъ черезъ часовой промежутокъ, напр. черезъ 45 и 35 мин., и получилъ еще лучшіе результаты, безъ видимаго вреда для матери и плода. Повторныя впрыскиванія являются совершенно безполезными, если роженица не реагируетъ на первое. Очень хорошее дѣйствіе, даже въ нѣкоторыхъ случаяхъ прямо блестящее, получалось въ періодѣ изгнанія, при ягодичномъ предлежаніи плода, слабой родовой дѣятельности и паленія сердцебіенія плода: въ этихъ случаяхъ быстро наступало произвольное окончаніе родовъ, причемъ дѣти рожались живыми. То же самое можно сказать и о примѣненіи разбираемыхъ средствъ при слабости болѣе у многородящихъ въ періодѣ раскрытія и при первичной слабости потугъ у первородящихъ. При вторичной слабости потугъ впрыскиванія не оказали дѣйствія, да и ожидать его было нельзя, такъ какъ обратительная способность матки въ такихъ случаяхъ уже вся использована. Въ септическихъ случаяхъ, гдѣ возможно-быстрое разрѣшеніе необходимо, и въ то же время всякія манипуляціи, особенно сложныя, весьма нежелательны, дѣйствіе препаратовъ *hypophysis* особенно цѣнно. Препараты

эти, по Раабу, не оказывают вреднаго дѣйствія на дѣтскій организмъ. Что касается атипическихъ кровотеченій въ послѣдовомъ и послѣродовомъ періодахъ, то таковыхъ авторъ ни разу не наблюдалъ.

Ненгге (Мюнхенъ) на основаніи своихъ наблюденій (12 случаевъ) надъ дѣйствіемъ экстракта *hurophysis*, приходитъ къ выводу, что продолжительность родовъ, благодаря этому средству, значительно укорачивается, причемъ никакого вреднаго вліянія на мать и на ребенка авторъ не видѣлъ. Особенное вниманіе авторъ обращаетъ на примѣненіе питуитрина при умѣренномъ пространственномъ несоотвѣтствіи между тазомъ и головкой. Такъ какъ схватки послѣ вприскиванія перепарата бывають очень бурными и болѣзненными, то Ненгге въ своихъ случаяхъ предварительно вприскивалъ скополаминъ-морфій. Послѣдовый періодъ во всѣхъ случаяхъ автора протекъ нормально. Въ качествѣ профилактическаго средства противъ атоническихъ кровотеченій Ненгге давалъ *secale*. Изъ побочныхъ дѣйствій питуитрина авторъ отмѣчаетъ замедленіе сердечной дѣятельности матери и ребенка, наблюдавшееся имъ въ одномъ случаѣ, гдѣ, однако, былъ данъ также и скополаминъ-морфій. Для вызванія аборта питуитринъ непригоденъ.

Riesk (Майнцъ) сообщаетъ объ одномъ случаѣ примѣненія питуитрина при 4-мѣсячномъ абортѣ, осложненномъ задержаніемъ плаценты, гдѣ питуитринъ вызвалъ длительное сокращеніе матки, которое, благодаря полному закрытію зѣва, въ значительной степени затруднило операцію извлеченія дѣтскаго мѣста. Въ другомъ случаѣ, при *placenta praevia*, питуитринъ оказался цѣннымъ средствомъ при начавшемся кровотеченіи и съ успѣхомъ замѣнилъ опасный въ смыслѣ инфекціи метрейризмъ.

Stolz (Грацъ) наблюдалъ дѣйствіе питуитрина въ цѣломъ рядѣ случаевъ, на основаніи которыхъ онъ приходитъ къ выводу, что въ экстрактѣ *hurophysis* мы имѣемъ превосходное средство для усиленія недостаточныхъ схватокъ. Благодаря питуитрину, акушеръ имѣетъ возможность, при срочныхъ родахъ, устранить замедленіе, происшедшее вслѣдствіе ослабленія схватокъ, быстрѣе справиться съ различными препятствіями, облегчить оперативныя вмѣшательства и укоротить послѣдовый періодъ. Экстрактъ *hurophysis* ускоряетъ также проведеніе искусственнаго выкидыша, вызваннаго механическими сред-

ствами, особенно метрейризомъ. Примѣненіе питуитрина при *abortus incompletus*, по *Stolz*'у, напротивъ, нецѣлесообразно. Укорачивая роды, питуитринъ въ соединеніи съ *parcotis* является, между прочимъ, цѣннымъ средствомъ въ борьбѣ съ чрезчуръ болѣзненными потугами.

Linzenmeier, изъ влики проф. *Stoessel*'я (Киль), сообщаетъ о двухъ случаяхъ успѣшнаго примѣненія питуитрина послѣ пубіотоміи. Проф. *Stoessel* является сторонникомъ этой операціи. Благодаря опаснымъ поврежденіямъ, которыя часто наблюдаются послѣ пубіотоміи и которыя всецѣло слѣдуютъ отнести насчетъ послѣдующихъ операцій (щипцы, поворотъ), окончаніе родовъ естественнымъ путемъ послѣ пубіотоміи всегда являлось желательнымъ, но трудно выполнимымъ въ интересахъ плода. Питуитринъ, быстро усиливая схватки, является въ этомъ отношеніи цѣннымъ приобрѣтеніемъ. Въ первомъ случаѣ *Linzenmeier*'а роды у подвергшейся пубіотоміи женщины послѣдовали черезъ 35 мин. послѣ впрыскиванія питуитрина, а во второмъ—даже черезъ нѣсколько минутъ (былъ впрыснутъ *sererhusin* фирмы *Custodis*, Гессенъ). Въ обоихъ случаяхъ дѣти родились живыми, и послѣдовый періодъ протекъ безъ всякихъ осложненій.

Stoiper (Вѣна), основываясь на сообщеніи *Haeger*'а (см. выше), примѣнилъ питуитринъ при переносенной беременности. Въ трехъ случаяхъ авторъ получилъ прекрасный результатъ послѣ впрыскиванія питуитрина, причемъ заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что первая инъекція питуитрина во всѣхъ трехъ случаяхъ не дала эффекта, и только послѣ второго впрыскиванія появились сильныя схватки, которыя и довели роды до конца.

Sraeth (Гамбургъ) сообщаетъ случай вреднаго вліянія питуитрина на ребенка. Дѣло шло о 20-лѣтней *I-raeae* съ нормальнымъ тазомъ, у которой было діагностировано ягодичное предлежаніе, причемъ послѣ разрыва пузыря появился меконій. Былъ впрыснутъ питуитринъ (0,5 куб. сант.). Приблизительно черезъ часъ было сдѣлано повторное впрыскиваніе, послѣ котораго наступили сильныя схватки, которыя, однако, имѣли вполнѣ правильный характеръ. Роды быстро были закончены, подъ легкимъ эфирнымъ наркозомъ, легкой экстракціей ребенка, который извлеченъ въ тяжелой асфиксціи, съ яснымъ, но сильно замедленнымъ сердцебіеніемъ и съ

обвитой вокруг шеи пуповиной. Через $\frac{1}{2}$ часа ребенокъ умеръ. При вскрытіи, у него не было найдено ни поврежденій позвоночника, ни поврежденій черепа, ни кровоизліаній въ мозгу; вилочковая железа была не увеличена, сердце, легкія, почки—нормальны, а равнымъ образомъ не было найдено нивавикихъ аспираціонныхъ массъ въ дыхательныхъ путяхъ. На основаніи данныхъ вскрытія, а также руководствуясь тѣмъ обстоятельствомъ, что родовая дѣятельность, усилившаяся послѣ впрыскиванія питуитрина, имѣла вполнѣ правильный физиологическій характеръ. Sraeth ставитъ смерть ребенка въ связь съ непосредственнымъ вреднымъ дѣйствіемъ питуитрина на ребенка.

Gisel (Вильхингенъ, Швейцарія), примѣняя систематически питугландоль вмѣстѣ съ дантопономъ, горячо рекомендуетъ такую комбинацію. Онъ пользуется питугландоль-дантопономъ только въ періодъ изгнанія, когда оба средства даютъ максимумъ дѣйствія безъ всякихъ побочныхъ осложненій.

Изъ приведеннаго сейчасъ обзора литературы по вопросу о единическомъ примѣненіи питуитрина въ акушерствѣ слѣдуетъ прежде всего отмѣтить тотъ живой интересъ, съ которымъ было принято это средство. Какъ велика была у акушеровъ потребность въ средствѣ, усиливающемъ родовыя схватки, можно судить уже по тому, что въ теченіе двухъ лѣтъ питуитринъ былъ испытанъ въ большинствѣ акушерскихъ клиникъ и другихъ акушерскихъ учрежденій. Нельзя, однако, сказать, чтобы выводы, къ которымъ пришли авторы многочисленныхъ сообщеній и спеціальныхъ работъ по вопросу о питуитринѣ, отличались единообразіемъ. Нѣкоторые изъ этихъ выводовъ можно, правда, считать за общепризнанные. Такъ, напр., повидимому, всѣ наблюдатели согласны въ томъ, что питуитринъ является специфическимъ средствомъ для возбужденія гесп. усиленія маточныхъ схватокъ. Почти всѣми авторами отмѣчается также тотъ фактъ, что питуитринъ дѣйствуетъ прежде всего и лучше всего при срочныхъ родахъ, причемъ, чѣмъ дальше послѣдніе подвинулись впередъ въ своемъ теченіи, тѣмъ лучше результаты отъ него получаются: въ началѣ родовъ, въ періодѣ раскрытія, онъ дѣйствуетъ хуже, чѣмъ въ концѣ этого періода, а въ періодѣ изгнанія—гораздо лучше, чѣмъ въ концѣ перваго періода. Установленнымъ фактомъ нужно считать, далѣе, что въ началѣ беременности, при

абортахъ, питуитринъ оказывается почти совершенно недѣйствительнымъ: за рѣдкими исключеніями онъ не оказываетъ дѣйствія не только при вызываніи искусственнаго выкидыша, но даже и при *abortus incompletus*. Случай Patek'a, въ которомъ случилось необычайное дѣйствіе питуитрина при начавшемся абортѣ, требуетъ дальнѣйшей провѣрки и выясненія. Что касается вліянія питуитрина на сократительную дѣятельность матки въ концѣ беременности, то въ данномъ отношеніи получены неопредѣленные результаты: однимъ авторамъ удавалось съ помощью питуитрина вызывать искусственные преждевременные роды, другіе, наоборотъ, получили отрицательный результатъ. Во всякомъ случаѣ дѣйствіе питуитрина, какъ средства для возбужденія искусственныхъ родовъ, является сомнительнымъ. Въ комбинаціи съ другими методами (метрейризмъ) онъ, однако, можетъ, повидимому, оказать здѣсь хорошую помощь.

Противорѣчивыя данныя имѣются въ литературѣ и по вопросу о дѣйствіи питуитрина при послѣродовыхъ кровотеченияхъ. Весьма многіе наблюдатели получили отъ этого средства хорошіе результаты, почему настойчиво (особенно Eisebach) рекомендуютъ пользоваться питуитриномъ при кровотеченияхъ *post partum*. Другіе (Jaeger, Kroemer, Voigt) считаютъ питуитринъ или недѣйствительнымъ при послѣродовыхъ кровотеченияхъ, или, по крайней мѣрѣ, лишнимъ (Hofbauer), такъ какъ здѣсь имѣются въ распоряженіи акушеровъ гораздо болѣе дѣйствительныя средства, а именно, спорынья и ея препараты, особенно секаворинъ.

Разнорѣчивыми являются, далѣе, взгляды авторовъ на основной вопросъ, можно-ли считать маточныя сокращенія, вызываемыя питуитриномъ, за нормальныя, физиологическія родовыя схватки. Мы уже видѣли, что Voigts, напр., отвѣчаетъ на этотъ вопросъ отрицательно: по его мнѣнію, „Pituitinwehen“ не суть нормальныя родовыя схватки. За это же, повидимому, говорятъ сдѣланныя почти всѣми авторами, начиная съ Hofbauer'a, наблюденія, что питуитринъ иногда вызываетъ „Wehensturm“, причемъ въ отдѣльныхъ случаяхъ эти бурныя схватки могутъ иногда продолжаться довольно значительное время: въ одномъ случаѣ, описанномъ Nathomъ, напр., „Wehensturm“ продолжался 2—3 мин., въ другомъ случаѣ—6—8 мин., а одинъ разъ даже 17 мин.; у Jaeger'a

продолжительность такихъ, напоминающихъ тетаническихъ, сокращеній матки равнялась 10 минутамъ. Benthin въ одномъ случаѣ послѣ впрыскиванія питуитрина могъ наблюдать сокращенія матки продолжительностью въ 420 сек.. Въ параллель этимъ случаямъ можно поставить тѣ, гдѣ примѣненіе питуитрина вызывало возникновеніе опасныхъ стриктуръ матки (Voigts, White, Ham, Riesk и др.). Со всѣми этими наблюденіями стоятъ въ противорѣчій данныя другихъ авторовъ,—и, пожалуй, не меньшинства,—что питуитринъ вызываетъ совершенно нормальныя, физиологическія схватки. Для рѣшенія этого основного вопроса простого клиническаго наблюденія, очевидно, недостаточно,—необходимы болѣе точныя методы изслѣдованія. На основаніи случаевъ Nahl'a, гдѣ онъ примѣнилъ токодинамометръ Westermarck'a-Waserni'a, дѣятельность матки послѣ впрыскиванія умѣренныхъ дозъ питуитрина должна быть признана физиологическою; но число точныхъ наблюденій этого автора слишкомъ незначительно, чтобы на основаніи ихъ можно было строить какіе-либо выводы.

Подводя итоги наблюденіямъ различныхъ авторовъ надъ влияніемъ питуитрина на организмъ матери, скажу вкратцѣ нѣсколько словъ о побочныхъ дѣйствіяхъ и осложненіяхъ, вызываемыхъ этимъ средствомъ. Въ общемъ почти всѣ согласны, что питуитринъ является препаратомъ безвреднымъ. Hofbauer давалъ его роженицѣ съ Basedow'ой болѣзнію безъ всякаго вреда для нея. Въ клиникѣ Ширшова (Гиненевичъ) питуитринъ 4 раза впрыскивали у беременныхъ съ порокомъ сердца. Кумулятивнымъ дѣйствіемъ препаратъ не обладаетъ. Bab въ одномъ случаѣ остеомаляціи впрыскивалъ больной, безъ всякаго вреда для нея, ежедневно по 2 куб. сант. въ теченіе 7 мѣсяцевъ. Съ другой стороны, имѣются указанія, заставляющія болѣе осторожно относиться къ этому средству. Въ практикѣ Hofbauer'a, въ одномъ случаѣ, послѣ внутривеннаго впрыскиванія питуитрина послѣдовалъ рѣзкій ознобъ съ послѣдующимъ сильнымъ потомъ. У Voigts'a въ одномъ случаѣ роженица жаловалась послѣ впрыскиванія питуитрина на головокруженіе и тошноту, причемъ имѣлись и объективные признаки угрожающаго характера: блѣдность лица, сильно расширенныя, плохо реагирующіе зрачки, чрезвычайно напряженный пульсъ. Schneider-Siwerts въ

одномъ случаѣ могъ констатировать послѣ введенія питуитрина рѣзко выраженныя разстройства въ субъективномъ состояніи роженицы: шумъ въ ушахъ, чувство страха, затемненное сознание, — состояніе, въ общемъ напоминающее то, которое наблюдается передъ началомъ экламптического припадка. Случай продолжительнаго и тяжелаго обморока послѣ впрыскиванія питуитрина сообщил *Boverman*. Наконецъ, *Strassman* наблюдалъ даже случай смертельнаго исхода при примѣненіи питуитрина ¹⁾.

Что касается, наконецъ, вліянія питуитрина на ребенка, то большинство авторовъ отмѣчаетъ послѣ впрыскиванія питуитрина замедленіе сердцебіенія плода. Это замедленіе можно объяснить или непосредственнымъ дѣйствіемъ питуитрина на сердце ребенка, или же считать его слѣдствіемъ усилившейся родовой дѣятельности. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ замедленіе сердцебіенія плода доходило до 40 ударовъ въ минуту, и притомъ безъ всякаго вреда для ребенка (*Jaeger*). Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, далеко не столь значительное замедленіе сердцебіенія уже являлось угрожающимъ для ребенка (*Hagy, Voigts, Schneider-Siwers*). *Mackenrodt* наблюдалъ въ одномъ своемъ случаѣ смерть ребенка, которая была вызвана наступившимъ послѣ впрыскиванія питуитрина *tetanus*омъ матери. *Spraeth*, напротивъ, считаетъ возможнымъ поставить наблюдавшуюся имъ послѣ впрыскиванія питуитрина смерть плода въ связь съ непосредственнымъ дѣйствіемъ питуитрина на сердце ребенка.

¹⁾ Цитирую по Шлапоберскому (Рус. Врачъ, 1912, № 26, стр. 1107). Случая этого я не могъ найти въ литературѣ.

Глава III.

Измѣреніе силы маточныхъ сокращеній. — Токодинамометръ Schatz'a и его модификаціи. — Техника токодинамометрій въ нашихъ наблюденіяхъ съ питуитриномъ.

Изъ приведеннаго въ предыдущей главѣ литературнаго обзора мы видѣли, что методъ простаго клиническаго наблюденія оказался недостаточнымъ для выясненія дѣйствія питуитрина на сократительную дѣятельность матки при родахъ. Примитивность и недостаточность этого метода слишкомъ очевидны, чтобы объ нихъ слѣдовало распространяться. Онъ отерываетъ широкій просторъ для субъективности исслѣдователя, и въ этой субъективности лежитъ главная причина того рѣзкаго разномасія, какое существуетъ во мнѣніяхъ различныхъ наблюдателей относительно вліянія питуитрина на родовую дѣятельность матки.

Большую точностью отличается методъ, которымъ пользовался при своихъ изслѣдованіяхъ W i n s k e l. Методъ этотъ состоитъ въ томъ, что наблюдатель владетъ лѣвую руку непосредственно на брюшные покровы роженицы такъ, чтобы она покоилась на нихъ въ силу собственной тяжести, правую же рукою наблюдатель держитъ часы и такимъ образомъ, по мнѣнію W i n s k e l'я, можетъ наблюдать не только начало и конецъ каждой схватки, но, при нежирныхъ брюшныхъ стѣнкахъ, даже продолжительность отдѣльныхъ стадій схватки. Stadium incrementi можно отличить потому, что матка, уплотняясь, приливается къ брюшнымъ стѣнкамъ, причемъ изслѣдующая рука ощущаетъ нарастаніе сократительности; обыкновенно въ концѣ этой стадій обнаруживаются боли. Аспе схватки ха-

рактеризуется равномерной плотностью всѣхъ отдѣловъ матки и болѣе сильными стонами роженицы. За аспе слѣдуетъ stadium decementi, когда матка начинаетъ разслабляться, и стѣнки ея легко вдавливаются пальцами.

Изъ только что сказаннаго можно видѣть, что способъ Winckel'я по существу мало чѣмъ отличается отъ простаго наблюденія. Ему также въ высокой степени присуща субъективность, которою страдаетъ простое клиническое наблюденіе, и благодаря которой получаемыя при этомъ способѣ данныя вполне находятся въ зависимости отъ индивидуальныхъ качествъ наблюдателя. Помимо этого, прикладываніе руки къ животу роженицы само по себѣ можетъ служить стимуломъ механическаго раздраженія матки. Методомъ Winckel'я можно опредѣлить только число схватокъ герр. паузъ, продолжительность же ихъ и силу, а тѣмъ болѣе продолжительность отдѣльныхъ періодовъ каждой схватки точно опредѣлить—не представляется возможнымъ. Мы увидимъ ниже, что даже съ помощью графическаго метода начало и конецъ схватки можно опредѣлить только съ приблизительной точностью, способъ же Winckel'я не можетъ дать и этого, такъ какъ, чтобы рука могла опредѣлить сокращеніе матки, послѣднее должно достигнуть болѣе или менѣе значительной степени; кромѣ того, на опредѣленіе рукою маточныхъ сокращеній вліяетъ много побочныхъ условій, каковы: положеніе роженицы, спойствие ея, развитіе подкожнаго жирового слоя въ брюшныхъ стѣнкахъ, усталость руки наблюдателя и т. п.¹⁾

Самымъ точнымъ методомъ для опредѣленія силы сокращеній матки во время родовъ является методъ графическій.

¹⁾ Полноты ради я здѣсь долженъ еще упомянуть о сравнительно-статистическомъ методѣ измѣренія родовой дѣятельности, предложенномъ проф. Флоринскимъ. Послѣдній предлагаетъ брать за исходный пунктъ «нормальную» продолжительность родового акта, выведенную изъ многихъ тысячъ случаевъ и, пользуясь ею, какъ постоянной величиною, сравнивать съ нею данныя относительно продолжительности родовъ при употребленіи того или другаго средства. Способъ этотъ, недостатокъ котораго слишкомъ очевиденъ («нормальная» продолжительность родовъ, взятая въ качествѣ масштаба для сравненія, конечно, не представляетъ собою даже сколько-нибудь постоянной величины) для моихъ исследованийъ съ питуитриномъ являлся, по понятнымъ причинамъ, совершенно непригоднымъ.

Методъ этотъ можетъ быть примѣненъ, прежде всего, при экспериментахъ—какъ на живыхъ животныхъ, такъ и на изолированной маткѣ, каковыя эксперименты съ успѣхомъ были произведены многими изслѣдователями съ цѣлью изученія различныхъ вопросовъ, касающихся физиологии и патологii родовъ. Какъ мы уже видѣли выше, такіе эксперименты были произведены многими изслѣдователями (Кеггемъ, Нейемъ, Гуггенгеймомъ и др.) и для изученія вліянія питуитрина на маточную мускулатуру. Но опыты на животныхъ никогда не могутъ вполне замѣнить собою изслѣдованiя на людяхъ. Въ особенности слѣдуетъ это сказать, разъ дѣло касается такого органа, какъ матка: извѣстно, что матка животныхъ по своему анатомическому строенію рѣзко отличается отъ человѣческой матки. Не говорю уже о томъ, что условія дѣятельности вырѣзанной матки рѣзко разнятся отъ тѣхъ, въ какихъ находится матка въ нормѣ. Въ виду всего сказаннаго являлось-бы, конечно, крайне желательнымъ примѣнить графическій методъ для записыванія и измѣренія родовой дѣятельности матки у женщинъ.

Мысль эта впервые была высказана Дипсапомъ въ 1867 году, но практически она была впервые осуществлена Schatzемъ въ концѣ 1867 года¹⁾.

¹⁾ Когда историческая часть работы Schatz'a была уже готова, Laahs сталъ оспаривать у Schatz'a приоритетъ мысли относительно манометрическаго измѣренія внутриматочнаго давленія при родахъ. Авторъ этотъ еще раньше предложилъ вводить троакаръ въ головку передвшагоса плода, при высоко выраженной гидроцефалии ея, и соединять его съ манометромъ. Такимъ образомъ мысль примѣнить графическій способъ изслѣдованія маточныхъ сокращеній на женщинѣ явилась почти одновременно у трехъ изслѣдователей, причемъ Дипсап первый опубликовалъ свою мысль о необходимости точныхъ динамометрическихъ измѣреній работы матки, Schatz практически осуществилъ эту мысль изобрѣтеніемъ своего токидинамометра, а Laahs'у принадлежитъ та же мысль и менѣе совершенный методъ ея осуществленія. Впрочемъ попытки опредѣлить работу матки при родахъ имѣли мѣсто и раньше. Такъ, въ 1860 году Kristeller сконструировалъ щипцы, снабженные динамометромъ, помощью котораго можно было по крайней мѣрѣ опредѣлить величину того сопротивленія, которое приходится преодолевать изгоняющимъ силамъ при патологическихъ родахъ. Такимъ же методомъ пользовались въ 1861 г. Chaussagny и Joulin. Въ 1863 г. Porre! поставилъ опыты для изученія величины работы свѣ-

Schatz для измѣренія и записыванія родовыхъ сокращеній матки конструировалъ особый приборъ, который получилъ отъ него названіе токодинамометра. Приборъ этотъ состоитъ изъ двухъ ртутныхъ манометровъ, изъ которыхъ одинъ снабженъ шкалою, раздѣленною на миллиметры (260 милл.), а другой — пишущимъ приборомъ, состоящимъ изъ поплавка изъ слоновой кости и прикрепленнаго къ нему посредствомъ стержня пера. Поплавокъ находится въ открытомъ концѣ манометра. Перо чертитъ кривыя на приведенномъ въ движеніе посредствомъ часового механизма кимографѣ Ludwig'a. Кромѣ указанныхъ частей, въ составъ прибора Schatz'a входитъ кольпейринтеръ средней величины съ введеннымъ въ него англійскимъ эластическимъ катетеромъ, боковое отверстие котораго помѣщается какъ разъ въ серединѣ кольпейринтера. Другой конецъ катетера соединенъ со стеклянной трубкой, которая въ свою очередь соединена съ гуттаперчевой трубкой, одинаковаго съ ней калибра, съ нерастяжимыми стѣнками, длиною около 60 сант. Конецъ этой трубки соединенъ, при помощи Т-образной стеклянной трубки, съ гуттаперчевыми трубками, идущими отъ обоихъ манометровъ и снабженными кранами.

При своихъ опытахъ Schatz вводилъ кольпейринтеръ въ полость матки за головку плода при помощи двухъ пальцевъ; такъ какъ во влагалище роженицы при этомъ приходилось вводить $\frac{1}{2}$ руки, то введеніе кольпейринтера требовало въ нѣкоторыхъ случаяхъ хлороформированія. Послѣ введенія баллонъ наполнялся извѣстнымъ количествомъ воды и соединялся съ трубками обоихъ манометровъ. Изъ этихъ послѣднихъ манометръ со шкалою помѣщался приблизительно на уровнѣ входа въ малый тазъ роженицы, другой же, съ поплавкомъ, помѣщался на уровнѣ глазъ сидящаго наблюдателя.

Дальнѣйшіе изслѣдователи пользовались или неизмѣненнымъ resp. сравнительно мало измѣненнымъ токодинамомет-

томъ при нормальныхъ родахъ, опредѣляя величину столба Hg, которая была необходима, чтобы разорвать извѣстнымъ образомъ фиксированныя яйцевія оболочки. Duplan нѣсколько видоизмѣнилъ и, пожалуй, усовершенствовалъ способъ Porreya, а значительно позже, именно въ 1879 г., опыты Porreya и Duplan'a были повторены Riebecentомъ.

ромъ Schatz'a (Буховцевъ въ 1873 г., Смольскій въ 1875 г., Кликовичъ, Koefoed въ 1883 г.), или же вволили въ него существенныя модификаціи (Пулло въ 1875 г., Pouillet въ 1880 г., Frommel въ 1882 г., Ассоиси въ 1891 г., Dönhoff въ 1892 г., Westermarck въ 1893 г., Бужоемскій въ 1895 г., Schäfer въ 1896 г., Hensen въ 1898 г., Wasenius въ 1908 г.). Модификаціи эти сводились, съ одной стороны, къ упрощенію прибора, а съ другой—къ освобожденію его отъ нѣкоторыхъ недостатковъ.

Прежде всего большинство изслѣдователей второй изъ названныхъ группъ старались конструировать аппаратъ такимъ образомъ, чтобы онъ былъ свободенъ отъ присутствія воздуха. У Schatz'a приводъ второго манометра весь былъ наполненъ воздухомъ. У Буховцева воздухъ также всегда находился въ колѣнѣ манометра. Dönhoff, хотя и не говоритъ ясно о присутствіи воздуха въ своемъ приборѣ, но, судя по небольшому количеству воды, которое онъ вливалъ во внутриматочный баллонъ и трубку, надо полагать, что система аппарата и у него содержала воздухъ. Между тѣмъ присутствіе въ аппаратѣ воздуха нужно считать крупнымъ недостаткомъ прибора, такъ какъ воздухъ, будучи тѣломъ эластическимъ, можетъ въ длинныхъ трубкахъ передавать давленіе недостаточно точно относительно времени; далѣе, воздухъ сжимаетъ, а потому при болѣе сильномъ давленіи можетъ подвергаться уменьшенію въ объемъ и тотъ воздухъ, который находится въ аппаратѣ. Вслѣдствіе этого уже изслѣдователи, работавшіе вскорѣ послѣ появленія токодинамометра Schatz'a, напр. Пулло, стали стараться избѣгать присутствія воздуха въ аппаратѣ, наполняя послѣдній водою. При наполненіи внутриматочнаго баллона и трубки водою объемъ аппарата всегда остается однимъ и тѣмъ же, такъ какъ при томъ давленіи, которое мы наблюдаемъ со стороны мѣтки, вода является абсолютно несжимаемою.

Многіе изслѣдователи, работавшіе съ приборомъ Schatz'a (Пулло, Смольскій, Буховцевъ, Westermarck, Wasenius) видоизмѣнили его, далѣе, такимъ образомъ, что въ составъ его, вмѣсто двухъ манометровъ, вошелъ лишь одинъ. Это, разумѣется, нужно признать значительнымъ упрощеніемъ прибора.

Изъ дальнѣйшихъ модификацій Schatz'евского токодинамометра можно отмѣтить приборъ Poullet, которымъ послѣдній старался опредѣлить какъ давленіе внутри матки, такъ и давленіе, зависящее отъ сокращеній брюшнаго пресса. Аппаратъ Poullet состоитъ изъ двухъ пузырей, изъ которыхъ одинъ вводится въ матку, а другой—въ прямую кишку выше головки плода, причемъ оба пузыря соединяются съ ртутнымъ манометромъ. Съ такимъ же приборомъ работала Assonci.

Schäffler пользовался пелотомъ, который онъ помещалъ на брюшную стѣнку и соединялъ его съ манометромъ, измѣряя, такимъ образомъ, не давленіе внутри матки, а давленіе матки на брюшную стѣнку.

Самымъ точнымъ, хотя довольно сложнымъ, приборомъ для токодинамометрии, въ которомъ исключены почти все моменты, могущіе вліять на точность результатовъ, является аппаратъ, предложенный Westermarck'омъ. Приборъ этотъ, съ которымъ впоследствии работала Wasenius, конструированъ, въ общихъ чертахъ, слѣдующимъ образомъ: онъ состоитъ изъ маточнаго катетера, внутриматочнаго шарика, манометра и регистрирующаго прибора; маточный катетеръ представляетъ собою серебряную трубку длиною въ 37 сант., на которую надѣвается небольшаго размѣровъ,—всего въ 2 куб. сант. вмѣстимостью,—резиновый шарикъ вродѣ тѣхъ, которые употребляются при искусственномъ вскармливаніи дѣтей; вся система наполняется водою, причемъ воздухъ выгоняется помощью особаго приспособленія; катетеръ и шарикъ трубкою длиною въ 185 сант. и въ 3 милл. въ поперечникѣ соединяется съ эластическимъ манометромъ Gadà въ модификаціи Hürthle'а и съ регистрирующимъ аппаратомъ; манометръ этотъ предварительно пробѣряется при помощи ртутнаго манометра.

То давленіе, которое мы получаемъ записаннымъ въ видѣ вриной при токодинамометрическомъ изслѣдованіи, есть величина сложная, представляющая собою сумму нѣсколькихъ величинъ, какъ на это указывалъ самъ Schatz. Эти составляющія величины слѣдующія: 1) давленіе околоплодныхъ водъ, 2) собственное давленіе матки, 3) давленіе, зависящее отъ силы, восстанавливающей форму плода и полости матки, и 4) давленіе брюшнаго пресса. Къ этимъ четыремъ факторамъ

должны быть присоединены еще 2: 5) давление, которое испытывает содержимое матки со стороны упругой маточной стѣнки и оболочекъ яйца (L a a h s) и 6) эластичность стѣнокъ самого шарика (Пулло, Бувоемскій). Кривая, получаемая во время схватки, и представляетъ результатъ совмѣстнаго воздѣйствія этихъ 6 компонентовъ, къ которому присоединяется еще величина маточнаго сокращенія, а во время потугъ — еще повышение внутрибрюшного давления вслѣдствіе дѣятельности брюшного пресса.

Sch at z подробно разбираетъ роль каждаго изъ четырехъ первыхъ компонентовъ.

Что касается перваго компонента, именно давления околоплодной жидкости, то, само собою разумѣется, при отсутствіи околоплодныхъ водъ будетъ отсутствовать и этотъ компонентъ; если же плодный пузырь цѣль, то давление околоплодной жидкости можетъ быть или величиною положительной, или равной нулю. Положительнымъ и наибольшимъ это давление будетъ въ томъ случаѣ, если баллонъ будетъ помѣщаться въ нижнемъ отрѣзѣхъ матки при полулежащемъ положеніи роженицы resp. при вертикальномъ положеніи длинника матки. Равнымъ нулю оно будетъ тогда, когда женщина будетъ находиться въ коленно-локтевомъ положеніи, или когда баллонъ будетъ помѣщаться у самаго дна матки. Sch at z замѣчаетъ, что, собственно говоря, не должно быть разницы въ этомъ давленіи, будетъ-ли шарикъ находиться выше или ниже въ маткѣ. Дѣло въ томъ, что, если шарикъ будетъ находиться выше, то давленіе столба околоплодныхъ водъ на него будетъ, конечно, меньше, но за то соотвѣтственно увеличится тотъ водяной столбъ, который находится въ трубкѣ прибора. При болѣе низкомъ положеніи шарика высота столба околоплодныхъ водъ надъ нимъ увеличится, но настолько же за то уменьшится столбъ воды подъ баллономъ.

Собственное давленіе матки связывается при всякомъ положеніи роженицы и во всѣхъ отдѣлахъ матки. Это давленіе является всегда положительной величиной. Зависитъ оно отъ тонуса матки, какъ всякой живой мышцы. Собственное давленіе матки, какъ указалъ Sch at z, можетъ у беременной женщины измѣняться съ измѣненіемъ положенія матки относительно горизонтальной плоскости, ибо при этомъ мѣняется давленіе, испытываемое стѣнками матки со стороны

столба оволоплодной жидкости, а разъ это такъ,—мѣняется, согласно Weber'у, тонусъ маточной стѣнки. Въ виду этого необходимо производить токидинамометрическія наблюденія всегда при одномъ и томъ же положеніи женщины и всякій разъ отмѣчать, если послѣднее измѣнится.

Сила, восстанавливающая инеонгруентныя между собою формы плода и матки („Formrestitutionskraft“ по Schatz'у), въ общемъ внутриматочномъ давленіи участвуетъ въ видѣ отрицательной величины и совершенно устраняется, когда въ маткѣ находится достаточное количество оболочковыхъ водъ, или когда головка плода находится внѣ полости матки. Въ обоихъ этихъ случаяхъ форма плода не оказываетъ никакого механическаго вліянія на форму матки и наоборотъ.

Давленіе брюшного пресса, т. е. то давленіе, подъ которымъ находятся всѣ органы брюшной полости, а въ томъ числѣ и матка, представляетъ собою величину положительную. Какъ мы увидимъ ниже, оно всегда ясно сказывается на кривыхъ при натуживаніи роженицы, при кашлѣ, рвотѣ, при измѣненіи положенія роженицы и т. д.

Давленіе, которое испытываетъ баллонъ и вообще содержимое беременной матки со стороны упругости маточной стѣнки и оболочекъ яйца, должно также входить, какъ постоянная величина, въ составъ внутриматочнаго давленія, какъ на это указалъ L a a n s. Послѣдній установилъ также, что давленіе это увеличивается съ разстояніемъ баллона отъ маточнаго зѣва: чѣмъ дальше баллонъ отъ маточнаго зѣва, тѣмъ это давленіе больше.

Наконецъ, послѣдній ингредиентъ въ общемъ внутриматочномъ давленіи,—это эластичность самого баллона, на что впервые указалъ Пулло. Эта величина, по мнѣнію Пулло, остается неизвѣстной и притомъ колеблющейся даже въ одномъ и томъ же наблюденіи, если послѣднее длится болѣе или менѣе продолжительное время. По мнѣнію Буковскаго, съ которымъ нельзя не согласиться, Пулло правъ относительно тѣхъ случаевъ, гдѣ резиновыя части прибора (баллонъ и трубки) наполнены большимъ количествомъ воды, чѣмъ онѣ помѣщаютъ, если такъ можно выразиться, при равновѣсіи своей эластичности. Если же налить въ трубку и баллонъ такое количество воды, чтобы они, будучи въ вертикальномъ положеніи, были полны и находились только подъ

вліяніемъ даващаго на нихъ столба воды, и если наполненный такимъ образомъ аппаратъ осторожно соединить съ трубкой манометра, то уровень ртути въ послѣднемъ не измѣнится. Поэтому при соблюденіи указанной сейчасъ предосторожности вліяніе эластичности самого баллона и соединенной съ нею трубки не отразится, по мнѣнію Б у х о в с к а г о, на точности наблюденія.

Эта суммарность кривой, получаемой при товодинамометрическихъ изслѣдованіяхъ, и трудность, а иногда и полная невозможность учета отдѣльныхъ слагаемыхъ, входящихъ въ ея составъ,—составляютъ первую невыгодную сторону даннаго метода. Благодаря ей, мы иногда не въ состояніи бываемъ истолковать правильно ту картину, которая получается при наблюденіяхъ съ помощью товодинамометра.

Далѣе, разбираемому способу можно поставить въ упрекъ, съ методологической точки зрѣнія, то обстоятельство, что баллонъ, вводимый въ матку и служащій для передачи ея сокращеній, можетъ, какъ инородное тѣло, раздражать внутреннюю поверхность матки,—быть, такимъ образомъ, стимуломъ для развитія сокращеній маточной стѣнки. Это обстоятельство заслуживаетъ особеннаго вниманія при тѣхъ изслѣдованіяхъ, цѣлью которыхъ является изученіе какихъ-либо веществъ на обратительную дѣятельность маточной мышцы: здѣсь всегда можно сказать, что къ дѣйствию испытываемаго вещества на матку примѣшивается еще постороннее вліяніе.

Привная указанный недостатокъ метода безспорнымъ, большинство изслѣдователей находятъ, однако, что недостатокъ этотъ не такъ уже крупенъ, какъ это кажется съ перваго взгляда. Если употреблять баллонъ небольшихъ размѣровъ,—не такой, какимъ, напр., пользовались S c h a t z или Б у х о в ц е в ъ,—если вводить его, далѣе, осторожно, двумя пальцами, то раздраженіе внутренней поверхности матки можно довести до minimum'a. Правда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ первое время послѣ введенія внутриматочнаго баллона схватки дѣлаются все же какъ будто сильнѣе, а иногда, пожалуй, и чаще, за то во многихъ случаяхъ нелзя бываетъ видѣть никакихъ признаковъ раздраженія матки. Во всякомъ случаѣ, если даже баллонъ и проявляетъ раздражающее дѣйствіе на матку, то дѣйствіе это длится обычно недолго: matka, повидимому, скоро привыкаетъ къ такому раздраженію.

Оттого большинство изслѣдователей, работавшихъ съ токодинамометромъ, единогласно заявляютъ, — съ тѣмъ не могу не согласиться и я, — что частота и характеръ схватокъ послѣ введенія баллона, не измѣняются замѣтнымъ образомъ. Кромѣ того, слѣдуетъ имѣть въ виду и то обстоятельство, что раздраженіе, вызываемое баллономъ, остается постояннымъ въ теченіе всего опыта, а, слѣдовательно, результаты послѣдняго, въ концѣ концовъ, отъ этого раздраженія не страдаютъ. Если, наконецъ, принять во вниманіе, что для сужденія о дѣйствиі различныхъ веществъ на матку нужны цифры не абсолютныя, а сравнительныя (до введенія вещества и послѣ введенія), то нельзя не согласиться съ Schatz'emъ, что вліяніе баллона на матку, какъ раздражителя, не имѣетъ особеннаго значенія.

Присуще токодинамометріи еще одно неудобство, и неудобство очень существенное. Дѣло въ томъ, что токодинамометръ является чрезвычайно чувствительнымъ приборомъ; онъ передаетъ не только сокращенія матки и брюшного пресса, но и всѣ случайныя колебанія внутрибрюшного гезр. внутриматочнаго давленія; онъ, напр., отмѣчаетъ тѣ колебанія въ давленіи, которые происходятъ отъ глубокихъ вздоховъ, отъ смѣха, отъ осторожнаго выслушиванія сердцебіенія ребенка, отъ его движеній; достаточно бываетъ слегка подождать руку на животъ роженицы, чтобы вызвать уже измѣненія въ кривой. Впрочемъ каждое такое побочное колебаніе кривой, какъ мы увидимъ ниже, имѣетъ свои характерныя особенности: можно, напр., говорить о колебаніяхъ кривой при кашлѣ, при рвотѣ, плачѣ, чиханіи, движеніяхъ роженицы, ребенка и т. д.; поэтому всегда можно отмѣтить и исключить такія случайныя колебанія изъ общей кривой.

Наконецъ, мы уже видѣли, что внутриматочное давленіе можетъ колебаться въ зависимости отъ измѣненій положенія матки относительно плоскости горизонта, т. е. другими словами, въ зависимости отъ измѣненій положенія роженицы. Поэтому желательно, чтобы роженица во все время токодинамометрическихъ наблюденій находилась въ одномъ и томъ же положеніи. На практикѣ, понятно, провести подобное требованіе довольно затруднительно. Особенно во время сильныхъ болей почти невозможно заставить женщину, въ интересахъ точной записи кривыхъ, лежать совершенно неподвижно, не измѣняя

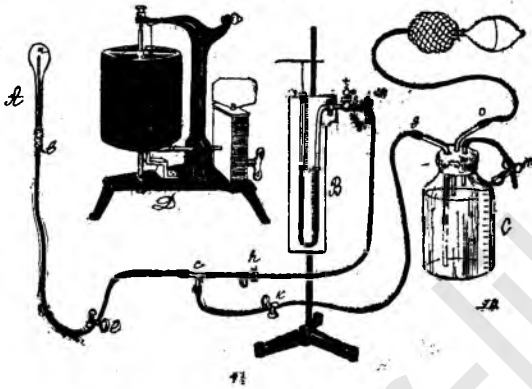
положенія. Мнѣ думается, однако, что въ данномъ отношеніи можно, по крайней мѣрѣ до известной степени, совмѣстить интересы гуманности, необходимой для врача, и точности, требуемой отъ экспериментатора. Можно просить роженицу лежать, по возможности, покойно и каждый разъ отмѣчать точно, въ смыслѣ времени, измѣненія ея положенія, — съ тѣмъ, чтобы впоследствии внести соотвѣтствующія поправки.

Несмотря на всѣ эти недостатки, — недостатки, которые, повторяю, до нѣкоторой степени могутъ быть сглажены путемъ соблюденія нѣкоторыхъ предосторожностей, — токодинамометрія въ настоящее время является методомъ наиболее точнымъ и объективнымъ, — а, слѣдовательно, и научнымъ, — въ дѣлѣ изслѣдованія работы матки у женщины. Конечно, получаемыя при помощи этого метода цифровыя данныя отнюдь не имѣютъ абсолютнаго значенія, а только относительное; при помощи ихъ мы не можемъ точно опредѣлить работу матки въ единицахъ, служащихъ для абсолютнаго измѣренія этой работы, а только въ состояніи бываетъ установить, съ одной стороны, сколько времени продолжается каждая схватка и каждая пауза, а съ другой — какъ колеблется внутриматочное давленіе во время этихъ схватокъ и паузъ; однако и этого для насъ вполне достаточно, чтобы судить о характерѣ и силѣ маточныхъ сокращеній.

Въ виду этихъ соображеній, желая изучить вліяніе питуитрина на родовую дѣятельность матки, я и воспользовался токодинамометрическимъ методомъ, причемъ для проведенія его мнѣ послужилъ приборъ, устроенный по типу Schatz'e всѣхъ его токодинамометра. Отъ послѣдняго онъ отличался главнымъ образомъ тѣмъ, что имѣлъ только одинъ манометръ (ртутный), вся система прибора была совершенно свободна отъ воздуха, и, наконецъ, онъ былъ снабженъ особымъ приспособленіемъ, для наполненія баллона и трубокъ водою и для выкачиванія изъ нихъ воздуха.

Устройство прибора въ общемъ представляется въ слѣдующемъ видѣ (см. рисунокъ). Въ немъ, какъ и въ Schatz'e всѣхъ его токодинамометръ, прежде всего надо отличать баллонъ (А), который вводится въ матку; баллонъ этотъ системой гуттаперчевыхъ трубокъ соединяется съ ртутнымъ манометромъ (В) и приборомъ (С), предназначеннымъ для освобожденія всей системы отъ воздуха и для пополненія

ея водой въ опредѣленномъ количествѣ. Последней составною частью прибора является обыкновенный кимографъ (D) съ часовымъ механизмомъ.



Относительно гимографа много говорить не приходится: это—общеизвѣстный аппаратъ, почему на его описаніи я останавливаться не буду. Отмѣчу только, что кимографъ, съ которымъ я работалъ, былъ приспособленъ лишь для записыванія кривыхъ на закопченной бумагѣ, такъ что въ этомъ отношеніи приходилось испытывать значительныя неудобства, не имѣющія мѣста при работѣ съ кимографомъ, на которомъ можно вести запись кривыхъ на безконечной лентѣ. Обружность барабана равнялась 52 сант., его высота—18 $\frac{1}{2}$ сант. Часовой механизмъ, заведенный на всю пружину, могъ дѣйствовать въ теченіе 2 часовъ, а полный кругъ вращенія барабанъ дѣлалъ въ продолженіе 30—45 минутъ.

Одною изъ главныхъ составныхъ частей прибора является внутриматочный баллонъ, на конструцію котораго, конечно, было обращено особенное вниманіе. Мы видѣли, что Schatz при своихъ изслѣдованіяхъ пользовался обыкновеннымъ копейринтеромъ. Пулло остановился на игрушечномъ шарикѣ, который обыкновенно наполняется водородомъ; всѣ остальные, по его мнѣнію, оказывались или очень упругими, или лопались, не выдерживая давления. Westermarck и Wasenius употребляли, вмѣсто шарика, маленькій со-

сокъ (вмѣстимостью въ 2 куб. сант.), какимъ обыкновенно пользуются при искусственномъ вскармливани дѣтей. Я, по примѣру Букоемскаго, остановился при выборѣ внутриматочнаго баллона на обыкновенномъ резиновомъ кольпейринтерѣ вмѣстимостью въ 20—25 куб. сант. Чтобы устранить растяжимость резины и имѣть возможность производить наблюденія всегда подъ однимъ и тѣмъ же давленіемъ, Смольскій слегка надувалъ шарикъ и облеивалъ его шелковою тафтою. Благодаря особому прибору (С), я имѣлъ возможность каждый разъ вливать въ кольпейринтеръ строго определенное количество воды (20 куб. сант.) и, слѣдовательно, работать при одномъ и томъ же давленіи со стороны самого прибора.

Въ кольпейринтеръ помѣщался англійскій эластическій катетеръ соответствующаго калибра (№№ 11—12), достаточно гибкій и въ то же время достаточно неподатливый для внѣшняго давленія, причемъ свободный конецъ катетера (а) нѣсколько вдавлялся въ просвѣтъ баллона, помѣщаясь въ его центрѣ. Благодаря катетеру, съ одной стороны, можно было легко и безъ боли вводить кольпейринтеръ просто двумя пальцами, не прибѣгая ни къ какимъ побочнымъ инструментамъ (зондъ у Смольскаго, корнцангъ у Ненсен'а), ни къ введенію подъ хлороформомъ полуруки, какъ это дѣлалъ Schatz; съ другой стороны, англійскій катетеръ давалъ увѣренность въ томъ, что при сильныхъ маточныхъ сокращеніяхъ свободный его конецъ не будетъ сжиматься, и такимъ образомъ будетъ сохранена непрерывная передача сокращеній на кимографъ. На первыхъ порахъ для этой же цѣли я, согласно совѣту Ненсен'а, вставлялъ въ узкую часть кольпейринтера (b) нейзильберовую спираль, длиною въ 10 сант., заканчивавшуюся металлическимъ концомъ, на который уже надѣвалась соответствующихъ размѣровъ гуттаперчевая трубка. Такое приспособленіе, во всякомъ случаѣ, цѣлесообразно и вполне достигаетъ своей цѣли.

Наружный конецъ кольпейринтера герм. катетера (b) помощью тесмы, вѣрно намотанной въ нѣсколько рядовъ, соединялся съ гуттаперчевой трубкой, которая посредствомъ Т-образной стеклянной вставки (c) въ свою очередь соединялась съ двумя другими трубками. Изъ послѣднихъ одна (cd) служила непосредственнымъ продолженіемъ трубки bc и соединяла ее съ манометромъ, а другая (cg) соединяла трубки

bc и *cd* съ приборомъ *C*. Длина трубки *bc* отъ катетера до стеклянной Т-образной вставки равнялась 110 сант., длина же трубки *cd* отъ вставки до манометра—90 сант.; такимъ образомъ, длина обѣихъ трубокъ (*bd*) отъ вольпейринтера до манометра равнялась 200 сант., а если сюда причислить и длину катетера (40 сант.), то—240 сант. Длина трубки *cg*, ведшей въ прибору *C*, равнялась 25 сант. Просвѣтъ всѣхъ этихъ трубокъ равнялся приблизительно 5 милл., а толщина ихъ стѣнки—2 милл. На своемъ пути гуттаперчевыя трубки прерывались зажимами, изъ которыхъ одинъ (*e*) помѣщался до стеклянной вставки, другой (*h*)—на протяженіи трубки *cd*, а третій (*k*)—на пути къ прибору *C*. Съ помощью этихъ зажимовъ можно было въ любой моментъ изолировать ту или другую часть прибора.

Ртутный манометръ (*B*) помѣщался на деревянной доскѣ размѣрами $40 \times 8,5$ сант., которая въ свою очередь могла быть укрѣплена на любой высотѣ на желѣзномъ штативѣ при помощи винта. Манометръ представлялъ собою стеклянную трубку съ двумя колѣнами. Одинъ конецъ ея, согнутый почти подъ прямымъ угломъ и помѣщавшійся на верхней, болѣе широкой (ширина 10 сант.), части доски, оканчивался мѣднымъ краномъ съ металлическимъ продолженіемъ, которое соединялось гуттаперчевой трубкой *cd* съ вольпейринтеромъ и приборомъ *C*. На другомъ концѣ манометра (прямомъ) помѣщалось алюминіевое перо на стальномъ стержнѣ, въ который былъ вставленъ каучуковый поплавокъ, плававшій на поверхности содержавшейся въ манометрѣ ртути. Я обращалъ особенное вниманіе на то, чтобы стержень ходилъ совершенно свободно въ металлической муфтѣ, которою заканчивался этотъ конецъ манометра; въ противномъ случаѣ, при сильныхъ маточныхъ соображеніяхъ, особенно же при соображеніяхъ брюшного пресси, находившійся надъ ртутью воздухъ, не имѣя достаточно свободнаго выхода, служилъ причиною того, что ртуть поднималась выше поплавка, и такимъ образомъ нарушалась правильная и непрерывная передача маточныхъ соображеній на барабанъ. Для избѣжанія этого я, кромѣ того, продѣлалъ въ вышеупомянутой муфтѣ отверстіе для свободнаго выхода воздуха.

Чтобы перо, записывавшее кривую, не отскакивало отъ бумаги, мною, по примѣру Буюемскаго, было устроено

простое приспособленіе въ видѣ тонкой нитки съ привѣшеннымъ къ ней восковымъ шарикомъ въ горошину величиною. Нитка эта, висѣвшая на проволокѣ, придѣланной къ верхней перекладинѣ кимографа (см. рис.), перевидывалась черезъ перо и такимъ образомъ прижимала послѣднее къ бумагѣ.

Мѣдный кранъ (*s*), который помѣщался на другомъ, изогнутомъ почти подъ прямымъ угломъ, концѣ манометра, былъ устроенъ такимъ образомъ, что онъ соединялся съ другимъ маленькимъ краномъ (*t*), который помѣщался надъ первымъ и служилъ для выкачивания воздуха изъ прибора. Первый кранъ *s* имѣлъ три хода: при помощи одного изъ нихъ, — при томъ положеніи крана, какое мы видимъ на рисунѣ, — манометръ соединялся съ системой трубокъ, т. е., слѣдовательно, съ кольпейринтеромъ и приборомъ *C*; если повернуть кранъ *s* на 90° , то вся система трубокъ, при помощи второго хода, могла быть соединена, при открытомъ кранѣ *t*, съ наружнымъ воздухомъ; при повертываніи крана *s* на 90° , но въ другую сторону, при посредствѣ третьяго хода и опять-таки при открытомъ кранѣ *t* можно было соединить съ внѣшнимъ воздухомъ соответствующее колѣно манометра.

Я долженъ указать еще на одно важное обстоятельство, которое нужно имѣть въ виду при устройствѣ токодинамометра. Въ моемъ приборѣ трубки манометра въ обоихъ колѣнахъ были одинаковой толщины и строго цилиндрической формы. У Смольскаго трубки были различной величины, — диаметры ихъ относились, какъ 1:4,9, — и не цилиндрической формы, почему при обработкѣ кривыхъ приходилось вводить нѣкоторыя поправки и, кромѣ того, множить всѣ цифры на 5,9. У Пулло трубки манометра были также неодинаковаго диаметра, — диаметръ одной трубки равнялся 1 линіи, диаметръ другой — $2\frac{1}{2}$ линіямъ. Въ манометрѣ Буеомскаго, какъ и въ моемъ, трубки были абсолютно одинаковой толщины и цилиндрической формы, такъ что, какія-бы не получались высоты схватокъ resp. паузъ, достаточно было помножить всѣ полученныя цифры на 2, чтобы получить истинную величину давленія.

Шкала манометра была въ моемъ приборѣ раздѣлена на миллиметры, но обѣ стороны отъ 0 до 160 милл.

Послѣдней составной частью моего прибора являлось приспособленіе *C*, предназначенное для наполненія аппарата

жидкостью и для выкачивания воздуха изъ всей системы. Это добавочное приспособленіе представляло изъ себя простую банку съ широкимъ горломъ, вмѣстимостью въ 500 куб. сант. Банка закупоривалась герметически пробкой, черезъ которую проходили три стеклянныхъ трубки, изогнутыя подъ угломъ, причемъ на одну изъ нихъ (*g*), доходившую до дна банки, надѣвалась гуттаперчевая трубка, которая соединяла приборъ съ манометромъ и кольпейринтеромъ; на другую трубку (*o*), которая помѣщалась надъ уровнемъ жидкости въ банкѣ, надѣвался обыкновенный гуттаперчевый баллонъ для накачивания воздуха; на третью стеклянную трубку, которая также не доходила до дна банки, надѣвалась гуттаперчевая трубка съ зажимомъ, которая служила для того, чтобы прекратить при накачиваніи баллономъ доступъ воздуха, или освободить приборъ отъ избытка послѣдняго. Весь аппаратъ, т. е. резиновые трубки, кольпейринтеръ и манометръ, наполнялся при помощи прибора *C* слабымъ ($\frac{1}{4}\%$) растворомъ карболовой кислоты, причемъ кольпейринтеръ всегда наполнялся определеннымъ количествомъ (20 куб. сант.) жидкости, для чего приборъ *C* былъ градуированъ.

Всѣ свои наблюденія я велъ въ такомъ порядкѣ.

Прежде всего тщательно дезинфицировалось все то, что должно было приходить въ соприкосновеніе съ половыми частями роженицы. Я уже упоминалъ, что баллонъ и система гуттаперчевыхъ трубокъ наполнялись $\frac{1}{4}\%$ растворомъ карболовой кислоты. Самый кольпейринтеръ сначала стерилизовался кипяченіемъ, затѣмъ сохранялся въ растворѣ сулемы 1:500. Кипяченіе, хотя-бы и однократное, настолько вліяло на стѣнки кольпейринтера въ смыслѣ уменьшенія ихъ эластичности, что кольпейринтеръ приходилось мѣнять черезъ каждые три опыта. Руки мылись по способу *Fürbringers*; наружныя половыя части роженицы, послѣ предварительнаго мытья горячей водой съ мыльнымъ спиртомъ, тщательно обмывались растворомъ сулемы 1:1000.

Установка прибора начиналась обыкновенно съ наполненія его водою и выкачивания изъ всей системы воздуха. Для этого прежде всего закрывался зажимъ *e*, снимались два другихъ зажима (*k* и *h*), и кранъ *s* поворачивался такимъ образомъ, чтобы соединить трубки *cg* и *cd* съ наружнымъ воздухомъ, для чего открывался кранъ *t*. Послѣ этого при

помощи гуттаперчевого баллона выкачивался воздухъ изъ упомянутыхъ трубокъ, и онѣ наполнялись карболовымъ растворомъ. Послѣ наполненія трубокъ *cg* и *cd* кранъ *t* закрывался, а кранъ *s* ставился такъ, какъ это изображено на рисункѣ, и производилось накачиваніе раствора въ соответствующее колѣно манометра. Ртуть въ другомъ колѣнѣ послѣдняго, конечно, поднималась на ту или другую высоту. Послѣ этого кранъ *s* быстро поворачивался на 90° , чтобы соответствующее колѣно манометра соединилось черезъ открытый кранъ *t* съ наружнымъ воздухомъ; при этомъ, конечно, часть карболоваго раствора, попавшаго въ это колѣно при накачиваніи, выталкивалась вмѣстѣ съ воздухомъ наружу. Послѣ того кранъ *t* снова закрывался, крану *s* опять придавалось прежнее положеніе (изображенное на рисункѣ), снова накачивалась жидкость въ манометръ, теперь уже въ большемъ количествѣ по сравненію съ первымъ разомъ, и опять, при соответствующемъ поворачиваніи крана *s* и при открытомъ кранѣ *t*, выталкивалась новая порція воздуха вмѣстѣ съ частью жидкости. Такая процедура повторялась нѣсколько разъ до тѣхъ поръ, пока не удалялся весь воздухъ изъ манометра. Для полного удаленія воздуха требовалось не больше 7—10 мин.

Наполненіе жидкостью (карболовымъ растворомъ) манометра съ трубками *cg* и *cd* и освобожденіе ихъ отъ воздуха не приходилось повторять, тогда какъ наполненіе жидкостью кольпейринтера и трубки *cb* и освобожденіе ихъ отъ воздуха приходилось дѣлать каждый разъ заново передъ началомъ наблюденія. Для этого прежде всего наполнялась жидкостью трубка *cb*, съ помощью накачиванія гуттаперчевымъ баллономъ (конечно при закрытомъ зажимѣ *h*), послѣ чего на нее накладывался зажимъ *e*. Затѣмъ я бралъ, — дезинфицированными, конечно, руками, — кольпейринтеръ, влялъ его въ стерильный тазъ съ $\frac{1}{4}\%$ растворомъ карболовой кислоты и давалъ ему наполниться растворомъ, послѣ чего соединялъ трубку кольпейринтера герм. катетеръ съ концомъ (*b*) трубки *cb*, обматывая кругомъ ихъ, въ нѣсколько рядовъ, тесьму, которая употребляется при перевязкѣ пушины. Послѣ этого зажимъ *e* снимался, кольпейринтеру придавалось такое положеніе, какое мы придаемъ шприцу при удаленіи изъ него воздуха, и въ этомъ положеніи изъ него выгонялась жид-

кость вмѣстѣ съ оставшимся воздухомъ (зажимъ *m* при этомъ, конечно, снимался). Если воздухъ не весь оказывался удаленнымъ изъ кольпейринтера, что можно было контролиро- вать черезъ стеклянную вставку (*c*), то приходилось снова наполнять кольпейринтеръ растворомъ и повторять всю про- цедуру. Послѣ освобожденія кольпейринтера отъ воздуха и жидкости, навлаживался зажимъ *e*, я еще разъ тщательно мылъ свои руки, обеззараживалъ, — указаннымъ уже спосо- бомъ, — наружныя половыя части роженицы и вводилъ коль- пейринтеръ по пальцу сначала въ рукавъ, затѣмъ въ матку, гдѣ и помѣщалъ его за головку плода настолько высоко, на- сколько это позволяло сдѣлать открытіе зѣва. Далѣе съ по- мощью прибора *C* въ кольпейринтеръ накачивалось 20 куб. сант. жидкости, закрывался зажимъ *e*, манометръ съ соеди- ненными его трубками придвигался къ кимографу съ завоп- ченнымъ предварительно барабаномъ и закрѣплялся здѣсь на желѣзномъ штативѣ такимъ образомъ, чтобы уровень ртути находился приблизительно на уровнѣ плоскости входа въ тазъ. Кимографъ при моихъ опытахъ помѣщался на отдѣльномъ столѣ. Уровень ртути въ обоихъ колѣнахъ манометра ставил- ся на 0° , кранъ *s* закрывался, и проводилась абсцисса на завопченномъ барабанѣ. Нитка съ шарикомъ перекидывалась черезъ перо, отмѣчалось начало опыта (на часахъ и особой чертой на абсциссѣ), навлаживался зажимъ *k*, восстановля- лась связь манометра съ кольпейринтеромъ (кранъ *s* ставился, какъ показано на рисунѣ, а зажимы *h* и *l* снимались), ба- рабанъ пускался въ ходъ, и наблюденіе начиналось.

При смѣнѣ барабана мнѣ приходилось испытывать не- удобство, отъ котораго свободны кимографы съ безконечной лен- той. Для того, чтобы полученные кривыя можно было срав- нивать одну съ другою, необходимо было имѣть всегда одну и ту же абсциссу, а для этого каждый разъ приходилось-бы вынимать кольпейринтеръ изъ матки. Съ помощью прибора *C* можно было, однако, до известной степени избѣжать и это- го неудобства. Для этого я поступалъ такимъ образомъ: за- крывши предварительно зажимъ *e* и оставивши открытыми трубки *cd* и *cg*, я двумя пальцами правой руки, большимъ и указательнымъ, начиналъ выжимать жидкость изъ трубки *cd*, начиная отъ точки *d* (зажимъ *m* при этомъ предварительно снимался). Благодаря отрицательному давленію въ трубѣ *cd*,

уровень ртути въ соответствующемъ колѣнѣ манометра при этомъ повышался. Постепенно выпуская теперь жидкость, можно было довести этотъ уровень ртути до O^0 , закрыть кранъ s и вычертить абсциссу на такой же высотѣ, что и ранѣе, т. е. на O . Послѣ того зажимъ e снимался,—послѣ предварительнаго, конечно, наложенія зажима k ,—и наблюдене продолжалось. Вся эта процедура требовала не больше 2 минутъ.

Я не имѣлъ въ своемъ распоряженіи механическаго счетчика (секундомѣра), а потому мнѣ приходилось при своихъ наблюденіяхъ тщательно отмѣчать время начала записи и конца ея. Зная, однако, величину окружности барабана или, вѣрнѣе, длину абсциссы въ намѣченныхъ двухъ границахъ, зная, съ другой стороны, промежутокъ времени, въ теченіе котораго происходила запись, мнѣ легко можно было раздѣлить всю абсциссу на секунды. Конечно, чтобы этотъ приемъ имѣлъ смыслъ, надо было, чтобы вращеніе барабана происходило равномерно, съ одною и тою же скоростью въ теченіе всего наблюденія. Последняго можно было достигнуть строгой проверкой кимографа передъ началомъ каждаго наблюденія, причемъ часовой механизмъ всегда заводился на всю пружину передъ началомъ каждой кривой.

Передъ производствомъ токодинамометрическихъ наблюденій, у роженицы предварительно изслѣдовались сердце, легкія, моча (на бѣловъ), t^0 и характеръ родовой дѣятельности. Послѣ введенія кольпейринтера аппаратъ не тотчасъ пускался въ дѣйствіе—для того, чтобы дать возможность маткѣ нѣсколько привыкнуть къ тому раздраженію, которое вызвалъ кольпейринтеръ. Наконецъ, токодинамометръ приводился въ дѣйствіе, послѣ чего сначала въ теченіе нѣкотораго времени (20—40 мин.) производилась запись нормальныхъ сокращеній матки; вслѣдъ затѣмъ впрыскивался питуитринъ, причемъ время впрыскиванія точно отмѣчалось на абсциссѣ и замѣчалось на часахъ. Питуитринъ я впрыскивалъ исключительно подъ кожу (въ руку, ногу, кожу живота), соблюдая при этомъ предосторожности, на которыхъ настаивалъ Noble и ег, т. е. промывая шприцъ въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли и не употребляя для обеззараживанія кожи спирта.

Полученныя при моихъ наблюденіяхъ данныя будутъ подробно изложены въ слѣдующей главѣ, здѣсь же я скажу лишь нѣсколько словъ относительно способа обработки полученныхъ мною кривыхъ.

Бумага, снятая съ барабана, сначала смачивалась скипидаромъ, затѣмъ высушивалась и фиксировалась въ смѣси шеллака съ денатурированнымъ спиртомъ (aa). Самую обработку кривыхъ Букоемскій, напр., производилъ такимъ образомъ: онъ опускалъ отъ наивысшей точки кривой на абсциссу перпендикуляръ, который выражалъ, такимъ образомъ, общую высоту схватки; затѣмъ такимъ же перпендикуляромъ онъ измѣрялъ разстояніе низшей точки каждой паузы отъ той же абсциссы, причѣмъ полученная величина обозначала высоту давленія во время паузы. Разность этихъ двухъ величинъ давала собственную высоту давленія схватки („относительное давленіе“ по Смольскому). При обработкѣ своихъ кривыхъ я пользовался тѣмъ же способомъ, применивъ только для вычисленія давленія во время схватокъ и паузъ Glasmasstab Zimmermann'a. Полученныя цифры, понятно, умножались на 2.

Глава IV.

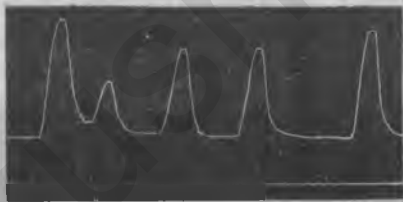
Физиологическая работа изгоняющихъ силъ при родахъ на основаніи изслѣдованій съ токодинамометромъ.—Паузы.—Кривая физиологическихъ схватокъ, ея типъ.—Переходныя схватки.—Кривая потугъ.—Случайныя колебанія токодинамометрической кривой.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію данныхъ, полученныхъ мною, съ помощью токодинамометрическихъ наблюдений, по вопросу о вліяніи питуитрина на сокращенія матки при родахъ, я долженъ хотя вкратцѣ воснуться физиологіи родового акта въ томъ освѣщеніи, которое ему даютъ изслѣдованія съ токодинамометромъ. Такихъ изслѣдованій въ литературѣ имѣется очень ограниченное количество: я могу здѣсь назвать лишь работы Schatz'a, Westermarck'a, Polaillon'a, Hensen'a, Schäffer'a и Wasenius'a. Въ виду ограниченности числа подобныхъ изслѣдованій, я, чтобы имѣть собственный опытъ въ этомъ отношеніи, провелъ 7 нормальныхъ родовъ съ токодинамометромъ и полученные результаты представляю въ дальнѣйшемъ вмѣстѣ съ литературными данными. Я не буду при этомъ касаться вопроса о томъ, гдѣ и какимъ образомъ возникаютъ маточныя сокращенія. Равнымъ образомъ я оставляю въ сторонѣ вопросъ о характерѣ послѣднихъ,—суть-ли это сокращенія перистальтическія, какія наблюдаются въ маткѣ животныхъ (Heddaeus, Spiegelberg, Keiffer, Schatz, Winkel), и существованіе которыхъ доказано для двурогой матки, или же сокращенія матки женщины во время нормальныхъ родовъ являются въ формѣ „перистальтическаго, впередъ идущаго тетануса“ (Ястребовъ), или, наконецъ, это суть сокра-

щенія *sui generis*, зависящія отъ раздраженія различныхъ участковъ органа и его связочнаго аппарата и одновременно распространяющіяся отсюда въ различныхъ направленихъ (Ahlfeld, Cohnstein, Glaevecke, Hoffmann, Werth, Schäffer и др.). Я не буду, повторяю, касаться всѣхъ этихъ вопросовъ, такъ какъ до послѣдняго времени всѣ они остаются еще нерѣшенными. Въ настоящей главѣ я ограничусь лишь тѣмъ, что кратко охарактеризую дѣятельность изгоняющихъ силъ при нормальныхъ родахъ въ томъ видѣ, какъ она представляется при товодинамометрическомъ изслѣдованіи, и попутно отмѣчу тѣ побочныя колебанія, зависящія отъ движеній ребенка, дыханія роженицы, ея смѣха, плача, рвоты и пр., которыя, какъ мы уже видѣли выше, въ значительной степени затемняютъ товодинамометрическую кривую, и знакомство съ которыми необходимо для того, чтобы избѣгать ошибокъ при толкованіи послѣдней.

Если мы обратимся въ кривымъ, которыя представлены въ текстѣ, то увидимъ, что прежде всего слѣдуетъ рѣзко различать товодинамометрическую кривую схватокъ *resp.* сокращеній матки (см. кривыя №№ 1, 2, 3) отъ кривой потугъ *resp.*

Кривая № 1.

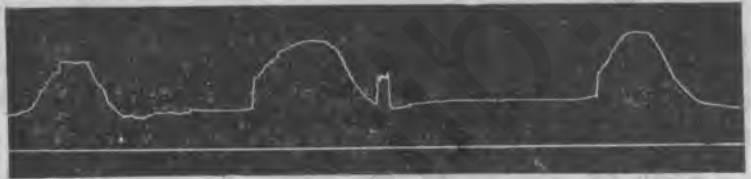


Кривая физиологическихъ схватокъ *resp.* сокращеній матки при медленномъ вращеніи барабана.

сокращеній мышцъ брюшнаго пресса (см. кривую № 5); далѣе, въ каждомъ отдѣльномъ сокращеніи,—будетъ-ли это схватка или потуга, безразлично,—можно ясно различать нарастающій стадій (*stadium incrementi*), вершину сокращенія (*acme*) и стадій постепеннаго расслабленія (*stadium decrementi*). За каждымъ сокращеніемъ нормально слѣдуетъ пауза.

Если, далѣе, мы займемся болѣе детальнымъ разсмотрѣ-
ніемъ маточныхъ сокращеній и паузъ, то прежде всего дол-
жны будемъ отмѣтить трудность точнаго опредѣленія границъ
тѣхъ и другихъ. Правда, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пауза по-
лучается въ видѣ прямой линіи, вычислить правильно про-
должительность ея является дѣломъ нетруднымъ; но за то
тамъ, гдѣ на кривой пауза представляется не въ видѣ пря-
мой линіи, а въ видѣ дуги,—когда, выражаясь вульгарно,

Кривая № 2.



Кривая физиологическихъ схватокъ resp. сокращеній матки при быстромъ
вращеніи барабана.

предшествовавшая паузѣ схватка имѣетъ длинный хвостъ,—
въ этихъ случаяхъ очень трудно, чтобы не сказать большаго,
отграничить конецъ схватки отъ начала паузы. Къ этому

Кривая № 3.



Кривая физиологическихъ схватокъ resp. сокращеній матки.

слѣдуетъ еще присоединить наличность двойныхъ и комбини-
рованныхъ схватокъ, которыя также препятствуютъ точному
вычисленію продолжительности схватокъ. Считалось съ этими
обстоятельствами, на которыя указывали и предыдущіе изслѣ-

дователи (Hensen, Westermark, Wasenius и др.), надо всегда имѣть въ виду до известной степени субъективный характер вычисления продолжительности какъ схватокъ, такъ и паузъ по токодинамометрической кривой. Ошибка здѣсь, впрочемъ, не должна быть большой: Westermark опредѣляетъ ее maximum въ 5 сек., но, какъ правило, она гораздо меньше. Съ этой поправкой и должны приниматься среднія цифры продолжительности паузъ и схватокъ, которыя приведены мною въ дальнѣйшемъ.

Средняя продолжительность паузъ, вычисленная при нормальныхъ родахъ различными авторами, колеблется въ широкихъ границахъ: Schatz, напр., среднюю продолжительность паузъ вычислилъ, на основаніи своихъ изслѣдованій, въ 60 сек., Hensen—въ 91 сек., Polailon—въ 106 сек., Schafffer—въ 116,5 сек. для періода раскрытія и въ 100,7 сек. для періода изгнанія, Westermark—въ 132,4 сек., Wasenius—въ 138,3 сек., а за вычетомъ двойныхъ схватокъ—въ 124,4 сек. Такимъ образомъ, средняя продолжительность паузъ, вычисленная Schatz'емъ, слишкомъ въ 2 раза меньше той, которую даетъ Wasenius. Причину такой разницы въ цифрахъ слѣдуетъ искать въ индивидуальности роженицы, а также въ томъ обстоятельствѣ, что авторы при своихъ изслѣдованіяхъ наблюдали роженицъ въ различные періоды родовъ.

На основаніи своихъ изслѣдованій съ токодинамометромъ я могу сказать, что продолжительность паузъ колеблется въ широкихъ границахъ не только у различныхъ роженицъ, но и у одной и той же роженицы въ различные моменты родовъ. Несомнѣнно, что съ прогрессированіемъ родовъ продолжительность паузъ укорачивается—такъ, что наиболѣе продолжительныя паузы наблюдаются въ самомъ началѣ періода раскрытія, а самыя короткія—въ концѣ этого періода и во время періода изгнанія. При своихъ изслѣдованіяхъ я получилъ слѣдующія среднія цифры продолжительности паузъ въ разные моменты родовъ:

начало періода раскрытія (открытіе на 2 пальца)	—148 сек.,
конецъ періода раскрытія	—118 сек.,
періодъ изгнанія	— 96 сек.

Такимъ образомъ, если вычислить среднюю продолжительность паузъ для всего родового акта, то таковая (120,6

себ.) почти совпадает со средней продолжительностью паузъ, выведенной *W a s e n i u s*'омъ. Двойныя и комбинированныя схваты, конечно, мною при вычисленіи исключались.

Внутриматочное давленіе во время паузъ подвергается такимъ же индивидуальнымъ колебаніямъ, какъ и средняя продолжительность паузъ. Въ моихъ опытахъ оно варьировало отъ 18 до 40 милл. Hg. Такія колебанія, помимо чисто-индивидуальныхъ, не поддающихся учету особенностей, зависѣли отъ различныхъ вполнѣ опредѣленныхъ причинъ и прежде всего отъ различнаго положенія роженицы (положеніе на одномъ боку, на другомъ, положеніе на спинѣ и пр.). Заставляя роженицу, въ одномъ изъ своихъ случаевъ, измѣнять положеніе, я могъ констатировать разницу давленія, колебавшуюся въ предѣлахъ отъ 1 до 3 милл. Hg.

Если роженица въ продолженіе всего наблюденія лежитъ на спинѣ, то, по мнѣнію *W e s t e r m a r k*'а, давленіе во время паузъ остается величиной постоянной: „до тѣхъ поръ“,— говоритъ онъ,— „пока объемъ содержимаго матки не измѣнится, не измѣняется и внутриматочное давленіе во время паузъ“. *S c h a t z* также думаетъ, что внутриматочное давленіе во время паузъ остается одинаковымъ до тѣхъ поръ, пока не измѣнится толщина маточной стѣнки. Давленіе это, обусловливаемое растяженіемъ маточной мускулатуры и брюшного пресса, при недѣлительной маточной мускулатурѣ и при положеніи роженицы на спинѣ, *S c h a t z* опредѣляетъ въ 5 милл. Hg.

Со своей стороны я не могу согласиться съ *W e s t e r m a r k*'омъ, какъ не могу признать справедливымъ и мнѣніе *S c h a t z*'а. Внутриматочное давленіе во время паузъ, даже при одномъ и томъ же положеніи роженицы, можетъ мѣняться, какъ я уже замѣтилъ, въ зависимости отъ многихъ факторовъ. Уже тотчасъ послѣ введенія баллона давленіе во время паузъ поднимается,—хотя, правда и не всегда,—на 1—2, даже на 5 милл. Hg., и остается на этой высотѣ до тѣхъ поръ, пока не прекратится раздраженіе, вызванное изслѣдованіемъ и введеніемъ баллона. Далѣе, внутриматочное давленіе во время паузъ измѣняется въ зависимости отъ разницы въ уровняхъ между входомъ въ тазъ и самой высокой точкой матки, каковая разница обычно мѣняется при перемѣнѣ роженицей положенія. Роженица, лежа на спинѣ, можетъ не-

много повернуться на бокъ, можетъ нѣсколько выше приподняться на кровати, можетъ, наоборотъ, опуститься глубже и пр. Все это непременно скажется на давленіи во время паузы. Переменная положенія баллона въ маткѣ также можетъ служить причиной измѣненія показаній токодинамометра. Не менѣе рѣзко могутъ вліять на внутриматочное давленіе и колебанія внутрибрюшного давленія въ зависимости отъ различныхъ моментовъ. Въ одномъ изъ своихъ случаевъ, напр., я могъ наблюдать ясное паденіе внутриматочнаго давленія послѣ того, какъ у роженицы была выпущена моча. Аналогичный случай приводитъ Wasenius.

Всѣ вышеописанныя колебанія во время паузы мнѣ приходилось наблюдать при своихъ токодинаметрическихъ изслѣдованіяхъ, причемъ колебанія эти, зависящія отъ многихъ измѣняющихся и, повторяю, не всегда поддающихся учету факторовъ, слѣдуетъ считать довольно значительными. Поэтому при разборѣ дѣйствія потужныхъ средствъ на основаніи токодинаметрическихъ данныхъ необходимо коррегировать возможную ошибку. Проще всего это достигается вычисленіемъ относительнаго давленія (давленіе во время схватокъ минусъ давленіе во время паузы), которое собственно и служитъ показателемъ дѣйствительной работы изгоняющихъ силъ.

Весьма значительныя колебанія внутриматочнаго давленія во время паузы наблюдаются передъ моментомъ разрыва плоднаго пузыря и послѣ отхода околоплодныхъ водъ. Обстоятельство это впервые подмѣтилъ Westermarck, который наблюдалъ незадолго до отхода первыхъ водъ повышеніе внутриматочнаго давленія во время паузы, въ отдѣльныхъ случаяхъ колебавшееся между 12 и 55 милл. Hg. Впослѣдствіи такое же нарастаніе давленія наблюдалъ въ двухъ случаяхъ Hensen и въ одномъ случаѣ—Wasenius. Послѣ разрыва оболочекъ давленіе во время ближайшихъ паузы, напротивъ, падаетъ, а потомъ снова проявляетъ тенденцію подняться на прежнюю высоту.

Почему повышается давленіе во время ближайшихъ къ моменту разрыва пузыря паузы,—ни Westermarck, ни Hensen объясненія не даютъ. Wasenius причину его видитъ, съ одной стороны, въ томъ, что длинная ось матки въ концѣ періода раскрытія достигаетъ самаго большого растя-

женія, а съ другой—въ томъ, что здѣсь связывается рефлекторное тоническое сокращеніе мышцъ брюшнаго пресса. Съ послѣднимъ нельзя не согласиться, такъ какъ вліяніе брюшнаго пресса начинаетъ связываться уже при 4 пальцахъ открытія зѣва (см. ниже). Въ пользу же перваго объясненія Wasenius'a говоритъ отчасти тотъ фактъ, что въ 3 случаяхъ этого наблюдателя и въ одномъ изъ моихъ случаевъ, когда пузырь, при полномъ открытіи зѣва, опустился глубоко во влагалище, произошло передъ разрывомъ его не повышеніе внутриматочнаго давленія, а, наоборотъ, паденіе.

Что касается, далѣе, паденія внутриматочнаго давленія послѣ разрыва оболочекъ, то Schatz объясняетъ его способностью плода возстановлять свою форму и отчасти—тѣмъ обстоятельствомъ, что послѣ разрыва плоднаго пузыря временно перестаетъ дѣйствовать брюшная пресса. Westermаркъ даетъ другое объясненіе, по моему мнѣнію гораздо болѣе простое: при разрывѣ плодныхъ оболочекъ происходитъ уменьшеніе содержимаго матки; поэтому внутриматочное давленіе во время ближайшей паузы и падаетъ. Проявляющуюся впоследствии тенденцію давленія подняться на прежнюю высоту Westermаркъ наблюдалъ сравнительно рѣдко, причемъ и въ тѣхъ его случаяхъ, гдѣ давленіе повышалось, оно никогда не достигало своей первоначальной высоты. Последнее будетъ вполне понятнымъ, если мы примемъ во вниманіе, что вслѣдствіе продолжающагося отхода большаго или меньшаго количества околоплодныхъ водъ, а частью оттого, что подлежащая часть плода глубже проникаетъ въ полость таза, объемъ содержимаго матки послѣ разрыва пузыря съ каждою схваткой долженъ уменьшаться.

Schatz стремленіе внутриматочнаго давленія послѣ отхода водъ повышаться объясняетъ тѣмъ, что, съ опорожненіемъ матки, толщина стѣнокъ послѣдней увеличивается. Westermаркъ видитъ причину этого повышенія въ „Verkürzungsrückstand“ маточной мускулатуры (обратное возвращеніе къ укороченному состоянію). По объясненію Wasenius'a, повышеніе внутриматочнаго давленія послѣ отхода околоплодныхъ водъ находится въ зависимости отъ условій давленія въ брюшной полости, которыя, въ свою очередь, зависятъ отъ сокращенія брюшныхъ стѣнокъ и діафрагмы. При изгнаніи плода изъ матки, а равно и при истеченіи околоплодныхъ водъ

брюшная мускулатура и диафрагма не могут достаточно быстро приспособиться къ этому, отчего при разрывѣ пузыря, а также при изгнаніи плода, и происходитъ замѣтное паденіе внутриматочнаго давленія. Позже, однако, брюшныя мышцы и диафрагма приспособляются къ новымъ условіямъ, и давленіе выравнивается.

Переходя теперь къ разсмотрѣнію физиологическихъ схватокъ гестр. маточныхъ сокращеній, изображеніе которыхъ представлено на прилагаемыхъ кривыхъ (см. кривыя №№ 1—3), я долженъ напередъ оговориться, что оставлю въ сторонѣ вопросъ о томъ, что представляетъ изъ себя кривая маточнаго сокращенія, которую мы имѣемъ при токодинамометрической записи,—есть-ли это чистая кривая простого мышечнаго сокращенія, т. е. кривая расслабленія мышцы и кривая ея растяженія (что отвергаетъ,—и правильно,—Schatz), или кривая маточныхъ схватокъ представляетъ, какъ думаетъ Hensen, сумму цѣлаго рода маленькихъ кривыхъ, изъ которыхъ каждая соотвѣтствуетъ сокращенію части маточной мускулатуры, или, наконецъ, кривая маточнаго сокращенія совпадаетъ съ мышечной кривой, которая получается съ опытами на гладкой мускулатурѣ. Разрѣшеніе этого вопроса не входитъ въ мою задачу, почему я на немъ и не буду останавливаться.

Schatz утверждаетъ, что каждой роженицѣ свойственна особая, индивидуальная кривая схватокъ, которая, за исключеніемъ извѣстной разницы въ высотѣ, остается постоянной отъ начала родовъ до конца ихъ. Взглядъ этотъ находитъ себѣ подтвержденіе въ наблюденіяхъ Wasenius'a, который имѣлъ возможность наблюдать повторно маточныя сокращенія у одной и той же роженицы, причемъ оказалось, что кривая сокращеній при обоихъ родахъ имѣла одинъ и тотъ же типъ. Но, конечно, мысль Schatz'a нельзя понимать въ томъ смыслѣ, что у одной и той же роженицы одна схватка походитъ на другую математически точно.

Чистую форму кривой схватокъ можно наблюдать во время періода раскрытія, когда еще не начинается работать брюшной прессъ. На каждой такой кривой мы ясно можемъ различить (см. кривыя №№ 1—3) три части: 1) поднимающуюся часть кривой, соотвѣтствующую *stadium incrementi*, 2) вершину кривой, соотвѣтствующую асме схватки, и 3) падающую часть кривой, соотвѣтствующую *stadium decrementi*.

По Ненсену, кривая схватки начинается медленнымъ, почти прямымъ подъемомъ, за которымъ слѣдуютъ вогнутая въ абсциссѣ дуга и примыкающее къ ней повышеніе почти по прямой линіи; затѣмъ слѣдуетъ закругленная вершина, и начинается stadium decementi. Какъ правило, паденіе идетъ почти вполонину медленнѣе, чѣмъ поднятіе. При паденіи первая часть кривой выражается почти такой же прямой линіей, какъ и повышеніе въ нарастающей части кривой передъ асте, затѣмъ слѣдуетъ болѣе медленное дугообразное паденіе, которое постепенно переходитъ въ окончаніе схватки, приближаясь постепенно къ абсциссѣ. Такимъ образомъ мы имѣемъ три періода, въ которыхъ, кромѣ давленія, по наблюденіямъ Ненсена, измѣняется также и дифференціалъ кривой, т. е. величина нарастанія и паденія давленія въ извѣстный промежутокъ времени. Далѣе, Ненсен устанавливаетъ нѣсколько (до 6) отклоненій кривой отъ нормальнаго типа, изъ которыхъ самымъ частымъ, по его наблюденіямъ, является та форма кривой, въ которой отсутствуетъ дугообразное возвышеніе, и такимъ образомъ имѣется укороченіе нарастающей части кривой.

До сихъ поръ не рѣшенъ еще вопросъ, даютъ-ли кривыя нормальныхъ маточныхъ сокращеній такъ наз. plateau. Ненсен такую форму кривой считаетъ отклоненіемъ отъ нормальнаго типа, которое онъ встрѣтилъ на 900 своихъ кривыхъ 25 разъ. Polaillon замѣчаетъ въ своей работѣ, что plateau встрѣчается очень рѣдко. По наблюденіямъ Wasepius'a такая форма кривой встрѣчается не только въ періодѣ изгнанія, гдѣ она является правиломъ, но ее можно встрѣтить и въ періодѣ раскрытія. Westermarck при своихъ изслѣдованіяхъ нашелъ, что постоянной формой нормальнаго маточнаго сокращенія является кривая съ plateau, причемъ продолжительность соответствующей послѣдней части схватки въ среднемъ равняется 8,1 сек. Schatz, напротивъ, утверждаетъ, что никогда на человѣческой маткѣ кривая ея сокращеній не даетъ на своей вершинѣ plateau.

Если мы обратимся теперь къ разсмотрѣнію кривыхъ, приложенныхъ въ текстѣ, то увидимъ, что форма кривой маточнаго сокращенія въ періодѣ раскрытія въ общемъ приближается къ нормальному типу, данному Ненсеномъ. Мы можемъ сказать, что падающая часть кривой является почти

точнымъ отраженіемъ нарастающей ея части, или, скорѣе, каждая изъ нихъ напоминаетъ два латинскихъ *S*, поставленныхъ другъ противъ друга, причемъ первое *S* стоитъ болѣе отвѣсно, второе—болѣе полого. Отъ этого общаго типа возможны, однако, отклоненія въ ту или другую сторону: не всегда, напр., поднятіе кривой бываетъ отвѣснымъ, а паденіе—отлогимъ, изрѣдка наблюдаются и обратныя отношенія, а нѣсколько чаще поднятіе и паденіе являются одинаковыми. Иногда нарастающая часть кривой начинается такимъ рѣзкимъ повышеніемъ, что получается не дуга, а уголь (см. кривую № 2). Что касается plateau, то, какъ въ періодѣ раскрытія, такъ и въ періодѣ изгнанія, эта форма кривой встрѣчается одинаково нерѣдко. Мнѣ кажется, что на образованіе plateau оказываетъ вліяніе скорость вращенія записывающаго барабана, а именно, plateau чаще регистрируются при болѣе быстромъ вращеніи послѣдняго. Для примѣра укажу на кривую № 1, записанную при вращеніи барабана со скоростью 0,94 сант. въ минуту, гдѣ асте схватокъ представляется въ видѣ закругленій, тогда какъ на кривой № 2, записанной при болѣе быстромъ (почти въ $2\frac{1}{2}$ раза) вращеніи барабана, можно замѣтить уже ясныя plateau; кривая № 3 является въ этомъ отношеніи промежуточной между № 1 и № 2.

Что касается продолжительности схватокъ, то, вообще говоря, наблюденія съ товодинамометромъ показываютъ, что продолжительность эта бываетъ наименьшею въ началѣ родовъ, а своего maximum'a достигаетъ въ концѣ періода раскрытія. Въ началѣ второго періода родовъ, далѣе, схватки дѣлаются нѣсколько короче, въ концѣ же этого періода достигаютъ приблизительно такой же продолжительности, какъ и въ концѣ періода раскрытія. Среднія цифры продолжительности схватокъ, приводимыя различными авторами, колеблются въ довольно широкихъ предѣлахъ даже у одного и того же автора. Такъ, напр., по Schatz'у средняя продолжительность схватокъ колеблется отъ 60 до 90 сек., по Westermarck'у она равна 68,7 сек., по Wasenius'у—99,3 сек., по Polak'у—106 сек., а по Hensen'у—108 сек. Schäffer для первой половины періода раскрытія продолжительность схватокъ опредѣляетъ въ 70 сек., для второй половины—въ 65 сек., для періода изгнанія соотвѣтствующія цифры будутъ—71 сек. и 77 сек. Въ моихъ изслѣдованіяхъ

средняя продолжительность схваток колебалась отъ 90 до 100 сек.

Въ частности, для продолжительности отдѣльныхъ стадій схватокъ *Westermarck* даетъ такія цифры:

stadium incrementi = 25—30 сек.,
stadium decrementi = 40—45 сек.,
асме = 8,1 сек.

Polaillon: stadium incrementi = 3,79 сек.,
stadium decrementi приблизительно вдвое меньше.

Wasenius: stadium incrementi = 35,2 сек.,
stadium decrementi = 52 сек.,
асме = 10 сек.

По моимъ изслѣдованіямъ stadium incrementi = 38,7 сек.,
stadium decrementi = 58,8 сек.,
асме = 7,2 сек.

Для внутриматочнаго давленія во время схватокъ различные авторы даютъ слѣдующія среднія цифры:

Wasenius—79,3 милл. Hg. (среднее для максимальнаго давленія всѣхъ схватокъ).

Schatz—80 милл.

Hensen—96,6 милл.

Westermarck—107,7—108,7 милл.

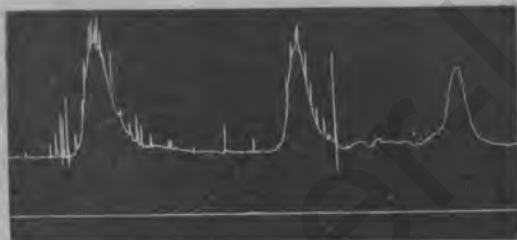
Цифры, полученныя мною, ближе всего подходятъ къ тѣмъ, которыя получилъ *Hensen*, именно, среднее максимальное давленіе во время схватокъ при нормальныхъ родахъ равнялось въ моихъ случаяхъ 94,3 милл. Hg. Въ общемъ слѣдуетъ замѣтить, что внутриматочное давленіе во время схватокъ прогрессируетъ съ теченіемъ родовъ, такъ что въ началѣ ихъ оно бываетъ наименьшимъ, а въ концѣ періода изгнанія достигаетъ своего максимума.

Изъ отклоненій отъ нормальнаго типа схватокъ надо прежде всего отмѣтить двойныя и комбинированныя схватки. Подъ двойными схватками понимаются состоящія изъ двухъ, быстро слѣдующихъ другъ за другомъ схватокъ, между которыми имѣется только намекъ на паузу (псевдопауза). Комбинированными схватками принято считать такія, при которыхъ паузы между схватками необыкновенно коротки, а внутриматочное давленіе во время паузъ бываетъ нѣсколько выше обыкновеннаго (см. кривыя №№ 17 и 21). Повидимому, чѣмъ

сильнѣе родовая дѣятельность матки, тѣмъ чаще наблюдаются комбинированныя и двойныя схватки.

Къ отклоненіямъ отъ нормальнаго типа схватокъ слѣдуетъ отнести и тѣ маточныя сокращенія, которыя мы наблюдаемъ въ концѣ перваго періода родовъ, начиная приблизительно съ раскрытія на 4 пальца, и которыя правильно было-бы назвать „переходными“ схватками (именно, переходными отъ схватокъ къ потугамъ) (см. кривую № 4). Схватки эти служатъ выраженіемъ начинающейся дѣятельности брюшного пресса и при недостаточной дѣятельности послѣдняго могутъ остаться на весь періодъ изгнанія, какъ это я наблюдалъ въ одномъ изъ своихъ случаевъ.

Кривая № 4.



Кривая «переходныхъ» схватокъ.

Переходя, далѣе, къ сокращеніямъ брюшного пресса или потугамъ, я долженъ отмѣтить, прежде всего, что кривая сокращеній брюшного пресса является настолько типичной (см. кривую № 5), что ее легко узнать съ перваго взгляда. Мы видимъ на высотѣ схватки, въ ея аспе, цѣлый рядъ добавочныхъ зубцовъ, которые соотвѣтствуютъ отдѣльнымъ толчкамъ брюшного пресса и которые по своей высотѣ нерѣдко превосходятъ высоту схватки. Изолировать силу потугъ трудно, почему я ограничусь здѣсь лишь указаніемъ на попытку, сдѣланную въ этомъ направленіи Poullet. Послѣдній пытался при помощи своего токографа¹⁾ вычислить силу сокра-

¹⁾ Особый приборъ съ двумя баллонами, изъ которыхъ одинъ вводился въ матку, а другой—въ rectum, выше головки плода. Оба баллона соединялись съ ртутнымъ манометромъ.

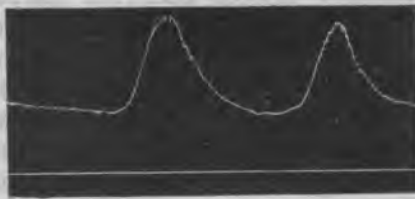
щеній брюшного преса, приче́мъ нашелъ, что́ сила эта́ со-
ставляе́тъ отъ $\frac{2}{5}$ до $\frac{3}{4}$ всей́ силы́ сокраще́нiя. Schatz ду-
мае́тъ, что́ и схватки, и поту́ги разви́ваютъ почти́ одинаково́е
давлeнiе. Можно́, въ́ заключе́нiе, отмѣ́тить, что́ въ́ началѣ́
дѣ́йствiя́ брюшного́ преса́ поту́ги бываю́тъ наиболѣ́е сла́бы,
затѣ́мъ сила́ ихъ посте́пенно́ нарастае́тъ, та́къ что́ къ́ концу́
родо́въ она́ дости́гаетъ́ своего́ максима́ма.

Кривая № 5.



Кривая поту́гъ гeспр. сокраще́нiй мыши́цъ брюшного́ преса́.

Кривая № 6.



Мелкія́ колеба́нiя на криво́й, завися́щiя отъ́ дыха́нiя.

По́ вопросу́ о́ боле́выхъ́ о́щуще́нiяхъ́ рожени́цъ или́, въ́р-
нѣ́е, о́ момента́хъ́ насто́пленiя́ и́ исче́знове́нiя́ бо́лей, въ́ ли-

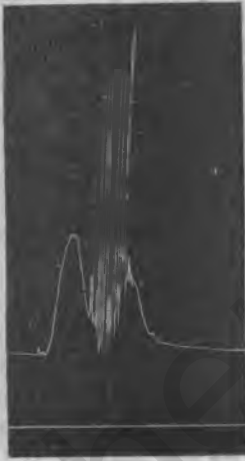
тературѣ имѣются несовѣтъ согласныя мнѣнія. Одна часть авторовъ (Westermarck, Wasenius) думаетъ, что боль начинается одновременно съ началомъ маточнаго сокращенія, т. е. съ повышеніемъ внутриматочнаго давленія, и не исчезаетъ до тѣхъ поръ, пока не кончится схватка, тогда какъ другіе авторы (Polaillon, Poulet, Acconci, Schäfer, Hensen и др.) указываютъ, что боли и начинаются позже начала маточнаго сокращенія, и кончаются раньше его окончанія. Такъ, Polaillon нашель, что роженица начинаетъ чувствовать боль черезъ 10—55 сек. послѣ начала схватки и перестаетъ ее чувствовать за 10—44 сек. до окончанія послѣдней. Въ общемъ, по даннымъ этого автора, боль начинается при давленіи въ 12,3 милл. Hg., а исчезаетъ при 10,5 милл. Poulet нашель, что боль начинается при 8—10 милл. Hg. По Hensen'у она начинается слишкомъ внезапно, чтобы можно было успѣть обозначить на кривой моментъ ея начала. Часто боль начинается въ первой трети *st. incrementi*, рѣдко въ началѣ и на высотѣ схватки. На основаніи своихъ наблюденій я могу сказать, что, если за начало боли считать ея вѣдннее проявленіе (крикъ, стонъ), то нужно признать справедливыми только что приведенныя заявленія Polaillon'a, Poulet и Hensen'a; но, повидимому, еще вѣрнѣе, что боль, какъ таковая, начинается гораздо раньше, чѣмъ роженица начнетъ на нее жаловаться,—что, согласно взгляду Westermarck'a и Wasenius'a, боль начинается и кончается параллельно маточному сокращенію.

Мнѣ остается, въ заключеніе, еще разсмотрѣть тѣ добавочныя, случайныя колебанія токодинамометрической кривой, которыя, до извѣстной степени, нарушаютъ ея правильный характеръ.

Впервые на эти колебанія обратилъ вниманіе Polaillon, который дѣлитъ причины ихъ на вѣдннія („*extrinsèques*“), вызывающія непродолжительныя сокращенія мускулатуры брюшнаго пресса, и внутреннія („*intrinsèques*“), кроющіяся въ содержимомъ полости матки. Къ первымъ принадлежатъ: дыханіе роженицы, ея крикъ, стонъ, кашель, плачь, смѣхъ, рвота, сморканье и цѣлый рядъ другихъ явленій, отражающихся на состояніи брюшнаго пресса, ко второй группѣ причинъ, вызывающихъ добавочныя колебанія кривой, Polaillon относитъ движенія ребенка.

При своихъ изслѣдованіяхъ я имѣлъ возможность наблюдать добавочныя колебанія кривой въ зависимости отъ самыхъ разнообразныхъ моментовъ. Остановлюсь лишь на нѣкоторыхъ изъ нихъ и прежде всего на колебаніяхъ, зависящихъ отъ дыханія роженицы (см. кривую № 6). Респираціонныя волны яснѣе всего выступаютъ въ началѣ и въ концѣ сокраще-

Кривая № 7.



Кривая № 8.



Колебанія давленія, вызываемыя пла-
чемъ.

Колебанія давленія, вызываемыя рво-
той.

нія, исчезая на высотѣ схватки. Амплитуда колебанія при этомъ бываетъ очень незначительная—отъ $\frac{1}{2}$ до $\frac{3}{4}$ милл. Hg.; лишь въ единичныхъ случаяхъ она доходила у меня до $1\frac{1}{2}$ милл. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ я могъ констатировать медленное инспираторное поднятіе и быстрое экспираторное паденіе кривой. По мнѣнію Wasenius'a, дыхательныя волны должны быть выше и замѣтнѣе въ стоячемъ или сидячемъ положеніи роженицы, чѣмъ при горизонтальномъ ея положеніи. Обстоятельство это Wasenius объясняетъ тѣмъ, что матка, поднимаясь во время схватокъ, касается брюшныхъ стѣнокъ и тѣхъ органовъ, которые находятся подъ вліяніемъ дыхательныхъ движеній грудной вѣтки.

Колебаний внутриматочного давления, зависящих от пульсовой волны, какія видѣлъ Wasenius, мнѣ наблюдать не пришлось. Весьма замѣтныя колебания давления вызываютъ кашель, плачь и особенно рвота. Кашель (см. кривую № 4) вызываетъ образование на токодинамометрической кривой одиночныхъ зубцовъ, изъ которыхъ каждый соответствуетъ отдѣльному толчкообразному движению брюшного пресса, причемъ высота каждаго зуба рѣдко превышаетъ высоту кри-

Кривая № 9.



Колебания давления, зависящія отъ движений ребенка.

вой маточнаго сокращенія. Внутриматочное давление во время рвоты, напротивъ, можетъ достигать (см. кривую № 7) почти предѣльныхъ для сокращеній брюшного пресса цифръ. По

Кривая № 10.



Колебания давления, зависящія отъ движений ребенка.

своей формѣ кривая, получающаяся при рвотѣ, еячѣмъ не отличается отъ кривой сокращенія брюшного пресса. Не лишено интереса то обстоятельство, что Polaillon, при описаніи добавочныхъ колебаній токодинамометрической кривой, совершенно не упоминаетъ о рвотѣ, какъ причинѣ ихъ. Въ

моихъ случаяхъ повышеніе давленія во время рвоты доходило до 290 милл. Нг. Плачь даетъ на кривой неправильныя, сравнительно невысокія волны, которыя можно видѣть на кривой № 8.

Колебанія кривой подъ вліяніемъ движеній ребенка впервые наблюдалъ Poulillon. На прилагаемыхъ кривыхъ (см. кривыя №№ 9 и 10) движенія ребенка представляются въ видѣ неправильныхъ, косыхъ и изогнутыхъ, иногда прямо безформенныхъ линій, которыя можно наблюдать во всѣхъ стадіяхъ родовъ, при цѣлыхъ околоплодныхъ водахъ и послѣ разрыва пузыря, во время паузъ и на высотѣ схватокъ, причемъ амплитуда колебаній давленія колеблется обычно отъ 15 до 40 милл. Нг. Повышенія давленія при движеніяхъ плода могутъ зависѣть оттого, что ребенокъ своими конечностями непосредственно толкаетъ баллонъ. Wasenius, однако, не соглашается съ такимъ объясненіемъ. По его мнѣнію, болѣе вѣроятно, что эти колебанія кривой обуславливаются обратнымъ дѣйствіемъ на баллонъ со стороны эластической маточной стѣнки, а также—рефлекторнымъ сокращеніемъ брюшного пресса въ зависимости отъ движеній ребенка. Во всякомъ случаѣ здѣсь, по Wasenius'у, дѣло идетъ не о раздраженіи маточной мускулатуры, такъ какъ движенія ребенка сказываются на кривой и тогда, когда матка сокращена ad maximum; мало также вѣроятно и то, что разбираемыя колебанія зависятъ отъ волнообразныхъ колебаній жидкости въ околоплодномъ пузырьѣ, вызываемыхъ движеніями плода, ибо колебанія эти получаются на кривой и послѣ отхода водъ.

Глава V.

Протоколы токодинамометрических наблюдений съ питуитриномъ.—Общие выводы и заключение.

Всѣхъ токодинамометрическихъ наблюдений съ питуитриномъ мною было сдѣлано 50, изъ нихъ 31 произведено въ Акушерско-Гинекологической Клиникѣ Казанскаго Университета и 19—въ Лихачевскомъ Родильномъ Отдѣленіи Казанской Губернской Земской Больницы.

Наблюдения эти слѣдующія:

Наблюдение I. (Ануш. Кл., 1912 г., № 305/267 *).

У. З—ва, 36 л., VIII-рага, крестьянка, принята въ акушерское отдѣленіе Клиники 27/I 1912 г. въ 1 ч. 15 мин. дня съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые мenses появились у З—вой на 19 году, типъ ихъ установился сразу, а именно, черезъ 3 нед. по 8 дней, безъ болей. Последняя менструація была 20/IV 1911 года. Всѣ предшествовавшія беременности кончились нормальными родами, изъ которыхъ первые было 14 лѣтъ, а послѣдніе—2 года тому назадъ. Послѣродовой періодъ—всегда нормальный. Течение настоящей беременности—безъ всякихъ осложнений. Родовныя боли начались 27/I въ 10 ч. утра.

Размѣры живота: окружность—101 сант., расстояние отъ лобка до мечевиднаго отростка—35 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—31 сант., надъ пупкомъ—13 сант. Размѣры таза: D. Sp.—25 сант., D. Ст.—27¹/₂ сант., D. Tr.—31 сант., Conj. ext.—18 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложение и питаніе удовлетворительныя. Груды нор-

*) № 305 означаетъ № Врачебнаго Журнала, подъ которымъ роженица принята въ акушерское отдѣленіе Клиники, а № 267—номеръ родовъ въ данномъ году.

малыны, на промежности—рубцы отъ прежнихъ разрывовъ, причемъ имѣется опущеніе стѣнокъ ружава, особенно передней. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена вправо и впередъ, предлежать головка (II черепное, передній видъ); сердцебиеніе ребенка выслушивается (130 ударовъ въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка не сглажена, зѣвъ открытъ на два пальца, пузыря нѣтъ. T°—36,3°. П.—88. Д.—32. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 27/I въ 1 ч. 44 м. дня при открытіи зѣва на три пальца и при рѣдкихъ и слабыхъ схваткахъ. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 20 мин.

Токодинамометрическія наблюденія *).

Время наблюденія.	Паузы				Схватки гесп. потуги.			Время наблюденія.	Паузы				Схватки гесп. потуги.		
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.		Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.				
Барabanъ № 1.								2 ч. 21 м. 17 с.	16	26	60	90	—		
1 ч. 44 м. — с.	145	22	95	57	—			— 22 „ 33 „	16	27	65	90	—		
— 48 „ — „	360	23	102	59	—			— 23 „ 54 „	30	27	60	89	136		
— 55 „ 42 „	390	22	88	55	—			— 25 „ 24 „	27	25	70	90	138		
2 ч. 3 „ 40 „	20	22	—	—	—			— 27 „ 1 „	20	24	72	89	140		
2 ч. 4 м.	Смѣна барабана							— 28 „ 33 „	30	24	72	94	160		
Барabanъ № 2.								— 30 „ 15 „	30	23	75	92	140		
2 ч. 12 м. — с.	360	22	65	89	—			2 ч. 32 м.	Роды.						
— 19 м. 5 „	60	28	72	93	—										

Ребенокъ родился 27/I въ 2 ч. 32 м. дня. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 22 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 4 ч. 54 м.: I періодъ продолжался 4 ч, II—32 м. и III—22 мин.

*.) Ради экономіи мѣста токодинамометрическія наблюденія представлены въ видѣ ряда цифръ.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3260 грм., длиною въ 49 сант., родился безъ асфиксiи. Вѣсъ послѣда—620 грм., его размѣры—18—17 сант.; длина пуповины—41 сант.

Послѣродовой періодъ—безъ осложненій. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 5-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 2 ч. 13 м. дня, въ количествѣ 0,8 куб. сант. Черезъ 5 мин. послѣ впрыскиванія наступило замѣтное усиленіе схватокъ, причѣмъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 57 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 90,8 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ впрыскиванія), давленіе во время паузъ—съ 22,2 милл. до 26,3 милл., собственное давленіе схватокъ (относительное давленіе)—съ 34,8 милл. до 65,5 милл.; продолжительность схватокъ уменьшилась съ 95 сек. до 79 сек., продолжительность паузъ—съ 355,3 сек. до 28,6 сек.

Наблюденіе 2 (Ануш. Кл., 1912 г., № 309/271).

А. К.—на, 38 л., XI-рата, крестьянка, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 27/I 1912 г. въ 11 ч. 20 м. веч. съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые мenses К-на получила на 16-мъ году, типъ ихъ установился сразу, а именно, черезъ 4 нед. по 7 дней, безъ болей. Послѣдняя менструація была 19/IV 1911 года. Изъ 10 предшествовавшихъ беременностей только послѣдняя, 3 года тому назадъ, кончилась преждевременными родами (на IX м.), остальные—нормальными родами. Первые роды были 19 лѣтъ тому назадъ. Послѣродовой періодъ—всегда нормальный. Настоящая беременность сопровождалась значительными отеками ногъ во вторую свою половину. Родовыя боли начались 26/I въ 2 ч. дня.

Размѣры живота: окружность—103 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—47 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—34 сант., надъ пупкомъ—11 сант. Размѣры таза: D. Sp.—24 сант., D. Cr.—29 сант., D. Tr.—32 сант., Conj. ext.—20 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Груды нормальны, на промежности—старый разрывъ II ст., причѣмъ имѣется сильное опущеніе стѣнокъ рывава. Наружное изслѣдованіе: спинка обращена вправо и кзади, предлежитъ головка (II черепное, задній видъ); сердцебіеніе плода выслушивается (140 ударовъ въ минуту) ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: пузырь пѣлъ, шейка не сглажена, зѣвъ открытъ на 2½ пальца. Т°—36,9°. П.—78. Д.—20. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 28/І въ 11 ч. 45 м. дня при пѣломъ пузырьѣ, почти сглаженной шейкѣ и при открытіи зѣва на 3 пальца. Схватки до выпрыскиванія питуитрина въ отношеніи ихъ частоты и силы оставляли желать лучшаго. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 50 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы. Схватки гесп. потуги.				Время наблюденія.	Паузы. Схватки гесп. потуги.								
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.		Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.					
Барабанъ № 1.					1 ч. 6 м. 22 с.	18	28	84	108	—				
11 ч. 45 м. — с.	180	18	83	40	—	8	„	4	„	12	28	60	74	—
— 49 „ 23 с.	260	19	126	63	—	9	„	16	„	12	30	92	94	—
— 55 „ 49 „	228	19	120	58	—	11	„	—	„	12	28	72	94	—
12 ч. 1 „ 37 „	250	20	120	58	—	12	„	24	„	18	28	80	94	—
— 7 „ 47 „	260	20	120	60	—	14	„	2	„	18	26	72	104	—
— 14 „ 7 „	260	19	210	62 ⁴⁰ 54	—	15	„	32	„	24	24	72	104	—
— 21 „ 57 „	240	20	116	62	—	17	„	8	„	24	25	80	102	—
— 27 „ 53 „	210	19	116	62	—	18	„	52	„	24	24	80	104	—
— 33 „ 19 „	101	19	—	—	—	20	„	36	„	36	24	80	98	—
12 ч. 35 „ —	—	—	Роды.	—	—	22	„	32	„	24	24	80	89	—
Барабанъ № 2.					— 24 „ 16 „	24	24	80	94	—				
12 ч. 50 „ — с.	168	20	116	64	—	26	„	—	„	36	23	72	104	—
— 54 „ 44 „	228	19	92	69	—	27	„	48	„	24	24	84	40	—
1 ч. — 4 „	108	22	70	79	—	29	„	36	„	48	24	96	96	—
— 3 „ 2 „	20	26	72	94	—	32	„	—	„	60	24	96	92	—
— 4 „ 34 „	18	28	90	110	—	34	„	36	„	42	22	96	96	—

Время наблю- денія.	Паузы.				Схватки гесп. потуги.										
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Время наблю- денія.	Паузы.				Схватки гесп. потуги.				
								Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.			
1 ч. 36 м. 54 с	36	24	108	98	—	2 ч. 8 м. 9 с.	90	20	72	90	165				
— 39 „ 18 „	96	24	108	92 (120*)		— 10 „ 51 „	48	20	120	92	170				
— 42 „ 42 „	36	23	116	89	—	— 13 „ 39 „	60	21	120	88	156				
— 45 „ 14 „	48	24	116	89 (115)		— 16 „ 39 „	116	21	108	94	180				
— 47 „ 58 „	62	24	—	—	—	— 20 „ 23 „	90	21	90	90	170				
1 ч. 49 м.	Слѣзна линіи.					— 23 „ 23 „	56	21	84	88	165				
Линія 2-ая.						— 25 „ 43 „	72	20	84	88	165				
1 ч. 53 м. —	48	23	108	92 (160)		— 28 „ 19 „	48	20	72	100	188				
— 55 „ 36 „	90	23	124	89 (149)		— 30 „ 19 „	30	19	84	98	170				
— 59 „ 10 „	48	22	116	90 188		— 32 „ 13 „	24	19	92	89	180				
2 ч. 1 с. 54 „	48	23	120	92 160		— 34 „ 9 „	51	—	—	—	—				
— 4 „ 42 „	72	20	135	85 140		2 ч. 35 м.	Роды.								

Ребенокъ родился 28/І въ 2 ч. 35 м. дня. Послѣдъ вышелъ самостоя-
тельно черезъ 15 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 48 ч.
10 м.: І періодъ продолжался 47 час. 45 мин., ІІ періодъ—10 мин. и ІІІ—
15 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 3700 грм., длиною въ
52 сант., родилась безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда—480 грм., его размѣры—
17—21 сант.; длина пуповины—62 сант.

Послѣродовой періодъ—безъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны
въ здоровомъ состояніи на 5-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды,
въ 12 ч. 55 м. дня, въ количествѣ 1 куб. сант. Черезъ 7 мин.

*) Цифры, поставленныя въ скобкахъ, показываютъ давленіе во вре-
мя «переходныхъ» схватокъ.

послѣ впрыскиванія наступило замѣтное усиленіе схватокъ, причѣмъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 53,6 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 96,8 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ впрыскиванія), давленіе во время паузъ—съ 19 милл. до 26,5 милл., собственное давленіе схватокъ (относительное давленіе)—съ 34,6 милл. до 70,3 милл.; продолжительность схватокъ уменьшилась съ 111,3 сек. до 77,2 сек., продолжительность паузъ—съ 229 сек. до 19,6 сек. Если мы возьмемъ цифры за второй 20-минутный промежутокъ времени послѣ впрыскиванія питуитрина, то получили слѣдующія данныя: продолжительность паузъ увеличилась до 43,3 сек., продолжительность схватокъ—до 91,1 сек.; внутриматочное давленіе продолжаетъ оставаться по прежнему высокимъ: 89 милл. во время схватокъ и 23,6—во время паузъ. Въ теченіе слѣдующихъ 20 мин. вліяніе питуитрина сводится до minimum'a, хотя сила схватокъ до конца родовъ держится на прежней высотѣ. Роды послѣдовали черезъ 1 часъ 40 мин. послѣ впрыскиванія питуитрина.

Наблюденіе 3. (Акуш. Кл., 1912 г., № 312/274).

Е. В.—ва, 22 л., I-рага, принята въ акушерское отдѣленіе клиники 30/I 1912 г. въ 9 ч. 20 м. утра съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые шевеленія у В.—вой появились на 16 году, приходили черезъ 2 нед. по 7 дней, безъ болей. Послѣдняя менструація была около 5/V 1911 года. Беременность протекала безъ осложненій. Родовыя боли начались 29/I въ 8 ч. вечера.

Размѣры живота: окружность—100 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—43 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—34 сант., надъ пупкомъ—19 сант. Размѣры таза: D. Sp.—26 сант., D. Cr.—29 сант., D. Tr.—32 сант., Conj. ext.—21 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе отклоненій отъ нормы не представляютъ. Груды, наружныя половыя органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спина плода обращена вправо и впередъ, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебіеніе ребенка выслушивается (128 ударовъ въ минуту) ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка сглажена, зѣвъ открытъ на 2¹/₂ пальца, пузырь нѣтъ. T—37,0°. П.—80. Д.—24. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ кольпейринтеромъ начато 30/I въ 1 ч. 45 м. дня при открытіи зѣва на 3 пальца. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 30 мин.

Токодинамометричеснія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.				Схватки гезр. потуги.					
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Паузы.	Схватки гезр. потуги.			
						Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
Барabanъ № 1.						2 ч. 54 м. 8 с.	35 30	78 97	—	—
1 ч. 45 м. — с.	305	27 67	63	—	— 56 „ 1 „	22 30	78 98	—	—	
— 51 „ 12 „	240	26 88	64	—	— 57 „ 41 „	45 29	80 90	—	—	
— 56 „ 40 „	440	27 90	26	—	— 59 „ 46 „	47 29	60 95	—	—	
2 ч. 5 „ 30 „	360	28 92	63	—	3 ч. 1 „ 33 „	64 28	61 90	—	—	
— 13 „ 2 „	160	27 18	—	—	— 3 „ 38 „	68 28	61 90	—	—	
2 ч. 16 м. Барабанъ № 2.					— 5 „ 47 „	28 27	64 89	—	—	
2 ч. 25 м. — с.	137	27 84	63	—	— 7 „ 19 „	68 29	62 90	—	—	
— 28 „ 41 „	240	27 76	62	—	— 9 „ 29 „	40 29	72 90	—	—	
— 33 „ 57 „	105	28 76	64	—	— 11 „ 21 „	39 28	— —	—	—	
— 36 „ 58 „	135	27 62	86	—	3 ч. 12 м.	Смѣна линіи.				
— 40 „ 15 „	38	29 61	99	—	Линія 2-ая.					
— 41 „ 54 „	24	30 69	101	—	3 ч. 13 м. — с.	56 27	78 89	—	—	
— 43 „ 27 „	22	29 70	100	—	— 15 „ 14 „	42 27	78 90	—	—	
— 44 „ 59 „	22	30 62	105	—	— 17 „ 14 „	60 27	81 88	—	—	
— 46 „ 23 „	18	31 52	108	—	— 19 „ 35 „	64 26	82 88	—	—	
— 47 „ 33 „	12	32 60	108	—	— 22 „ 1 „	92 26	84 90	—	—	
— 48 „ 45 „	16	31 61	102	—	— 24 „ 57 „	72 27	79 86	—	—	
— 50 „ 2 „	18	32 62	99	—	— 27 „ 28 „	62 26	72 87	—	—	
— 51 „ 22 „	12	30 61	98	—	— 29 „ 42 „	63 26	74 86	—	—	
— 52 „ 35 „	20	31 73	98	—	— 31 „ 59 „	62 25	78 87	—	—	

3 ч. 34 м. 19 с.	74	27	82	86	—
— 36 „ 55 „	65	25	83	84	—
— 39 „ 23 „	74	24	84	70	—
— 42 „ 1 „	72	25	82	75	—
— 44 „ 35 „	72	26	81	75	—
— 47 „ 8 „	74	26	80	70	—
— 49 „ 42 „	18	26	—	—	—

3 ч. 50 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 3.

4 ч. 5 м. — с.	45	26	80	70	—
— 7 „ 5 „	66	27	86	74	—
— 9 „ 37 „	66	26	82	75	—
— 12 „ 5 „	61	27	79	70	—
— 14 „ 25 „	64	27	76	75 (99)	—
— 16 „ 45 „	120	27	50	75	—
— 19 „ 35 „	55	27	76	76 (101)	—
— 21 „ 46 „	62	26	79	74 (104)	—
— 24 „ 7 „	24	27	80	75	—
— 25 „ 51 „	56	27	72	72 (98)	—
— 27 „ 59 „	80	27	62	76 (100)	—
— 30 „ 21 „	77	26	67	74 (101)	—
— 32 „ 45 „	67	27	70	74 (108)	—
— 35 „ 2 „	48	28	60	96 (105)	—
— 36 „ 50 „	28	29	62	90 (112)	—
— 38 „ 20 „	20	30	60	92 (110)	—
— 39 „ 40 „	28	29	58	90 (114)	—
— 41 „ 6 „	31	30	64	91 (113)	—
— 42 „ 41 „	28	29	62	92 (113)	—
— 44 „ 11 „	20	30	62	94 (118)	—

4 ч. 45 м. 33 с.	25	30	72	90	—
— 47 „ 10 „	28	30	32	95 (110)	—
— 48 „ 10 „	40	29	72	94 (112)	—
— 50 „ 2 „	22	28	62	95 (112)	—
— 51 „ 26 „	34	27	—	—	—

4 ч. 52 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 4.

5 ч. 3 м. — с.	45	26	72	80	130
— 4 „ 57 с.	50	26	62	82	132
— 6 „ 49 „	60	26	64	80	140
— 8 „ 53 „	59	26	62	82	138
— 10 „ 54 „	40	24	63	85 (145)	—
— 12 „ 37 „	48	25	64	81 (136)	—
— 14 „ 29 „	60	24	72	82	142
— 16 „ 41 „	42	23	136	82 ⁴⁰ 80	—
— 19 „ 39 „	50	26	74	82	138
— 21 „ 43 „	35	26	65	83	144
— 23 „ 23 „	55	26	68	84	148
— 25 „ 26 „	60	25	68	85	154
— 27 „ 34 „	36	24	60	86	152
— 29 „ 10 „	36	24	60	87	158
— 30 „ 46 „	42	24	58	82	148
— 32 „ 26 „	45	24	65	88	156
— 34 „ 16 „	30	24	54	90	153
— 35 „ 40 „	35	24	60	80	150
— 37 „ 15 „	30	25	52	91	160
— 38 „ 37 „	23	24	60	90	162

5 ч. 40 м. Родн.

Ребенокъ родился 30/I въ 5 ч. 40 м. вечера. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 35 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 22 ч. 15 мин.: I періодъ продолжался 20 ч. 45 м., II—55 мин. и III—35 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 3200 грм., длиною въ 56 сант., родилась безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда—550 грм., его размѣры—15—16 сант.; длина пуповины—54 сант.

Послѣродовой періодъ—безъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 7-й день послѣ родовъ.

Роженицѣ въ 11 ч. 27 мин., въ виду сильной болѣзненности схватокъ, былъ впрыснутъ пантопонл-скополаминъ. Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ 2 раза, оба раза съ хорошимъ успѣхомъ въ смыслѣ дальнѣйшаго раскрытія зѣва. Первое впрыскиваніе (1 куб. сант.) было сдѣлано въ 2 ч. 30 мин. Черезъ 9 мин. послѣ него наступило замѣтное усиленіе ослабѣвшей родовой дѣятельности. Особенно рѣзко участились схватки: продолжительность паузъ уменьшилась съ 336,2 сек. (среднее за промежутковъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 25 сек. (средняя продолжительность паузъ за первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина); въ теченіе слѣдующихъ 20 мин. продолжительность паузъ повысилась до 56,4 сек., а черезъ часъ—до 68 сек.; продолжительность схватокъ въ первыя 20 мин. послѣ дѣйствія питуитрина уменьшилась съ 84,2 сек. до 65,9 сек., черезъ 40 мин. она уже равнялась 72,3 сек., а черезъ часъ—79,2 сек. Давленіе во время схватокъ поднялось съ 63 милл. до 98,9 милл.; черезъ 40 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина оно равнялось 89,4 милл., черезъ часъ—82,6 милл.; давленіе во время паузъ поднялось съ 27 милл. до 30,2 милл.; черезъ 40 мин. оно равнялось 27,4 милл., а черезъ часъ—25,6 милл.; собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе) соотвѣтственно выразилось числами: въ 68,7 милл. (вмѣсто 36 милл.) для первыихъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина, въ 62 милл.—для слѣдующаго 20-минутнаго промежутка и въ 57 милл.—для третьаго.

Второе впрыскиваніе питуитрина (1 куб. сант.) было сдѣлано въ 4 ч. 30 м. почти при полномъ открытіи зѣва. Дѣйствіе средства началось черезъ 5 мин. замѣтнымъ усиленіемъ схватокъ, причемъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 73,6 милл. до 92,6 милл. въ теченіе первыхъ 20 мин.

послѣ начала дѣйствія питуитрина и до 82,4 милл. въ теченіе вторыхъ 20 мин., давленіе во время паузъ—съ 26,7 милл. до 29,1 милл., относительное давленіе—съ 46,9 милл. до 63,5 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 61,9 сек до 27,6 сек., продолжительность схватокъ—съ 76 сек. до 60,5 сек.

Наблюденіе 4. (Ануш. Кл., 1912 г., № 313|275).

А. Ц—тцъ, 24 л., I-рага, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 31/I 1912 г. въ 5 ч. 30 м. веч съ начавшейся родовой дѣятельностью. Менсес у Ц—тцъ появились въ первый разъ на 16 году, приходили черезъ 4 нед., по 3 дня, съ болями передъ кровями. Послѣдняя менструація была 7/IV 1911 года. Беременность протекала безъ осложненій. Родовыя боли начались 31/I въ 9 ч. утра.

Размѣры живота: окружность—107 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—37 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—34 сант., надъ пупкомъ—14 сант. Размѣры таза: D. Sp.—26½ сант., D. Ст.—28½ сант. D. Tr.—32 сант., Conj. ext.—21 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Груды, наружныя половыя органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ); сердцебіеніе ребенка выслушивается (144 удара въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка смажена, пузырь цѣль, зѣвъ открытъ на 1½ пальца. Т°—36,9°. Ц.—80. Д.—32. Бѣлка въ мочѣ не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 31/I въ 11 ч. 15 м. при открытіи зѣва на 3 пальца и при цѣломъ пузырьѣ. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 35 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы.					Схватки гесп. потуги.					Время наблюденія.	Паузы.					Схватки гесп. потуги.				
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.		Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.					
Барабанъ № 1.											11 ч. 20 м. 11 с.	89	26	65	82	—					
11 ч. 15 м. — с.	87	28	60	79	(104)	—	22	„	45	„	120	25	75	79	(108)	—					
— 17 „ 27 „	73	28	91	80	(105)	—	26	„	—	„	93	25	73	78	—	—					

11 ч. 28 м. 46 с.	104	26	72	81	(101)
— 31 „ 42 „	98	26	82	81	(110)
— 34 „ 42 „	89	26	75	84	(110)
— 37 „ 26 „	120	27	69	85	(112)
— 40 „ 35 „	78	27	72	81	(124)
— 43 „ 5 „	82	27	136	84 ⁹⁰⁸⁷	
— 46 „ 43 „	92	23	75	86	118
— 49 „ 30 „	30	23	—	—	—

11 ч. 50 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 2.

12 ч. 5 м. — с.	96	25	72	85	110
— 7 „ 48 „	92	25	81	86	116
— 10 „ 41 „	85	26	65	87	136
— 13 „ 11 „	92	25	71	86	132
— 15 „ 54 „	48	30	56	115	140
— 17 „ 38 „	24	30	52	118	160
— 18 „ 54 „	21	31	53	120	163
— 20 „ 8 „	18	32	55	120	180
— 21 „ 21 „	19	31	6	132	192
— 22 „ 40 „	18	31	55	120	192
— 23 „ 53 „	19	30	54	110	181
— 25 „ 6 „	40	29	65	110	160
— 26 „ 21 „	15	29	42	115	175
— 27 „ 18 „	24	30	58	100	160
— 28 „ 40 „	18	29	50	99	173
— 29 „ 48 „	20	28	65	99	160
— 31 „ 13 „	24	28	64	100	180
— 32 „ 41 „	24	27	62	115	135

12 ч. 34 м. 7 с.	48	27	55	101	145
— 35 „ 50 „	15	27	45	112	180
— 36 „ 50 „	34	28	70	109	165
— 38 „ 34 „	28	27	70	89	154
— 40 „ 12 „	38	28	56	90	150
— 41 „ 46 „	20	27	73	87	160
— 43 „ 19 „	25	27	76	90	145

12 ч 45 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 3.

1 ч. — м. — с.	35	27	73	90	145
— 1 „ 48 „	40	26	85	95	165
— 4 „ 2 „	50	25	56	100	163
— 5 „ 48 „	66	27	58	82	161
— 7 „ 52 „	42	26	82	76	151
— 9 „ 56 „	60	26	60	75	148
— 11 „ 56 „	51	27	73	75	148
— 14 „ 3 „	38	26	69	80	130
— 15 „ 50 „	54	27	66	90	137
— 17 „ 50 „	54	27	66	96	160
— 19 „ 50 „	67	27	91	98	160
— 22 „ 28 „	47	27	71	80	180
— 24 „ 26 „	60	26	63	83	181
— 26 „ 29 „	36	27	81	82	173
— 28 „ 26 „	59	26	71	60	148
— 30 „ 36 „	73	26	82	96	148
— 33 „ 11 „	52	26	66	101	160
— 35 „ 9 „	43	26	53	109	170
— 36 „ 45 „	45	25	73	108	172

1 ч. 38 м. 43 с.	63	24	64	110	160	1 ч. 59 м. 40 с.	56	23	64	98	173
— 40 „ 50 „	56	25	64	101	180	2 ч. 1 „ 40 „	33	23	54	89	165
— 42 „ 50 „	48	24	72	89	162	— 3 „ 7 „	53	23	52	82	164
— 44 „ 50 „	70	25	—	—	—	— 4 „ 52 „	48	24	68	101	147
1 ч. 46 м.	Смѣна линіи					— 6 „ 48 „	52	23	60	115	147
Линія 2-ая.						— 8 „ 40 „	45	24	55	112	167
1 ч. 50 м. — с	35	25	60	90	180	— 10 „ 20 „	60	23	66	110	186
— 51 „ 35 „	45	24	62	95	182	2 ч. 12 м. 26 с.	30	23	44	110	185
— 53 „ 22 „	60	24	73	101	182	— 13 „ 40 „	30	23	44	110	187
— 55 „ 35 „	55	23	69	112	167	— 14 „ 54 „	16	24	—	—	—
— 57 „ 39 „	50	24	71	102	172	2 ч. 15 м.	Роды.				

Ребенокъ родился I/II въ 2 ч. 25 м. утра. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 10 мин. Разрывъ промежности II ст. Зашиваніе разрыва. Общая продолжительность родовъ равнялась 17 час. 25 мин.: I періодъ продолжался 16 час., II—1 ч. 15 мин. и III—10 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 2600 грм., длиною въ 46 сант., родилась безъ асфиксін. Вѣсъ послѣда—850 грм., его размѣры—19—22 сант.; длина пуповины—63 сант.

Въ послѣродовомъ періодѣ—однократное повышеніе t° до 39° на 3-й день послѣ родовъ, благодаря задержанію лохий. Промежность срослась регришат. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 13-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ (1 куб. сант.) былъ вприснутъ во время родовъ однажды, въ 12 ч. 10 м. веч., при полномъ открытіи зѣва и отошедшихъ водахъ. Черезъ 5 мин. послѣ вприскиванія наступило усиленіе схватокъ, причѣмъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 80,5 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до вприскиванія) до 111,6 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе первыхъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 26,2 милл. до 29,3 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 54,3 милл. до 82,3 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 96,6 сек. до 22,8 сек., продолжительность схватокъ—съ 71,6 сек. до 55,6 сек. Во вторыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина сред-

ная продолжительность пауз оказалась равною 51,7 сек., давление во время их—26,4 милл., продолжительность схваток—62,5 сек., давление во время схваток—85,9 мм., относительное давление—59,5 мм.

Наблюдение 5. (Ануш. Кл., 1912 г., № 316/278).

Е. 3-ая, 19 л., I-рага, крестьянка, поступила в акушерское отделение Клиники 2/II 1912 г. в 7 ч. 10 м. утра с начавшейся родовой деятельностью. Первые месяцы 3-ая получила на 17 году, причем тип их установился сразу, а именно, через 3—4 нед. по 6 дней, без болей. Последняя менструация была в мае 1911 года. Беременность протекала без всяких осложнений. Первые родовые боли начались 2/II в 3 ч. утра.

Размеры живота: окружность—86 сант., расстояние от лобка до мечевидного отростка—40 сант.; высота дна матки над лобком—14 сант., над пупком—24 сант. Размеры таза: D. Sp.—24 сант., D. Ст.—25 сант., D. Тг.—27 сант., Conj. ext.—17½ сант., Conj. diagonal.—11 сант.

Рост, вес, телосложение и питание уклонений от нормы не представляют. Грудь, наружные половые органы и промежность нормальны. Наружное исследование: спинка плода определяется справа и спереди, предлежит головка (II черепное, передний вид); сердцебиение плода выслушивается (138 ударов в минуту) ниже пупка, слева от средней линии. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, зев раскрыт на 2½ пальца, пузырь цел. Т°—36,5°. П.—72. Д.—20. В моче имеются следы белка.

Наблюдение с токодинамометром начато 2/II в 10 ч. 18 м. утра при открытии зева на 3½ пальца и при целом пузыре. Наблюдение без питутрина продолжалось 59 мин.

Токодинамометрические наблюдения.

Время наблюдения.	Паузы.		Схватки гесп. потуги.		Время наблюдения.	Паузы.		Схватки гесп. потуги.		
	Продолжительность в сек.	Давление в милл. Hg.	Продолжительность в сек.	Давл. схваток в милл. Hg.		Продолжительность в сек.	Давление в милл. Hg.	Продолжительность в сек.	Давл. схваток в милл. Hg.	
Барабань № 1.					10 ч. 22 м. 12 с.	184	24	72	54	—
10 ч. 18 м. — с.	108	22	144	48	— 26 „ 28 „	108	21	144	57	—

10 ч. 30 м. 40 с. 192 20 144 48 —	12 ч. 22 м. 36 с. 50 30 108 90 —
— 36 „ 16 „ 264 22 144 64 —	— 25 „ 14 „ 60 32 46 — —
— 43 „ 4 „ 264 20 144 58 —	12 ч. 27 м. Смѣна барабана.
— 49 „ 52 „ 120 26 260 56 ³⁰ 62	Барабанъ № 3.
— 56 „ 32 „ 384 20 170 64 —	12 ч 35 м. — с. — — 84 — —
— 5 „ 46 „ 216 19 144 60 —	— 36 „ 24 „ 72 28 168 82 —
— 11 „ 46 „ 298 19 116 — —	— 40 „ 24 „ 96 24 144 86 —
11 ч. 17 м. дня Смѣна барабана	— 41 „ 24 „ 48 30 144 84 —
Барабанъ № 2.	— 47 „ 36 „ 120 22 144 80 —
11 ч. 27 м. — с. 24 20 336 48 ³² 46	— 52 „ — „ 144 22 168 88 —
— 33 „ — „ 132 18 168 60 —	— 57 „ 12 „ 168 20 120 86 —
— 38 „ — „ 132 24 168 48 —	1 ч. 2 „ — „ 108 20 132 82 —
— 43 „ — „ 120 20 144 46 —	— 6 „ — „ 120 20 132 80 (84)
— 47 „ 24 „ 108 22 84 80 —	— 10 „ 12 „ 144 19 144 80 —
— 50 „ 36 „ 132 26 120 65 —	— 15 „ — „ 144 22 132 78 (82)
— 54 „ 48 „ 120 28 102 98 —	— 19 „ 36 „ 108 19 144 70 (80)
— 58 „ 30 „ 4 60 84 104 —	— 23 „ 48 „ 120 19 168 70 (82)
— 59 „ 58 „ 4 56 67 90 —	— 28 „ 36 „ 132 19 120 68 (74)
12 ч. 1 „ 9 „ 4 56 76 88 —	— 32 „ 48 „ 132 20 — — —
— 2 „ 29 „ 4 57 88 96 —	1 ч. 35 м. дня. Смѣна барабана.
— 4 „ 1 „ 7 52 88 96 —	Барабанъ № 4.
— 5 „ 36 „ 7 54 96 90 —	1 ч. 52 м. — с. — — 120 52 —
— 7 „ 19 „ 16 40 132 92 —	— 54 „ — „ 72 18 144 50 (71)
— 9 „ 47 „ 14 42 180 96 —	— 57 „ 36 „ 36 18 72 50 (70)
— 13 „ 1 „ 31 38 144 92 —	— 59 „ 24 „ 24 19 96 60 (75)
— 15 „ 56 „ 48 32 168 90 —	2 ч. 1 м. 24 с. 24 22 120 50 85
— 19 „ 32 „ 40 34 144 92 —	— 3 „ 48 „ 40 30 108 84 86

2 ч. 6 м. 16 с.	7	86	120	90	84
— 8 „ 23 „	7	40	72	94	85
— 9 „ 42 „	9	40	72	94	86
— 11 „ 3 „	24	38	108	92	80
— 13 „ 15 „	14	36	132	90	81
— 15 „ 41 „	10	38	108	80	82
— 18 „ 9 „	24	28	96	76	89
— 20 „ 9 „	40	30	96	78	86
— 22 „ 25 „	40	36	96	72	84
— 24 „ 41 „	30	34	120	72	85
— 27 „ 11 „	50	32	120	74	86
— 30 „ 1 „	48	32	156	74	82
— 33 „ 25 „	48	34	96	72	82
— 35 „ 49 „	72	30	120	72	80
— 39 „ 1 „	48	28	96	70	80
— 41 „ 25 „	24	26	144	68	80
— 44 „ 13 „	60	26	120	70	84
— 47 „ 13 „	72	28	120	68	80
— 50 „ 25 „	35	26	—	—	—
2 ч. 51 м. Смѣна барабана.					
Барабанъ № 5.					
3 ч. — м. — с.	—	—	60	—	—
— 1 „ — „	36	29	156	60	90
— 4 „ 12 „	60	27	120	56	86
— 7 „ 12 „	120	27	72	60	86
— 10 „ 24 „	108	26	108	54	80

3 ч. 14 м. — с.	96	26	132	60	88
— 17 „ 48 „	96	26	84	60	88
— 20 „ 48 „	108	26	96	65	103
— 24 „ 12 „	48	28	88	75	125
— 26 „ 28 „	14	28	84	77	127
— 28 „ 6 „	26	29	96	85	145
— 30 „ 8 „	16	30	156	90	175
— 33 „ — „	40	30	120	—	155
— 35 „ 40 „	20	29	—	—	—

3 ч. 36 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 6.

3 ч. 43 м. — „	—	—	48	—	—
— 43 „ 48 „	84	25	108	80	160
— 47 „ — „	48	25	120	82	175
— 49 „ 48 „	108	24	108	75	190
— 53 „ 24 „	72	23	108	70	165
— 56 м. 24 с.	36	23	96	65	100
— 58 „ 36 „	48	23	96	65	135
— 1 „ — „	120	22	120	60	200
— 5 „ — „	60	23	96	65	195
— 7 „ 36 „	96	23	96	65	190
— 10 „ 48 „	60	22	96	65	190
— 13 „ 24 „	60	20	108	65	180
— 16 „ 12 „	48	22	120	60	180

4 ч. 19 м.

Ребенокъ родился 2/II въ 6 ч. вечера. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 20 мин. Продолжительность родовъ равнялась 15 ч. 20 мин.: I периодъ продолжался 11 час., II—4 часа и III—20 мин.

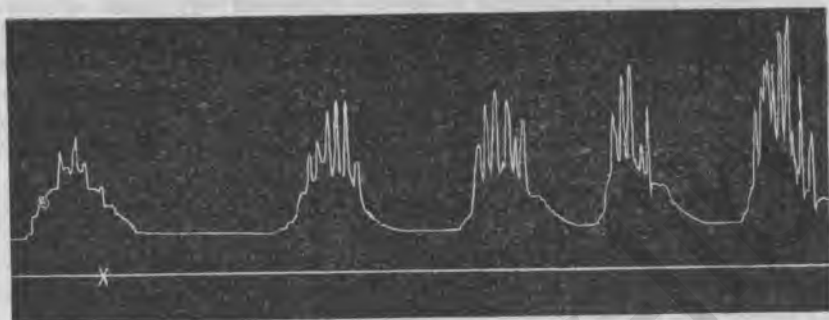
Ребенокъ—мальчикъ, недоношенный, вѣсомъ въ 2060 грм., длиною въ 49 сант. Вѣсъ послѣда—650 грм., его размѣры—18—16 сант.; длина пуповины—58 сант.

Въ послѣродовомъ периодѣ—однократное повышеніе t° до 38° на 7-й день послѣ родовъ, въ остальные дни t° держалась въ предѣлахъ отъ 37° до $37,4^{\circ}$. Констатировано катарральное состояніе верхушекъ легкихъ. Мать выписана на 13-й день послѣ родовъ съ нормальнымъ состояніемъ половой сферы; ребенокъ выписанъ вмѣстѣ съ нею вполне здоровымъ.

Питуитринъ во время родовъ былъ вприснутъ три раза: въ 11 ч. 55 мин. въ количествѣ 0,9 куб. сант., въ 1 ч. 56 мин.—0,6 куб. сант. и въ 3 ч. 22 мин.—0,6 куб. сант. Послѣ всѣхъ трехъ вприскиваній наступило усиленіе схватокъ— послѣ перваго черезъ 2 мин., послѣ втораго—черезъ 5 мин., послѣ третьяго—черезъ 2 мин. При этомъ послѣ перваго вприскиванія давленіе во время схватокъ поднялось съ 51,3 мм. (среднее давленіе за промежутковъ времени въ 20 мин. передъ вприскиваніемъ) до 93,7 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе первыхъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), затѣмъ оно понизилось до 83 милл. Давленіе во время паузъ поднялось слишкомъ въ два раза, а именно, съ 21 милл. до 48,7 милл.; въ дальнѣйшемъ, впрочемъ, оно понизилось до 25,2 милл. и даже до 20,2 милл. (третьи 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина). Собственное давленіе схватокъ (относительное давленіе) въ первыя 20 минутъ послѣ начала дѣйствія питуитрина подвнялось только на 15 милл. (съ 30,3 милл. до 45 милл.); въ дальнѣйшемъ, по мѣрѣ пониженія давленія во время паузъ, относительное давленіе поднялось до 57,8 милл. и даже до 63 милл. (третьи 20 мин.). Рѣзко сократилась послѣ вприскиванія питуитрина продолжительность паузъ: послѣдняя уменьшилась съ 128 сек. до 13,9 сек. (первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина); во вторыя 20 мин. она, впрочемъ, уже равнялась 96 сек., къ концу часа дѣйствія питуитрина—даже 136,8 сек. Продолжительность схватокъ сначала уменьшилась съ 160 сек. до 106 сек., въ дальнѣйшемъ же схватки сдѣлались болѣе продолжительными (150—139,2 сек.).

Послѣ второго впрыскиванія (разрывъ пузыря, полное открытіе) дѣйствіе питуитрина оказалось нѣсколько болѣе слабымъ, но все же довольно ясно выраженнымъ. При этомъ родовая дѣятельность, какъ показываетъ прилагаемая кривая, сохранила правильный физиологическій характеръ.

Кривая № 11 *).



Средняя продолжительность схватокъ послѣ второй инъекціи питуитрина оказалась равною 104,2 сек.—112,5 сек., паузы—22,7 сек.—45 сек., среднее давленіе во время паузы—37,3—31,5 милл., во время схватокъ—83,3—73 милл., относительное давленіе—46—41,5 милл.

Послѣ третьяго впрыскиванія среднее давленіе во время паузы оказалось равнымъ 29 милл. (передъ впрыскиваніемъ 26,8 милл.), давленіе во время схватокъ—81,7 милл. (до впрыскиванія 58,3 милл.), относительное давленіе—62,7 милл. (до впрыскиванія 52,7 милл.); средняя продолжительность паузы уменьшилась съ 86 сек. до 27,3 сек., продолжительность схватокъ—съ 112 сек. до 108,5 сек.

Наблюденія 6. (Ануш. Нл. 1912 г., № 325 287).

Н. П.—ва. 22 л., I-рага. жена чиновника, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 6/II 1912 г. въ 6 ч. утра съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые *meneses* П.—ва получила на 15 году. типъ ихъ устано-

*) На кривой № 11, а также № 14, абсциссы проведены произвольно, причемъ отсчитываніе показаній манометра производилось простымъ глазомъ.

вился: черезъ 4 нед. по 4 дня, безъ болей. Последняя менструация была въ концѣ мая 1911 года. Беременность протекла въ общемъ, если не считать рвоты въ первые мѣсяцы, правильно. Первые родовыя боли появились 5/II въ 12 ч. дня.

Размѣры живота: окружность—100 сант.; расстояние отъ лобка до мечевиднаго отростка—44 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—33 сант., надъ пупкомъ—14 сант. Размѣры таза: D. Sr.—27 сант., D. Ст.—28 сант., D. Tr.—30 сант., Conj. ext.—19 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе отклоненій отъ нормы не представляютъ. Грудь, наружные половые органы и промежность нормальны. Наружное наблюдение: спина плода обращена влѣво и взади, предлежитъ головка (I черепное, задній видъ); сердцебиеніе плода выслушивается (142 удара въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линии. Внутреннее наблюдение: шейка не сглажена, пузыря нѣтъ, зѣвъ открытъ на 1½ пальца. T°—36,4. П.—64. D.—20. Въ мочѣ имѣются слѣды бѣла.

Наблюденіе съ тонометромъ начато въ 9 ч. утра при открытіи зѣва на 2 пальца. Наблюденіе безъ нитуррина продолжалось 40 мин.

Ребенокъ родился 6/II въ 1 ч. 5 м. дня. Последъ выдѣлился самостоятельно черезъ 25 мин. Общая продолжительность родового акта равнялась 25 час. 30 мин.: I періодъ продолжался 24 ч. 40 мин., II—25 мин., III—25 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 3560 грм., длиною въ 50 сант., родилась безъ асфиксии. Вѣсъ послѣда—600 грм., его размѣры—17-18 сант.; длина пуповины—68 сант.

Въ послѣродовомъ періодѣ пульсъ у родильницы все время держался около 90—95 ударовъ въ минуту, въ остальномъ послѣродовой періодѣ—безъ осложненій. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 6-й день послѣ родовъ.

Случай интересенъ въ томъ отношеніи, что при немъ питуитринъ, впрыснутый 2 раза (въ 10 ч. утра въ количествѣ 0,9 куб. сант. и въ 10³/₄ ч.—0,9 куб. сант.), не вызвалъ эффекта. Послѣ второго впрыскиванія роженица жаловалась на головокруженіе, тошноту и чувство замиранія въ области сердца. Въ виду этихъ побочныхъ осложненій третьей инъекціи не сдѣлано.

Наблюденіе 7. (Ануш. Кл., 1912 г., № 329/290).

З. Г.—ва, 1-рага, 20 л., принята въ акушерское отдѣленіе Клиники 7/II 1912 года въ 10 ч. 40 м. вечера. Незамужняя, по профессіи—прислуга. Тѣлосложенія и питанія хорошаго. Скелетъ нормальный. Первая менструация у Г.—вой была на 13 году; типъ—черезъ 28 дней по 4 дня, съ болями

передъ мѣсячными внизу живота. Последнія menses 28/IV 1911 года. Беременность протекла безъ всякихъ осложнений.

Размѣры живота: окружность—96 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—38 сант. Высота дна матки надъ лобкомъ—33 сант., надъ пупкомъ—13 сант. Размѣры таза: D. Sp.—26 сант. D. Ст.—28 сант., D. Tr.—31 сант., Conj. ext.—20 сант.

Первыя боли начались 6/II въ 10 ч. вечера. При поступленіи шейка матки не сглажена, зѣвъ открытъ на 2 пальца, пузырь цѣль, предлежитъ головка. Сердцебіеніе ребенка (136 ударовъ въ минуту) слышно слѣва ниже пупка по средней линіи, спинка обращена влѣво и впередъ (I черепное, передній видъ). T°—36,2. П.—88. D—20. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ тонодинамометромъ начато въ 12 ч. 46 мин. дня при открытіи зѣва на 2½ пальца, цѣломъ пузырь и вставившейся головкѣ. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 23 мин.

Тонодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы.					Схватки гесп. потуги.					Время наблюденія.	Паузы.					Схватки гесп. потуги.					
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.		Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.						
Барабанъ № 1.																						
12 ч. 46 м. — с.	30	54	90	78	—	1 ч. 9 м. 48 с.	30	40	60	48	—											
— 48 „ — „	40	60	60	80	—	— 11 „ 18 „	24	44	126	126	—											
— 49 „ 40 „	45	52	90	74	—	— 13 „ 48 „	6	60	75	106	—											
— 51 м. 55 с.	60	52	125	90	—	— 15 „ 9 „	6	72	430	148	—											
— 55 „ — „	30	46	60	64	—	— 22 „ 25 „	6	82	111	122	—											
— 56 „ 30 „	45	44	105	84	—	— 24 „ 22 „	24	66	126	126	—											
— 59 „ — „	39	56	60	66	—	— 26 „ 52 „	30	58	114	128	—											
1 ч. — „ 39 „	45	50	90	88	—	— 29 „ 16 „	30	52	126	116	—											
— 2 „ 54 „	60	46	66	66	—	— 31 „ 52 „	24	42	90	116	—											
— 5 „ — „	12	62	126	106	—	— 33 „ 46 „	45	42	105	142	—											
— 7 „ 18 „	60	44	90	64	—	— 36 „ 16 „	44	52	—	—	—											

1 ч. 37 м.		Смѣна барабана		2 ч. 38 м 48 с.		24	42	48	96	186
Барабанъ № 2.		— —		2 ч. 40 м.		Смѣна барабана				
2 ч. м. — с.		— — 90 96		Барабанъ № 3.						
—	1 м. 30 с.	30	48 330	96 ⁰⁰	74	2 ч. 52 м.	—	—	150	— 160
—	8 „ 30 „	18	44 150	102	(162)	—	54 „ 30 „	48	44 180	— 160
—	10 „ 18 „	48	42 192	100	(162)	—	58 „ 18 „	48	44 102	— 160
—	14 „ 18 „	36	38 108	96 ⁴⁶	100	3 ч. — „ 48 „	72	40 150	— 178	
—	17 „ 42 „	84	38 144	96	(200)	—	4 „ 30 „	90	40 150	— 178
—	21 „ 30 „	48	36 108	68	(166)	—	8 „ 30 „	36	40 144	— 180
—	24 „ 6 „	48	34 150	98	202;	—	11 „ 30 „	120	40 90	— 180
—	27 „ 24 „	90	42 180	84	184	—	15 „ — „	60	40 150	— 182
—	31 „ 54 „	60	42 120	68	132	—	19 „ 30 „	30	42 60	— 146
—	34 „ 54 „	30	42 204	92	186	3 ч. 21 м.	Роды.			

Ребенокъ родился 7/II въ 3 ч. 21 мин. дня. Послѣдъ выдѣлился самостоятельно въ 4 ч. дня. Общая продолжительность родовъ равнялась 18 час., причемъ I періодъ продолжался 16 ч. 12 мин., II—1 ч. 9 мин. и III—39 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ 3040 грам., длиною въ 52 сант., родился безъ асфиксін. Послѣдъ вѣсилъ 520 грм., его размѣры—15-16 сант.; длина пуповины—50 сант.

Послѣродовой періодъ нормальный. Можно отмѣтить лишь пезначительную задержку мочеиспусканія въ первые дни р. partum, каковая проходила при накладываніи пузыря съ теплой водой на область пузыря. Матка все время плотна, нечувствительна. Ребенокъ и мать выписаны въ здоровомъ состояніи на 5 й день послѣ родовъ.

Питунтринъ (0,5 куб. сант.) былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 1 ч. 9¹/₂ мин., послѣ чего, приблизительно черезъ 2—3 мин., началось тетаническое сокращеніе матки, продолжавшееся съ небольшимъ 9 мин. (отъ 1 ч. 15 мин. 15 сек. до 1 ч. 24 мин. 22 сек.). Сердцебиеніе ребенка все это время выслушивалось очень ясно, но было значительно замедлено (до 100—98 ударовъ въ минуту). Въ

дальнѣйшемъ частота сердцебіенія плода постепенно выровнялась до нормы. Внутриматочное давленіе во время тетануса достигало 148 милл. съ небольшими колебаніями въ сторону пониженія. Затѣмъ начались правильныя схватки, во время которыхъ давленіе поднялось съ 79,6 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 119 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ— съ 51,4 милл. до 53,3 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 28,2 до 65,7 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 42,3 сек. до 26,5 сек.; продолжительность схватокъ, наоборотъ, увеличилась съ 87,2 сек. до 106 сек. Въ дальнѣйшемъ давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 82 милл., давленіе во время паузъ—43,6—39,6 милл., относительное давленіе—42,4 милл., продолжительность паузъ—43,3—50 сек., продолжительность схватокъ—152,4 сек.

Наблюденіе 8. (Акуш. Кл., 1912 г., № 334/296).

Н. Ц—ая, 30 л., II-рага, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 9/II 1912 года въ 1 ч. 30 м. утра съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые мenses Ц—ая получила на 18 году, ихъ типъ: черезъ 3 нед. по 4—5 дней, безъ болей. Времени послѣдней менструаціи не помнитъ. Предшествовавшая беременность кончилась срочными родами 1 г. 7 мѣс. тому назадъ. Послѣродовой періодъ—нормальный. Въ теченіе настоящей беременности осложненій не было. Родовыя боли начались 8/II въ 7 час. веч.

Размѣры живота: окружность—99 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—36 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—28 сант., надъ пупкомъ—13 сант., Размѣры таза: D. Sp.—26 сант., D. Cr.—28 сант., D. Tr.—31 сант., Conj. ext.—20 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе отклоненій отъ нормы не представляютъ. Груды, наружныя половыя органы нормальны, на промежности—разрывъ отъ прежнихъ родовъ. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена вправо и впередъ, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебіеніе плода выслушивается (128 ударовъ въ минуту) ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка почти сглажена, пузырь цѣль, зѣвъ открытъ на 1½ пальца T¹—36,7°. II.—72. D.—24. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 9/II въ 9 ч. 35 м. утра при открытіи зѣва на 3½ пальца и при цѣломъ пузырьѣ. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 25 мин.

Тонодинамометричеснія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.			Схватки гезр. потуги.			Время наблю- денія.	Паузы.			Схватки гезр. потуги.		
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.		Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		
Барабанъ № 1.							10 ч. 19 м. 5 с.	15	27	60	96	149	
9 ч. 35 м. — с.	48	23	93	68	130		— 20 „ 20 „	15	28	59	100	159	
— 37 „ 21 „	75	24	81	67	132		— 21 „ 34 „	22	27	54	101	151	
— 39 „ 57 „	92	24	92	72	128		— 22 „ 50 „	20	26	69	96	160	
— 43 „ 1 „	135	23	84	73	128		— 24 „ 19 „	26	25	65	97	132	
— 46 „ 40 „	77	23	82	68	138		— 25 „ 50 „	18	25	68	95	142	
— 49 „ 19 „	94	22	142	69 ³¹	74		— 27 „ 16 „	24	24	61	94	142	
— 53 „ 15 „	71	24	91	70	149		— 28 „ 41 „	20	24	70	92	169	
— 55 „ 57 „	125	22	99	75	140		— 30 „ 11 „	30	23	66	93	191	
— 59 „ 41 „	19	22	—	—	—		— 31 „ 47 „	23	25	72	101	191	
10 ч.	Смѣна барабана.							— 33 „ 22 „	15	25	73	99	180
Барабанъ № 2.							— 34 „ 50 „	29	24	81	95	95	
10 ч. 7 м. — с.	84	22	85	75	149		— 36 „ 40 „	42	24	83	90	181	
— 9 „ 49 „	75	21	81	76	130		— 38 „ 45 „	41	25	74	99	190	
— 12 „ 25 „	80	22	90	76	132		— 40 „ 40 „	36	24	61	99	192	
— 15 „ 15 „	28	26	61	90	150		— 42 „ 17 „	33	24	69	100	190	
— 16 „ 44 „	16	27	52	93	152		— 43 „ 59 „	31	23	30	101	190	
— 17 „ 52 „	14	28	59	93	131		10 ч. 45 м.	Роды.					

Ребенокъ родился 9/II, въ 10 ч. 45 мин. утра. Последъ выжатъ по *Credé* черезъ 25 мин. Разрывъ промежности I ст. Зашиваніе разрыва. Общая продолжительность родовъ равнялась 16 ч. 10 мин.: I періодъ продолжался 15 ч. 30 мин., II—15 мин. и III—25 мин.

Ребенок—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 2500 грм., длиною въ 48 сант., родилась безъ асфиксiи. Вѣсъ послѣда—400 грм., его размѣры 15 и 16 сант.; длина пуповины—57 сант., приче́мъ она была обвита вокругъ шейки ребенка 1 разъ.

Послѣродовой періодъ—безъ осложненій. Промежность срослась первыми натяженіемъ. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 8-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ (1 куб. сант.) во время родовъ былъ впрыснутъ однажды, въ 10 ч. 9 мин. Черезъ 6 мин. начались типичныя Pituitrinwehen, приче́мъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 69,3 милл. (среднее давленіе за промежутковъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 95,7 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 23,2 милл. до 25,7 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 46,1 милл. до 70 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 84,5 сек. до 21 сек., продолжительность схватокъ—съ 95 сек. до 63,5 сек.

Наблюденіе 9 (Ануш. Кл., 1912 г., № 337/298).

Р. П—ва, 20 л., I—рага, жена чиновника, принята въ акушерское отдѣленіе Клиники 9/II 1912 г. въ 8 ч. 30 мин. веч. съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые мenses П—ва получила на 13 году, типъ ихъ установился сразу, а именно, черезъ 3—4 нед. по 4—5 дней, съ болями внизу живота передъ менструаціями. Последнія регулы были 18/IV 1911 года. Въ первую половину беременности наблюдалась сильная рвота, въ остальномъ беременность протекала безъ осложненій. Первые родовыя боли начались 9/II въ 6 ч. вечера.

Размѣры живота: окружность—90 сант., равстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—36 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—30 сант., надъ пупкомъ—15 сант. Размѣры таза: D. Sp.—21 сант., D. Cr.—22½ сант., D. Tr.—27 сант., Cont. ext.—19 сант.

Скелетъ нормальный. Грудь, наружныя половыя органы и промежность также нормальны. Наружное исследование: спинка плода обращена влево и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ); сердцебиеніе плода ясно выслушивается (120 ударовъ въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее исследование: шейка еще не стлажена, пупырь цѣль, звѣзъ открытъ на 3 пальца. Т°—37,6°. П.—72. Д.—26. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюдение съ токодинамометромъ начато 9/II въ 10 ч. вечера при отертій аъва на 3 пальца, прицѣломъ пузырь и при несглаженной шейкѣ. Наблюдение безъ пиктутрина продолжалось 43 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы. Схватки герс. потуги.					Время наблюденія.	Паузы. Схватки герс. потуги.						
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		
Барабанъ № 1.						11 ч. 12 м.	14 с.	21	23	67	90	—	
10 ч. в. м.	— с.	150	19	90	50	—	13 „	42 „	16	23	84	110	—
— 4 „	— „	180	19	150	49	—	— 15 „	22 „	7	24	85	98	—
— 9 „	30 „	220	20	114	51	—	— 16 „	54 „	24	25	78	75	—
— 14 „	54 „	300	18	114	54	—	— 18 „	36 „	39	21	69	76	—
— 21 „	48 „	340	17	120	58	—	— 20 „	24 „	39	23	84	70	—
— 29 „	28 „	120	17	150	47	—	— 22 „	27 „	67	22	84	81	—
— 33 „	58 „	240	16	90	59	—	— 24 „	58 „	57	20	96	54	—
— 39 „	28 „	180	17	32	58	—	— 27 „	31 „	84	20	108	75	—
10 ч. 43 м.	Смѣна барабана.					— 30 „	43 „	150	19	108	70	—	—
Барабанъ № 2.						— 35 „	1 „	18	20	108	76	—	—
10 ч. 55 м.	— с.	—	—	43	—	— 37 „	7 „	210	21	90	70	—	—
— 55 „	43 „	162	19	101	56	—	— 42 „	7 „	29	20	93	72	—
11 ч. — „	6 „	162	20	71	76	—	— 44 „	9 „	29	21	87	60	—
— 3 „	59 „	40	24	71	70	—	— 46 „	5 „	57	20	102	61	—
— 5 „	50 „	43	22	69	89	—	— 48 „	44 „	94	21	114	70	—
— 7 „	42 „	32	20	69	87	—	— 52 „	12 „	90	19	55	65	—
— 9 „	23 „	16	24	73	81	—	— 54 „	37 „	23	19	—	—	—
— 10 „	52 „	16	25	66	89	—	11 ч. 55 м.						—

Ребенокъ . родился 10/II въ 4 ч. 40 м. утра. Разрывъ промежности II ст. Зашиваніе разрыва. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 35 мин. Общая продолжительность родового акта равнялась 11 ч. 5 мин.: I періодъ продолжался 9 ч. 30 мин., II—1 ч. 10 мин. и III—25 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3300 грм., длиною въ 50 сант., родился безъ асфиксін. Вѣсъ послѣда—470 грм., его размѣры—17 и 18 сант.; длина пуповины—49 сант.

Послѣродовой періодъ—безъ осложнений. Промежность срослась рег ргітам. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 6-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 11 час., въ количествѣ 1 куб. сант. Черезъ 4 мин. послѣ впрыскиванія наступило замѣтное усиленіе родовой дѣятельности: внутриматочное давленіе во время схватокъ поднялось съ 51 милл. (среднее давленіе за промежутковъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 84,5 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 18,6 милл., до 22,7 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 32,4 милл. до 61,8 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 238 сек. до 32 сек., продолжительность схватокъ—съ 117 сек. то 74,9 сек. За вторыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 68,1 милл., давленіе во время паузъ—20,1 милл., относительное давленіе—48 милл., продолжительность паузъ—36,6 сек., продолжительность схватокъ—98,5 сек. Въ виду появленія непріятныхъ побочныхъ явленій послѣ впрыскиванія питуитрина (шумъ въ ушахъ, блѣдность лица, сердцебіеніе) отъ дальнѣйшихъ инъекцій средства пришлось отказаться.

Наблюденіе 10 (Ануш. Нл., 1912 г., № 339/310).

Г. С—на, 18 л, I—рага, крестьянка, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 12/II 1912 года, въ 11 ч. 30 мин. утра, съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые menses у С—ой появились на 15 году, типъ ихъ: черезъ 4 нед. по 4—5 дней, съ незначительными болями во время кровей. Послѣдняя менструація была 1—2/V 1911 года. Въ теченіе настоящей беременности, кромѣ рвоты въ первые мѣсяцы, другихъ осложнений не было. Родовыя боли начались 11/II въ 8 ч. 30 м. утра.

Размѣры живота: окружность—94½ сант., разстоніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—47 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—35 сант., надъ пупкомъ—16 сант. Размѣры таза: D. Sp.—25½ сант., D. Ст.—27 сант., D. Тг.—30½ сант., Conj, ext.—29½ сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Грудь, наружныя половыя органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (1 черепное, передній видъ); сердцебиеніе ребенка ясно выслушивается (138 ударовъ въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: маточная шейка сглажена, пузырь цѣль, зѣвъ открытъ на 2½ пальца. Т°—36,4°. Ц.—100. Д.—28. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 12/II въ 12 ч. 54 мин. при цѣломъ пузырьѣ и открытіи зѣва на 3 пальца. Наблюденіе безъ питuitрина продолжалось 44 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы.				Схватки гевр. потуги.				Время наблюденія.	Паузы.				Схватки гевр. потуги.			
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.			
Варабанъ № 1.									1 ч. 35 м.	24 с.	90	90	66	—	—		
12 ч. 54 м. — с.	—	—	—	—	—	—	—	—	38 „	— „	—	—	—	—			
— 55 „ 30 „	72	102	120	136	—	—	—	1 ч. 38 м.	Смѣна барабана.								
— 58 „ 42 „	90	102	180	136	—	—	—	Варабанъ № 2.									
1 ч. 3 „ 12 „	150	126	150	126	—	—	—	1 ч. 50 м. — с.	—	—	224	—	—				
— 8 „ 12 „	30	96	162	114	—	—	—	— 53 „ 44 „	84	68	196	140 ⁸⁸	120				
— 11 „ 24 „	60	92	120	114	—	—	—	— 58 „ 24 „	84	76	140	144 ⁹⁰	134				
— 14 „ 24 „	120	90	120	116	—	—	—	2 ч. 2 „ 8 „	11	84	67	128	—				
— 18 „ 24 „	30	90	120	116	—	—	—	— 3 „ 26 „	11	92	67	134	—				
— 20 „ 54 „	60	90	300	136 ¹⁰²	136	—	—	— 4 „ 44 „	7	92	67	136	—				
— 26 „ 54 „	90	90	180	130	—	—	—	— 5 „ 58 „	11	96	67	130	—				
— 31 „ 24 „	90	90	150	136	—	—	—	— 7 „ 16 „	7	94	84	136	—				

2 ч. 8 м. 47 с. 11	94	112	120	—
— 10 „ 50 „ 11	92	308	159 ¹³⁶ 120	—
— 16 „ 9 „ 11	92	112	120	—
— 18 „ 12 „ 28	87	186	138	—
— 21 „ 28 „ 28	80	280	146 ⁹⁸ 116	—
— 26 „ 36 „ 28	76	112	118	—
— 28 „ 56 „ 28	76	168	124 ⁹⁸ 118	—
— 32 „ 12 „ 28	78	112	134	—
— 34 „ 32 „ 28	82	246	120 ⁹⁰ 121	—
— 39 „ 6 „ 28	86	112	120	—
— 41 „ 26 „ 39	88	112	136	—
— 43 „ 57 „ 39	88	140	132	—
— 46 „ 56 „ 56	76	84	118	—
— 49 „ 16 „ 28	72	84	106	—
— 51 „ 8 „ 28	72	140	118	—
— 53 „ 56 „ 84	70	196	132 ⁸⁴ 106	—
— 58 „ 36 „ 56	70	168	136	—
3 ч. 2 „ 20 „ 42	70	308	134 ⁹⁸ 132	—
— 8 „ 10 „ 54	90	168	132	—
— 11 „ 52 „ 54	74	134	120 ⁹⁰ 118	—
3 ч. 15 м. Смѣна барабана.				
Барабанъ № 3.				
7 ч. 5 м. — с. —	—	—	270	—
— 9 „ 30 „ 81	32	189	83 ³ 60	—
— 14 „ — „ 27	32	108	84	—
— 16 „ 15 „ 54	30	162	30	—
— 19 „ 51 „ 16	34	70	34	—

7 ч. 21 м. 17 с. 10	46	81	80	—				
— 22 „ 48 „ 10	50	70	92	—				
— 24 „ 8 „ 6	52	108	90	—				
— 26 „ 2 „ 5	52	70	85	—				
— 27 „ 17 „ 5	60	108	90	—				
— 29 „ 10 „ 5	42	81	200	—				
— 30 „ 36 „ 5	50	216	76 ⁹⁰ 84	—				
— 34 „ 17 „ 10	54	70	90	—				
— 35 „ 37 „ 16	54	189	85 ⁹⁰ 84	—				
— 39 „ 2 „ 27	56	82	90	—				
— 40 „ 51 „ 16	56	70	88	—				
— 42 „ 17 „ 27	56	189	88 ⁹⁸ 76	—				
— 54 „ 53 „ 7	—	—	—	—				
7 ч. 46 м. Смѣна линіи.								
Линія 2-ая.								
7 ч. 50 м. — с. —	—	—	114	86				
— 51 „ 54 „ 16	40	171	76	—				
— 55 „ 1 „ 16	40	114	94	—				
— 57 „ 11 „ 16	40	114	96	—				
— 59 „ 21 „ 28	40	85	98	—				
8 ч. 1 „ 14 „ 16					48	114	72	—
— 3 „ 24 „ 16	48	142	66	—				
— 6 „ 2 „ 28	50	85	72	—				
— 7 „ 55 „ 57	46	114	102	—				
— 10 „ 46 „ 45	44	114	94	—				
— 13 „ 25 „ 28	44	85	84	—				
— 15 „ 18 „ 57	38	114	102	—				

8 ч. 18 м. 9 с. 28 36 57 84 —	Барabanъ № 4.
— 19 „ 34 „ 28 38 171 74 ⁶⁰ 70—	9 ч. — м. — с. — — 81 — —
— 22 „ 53 „ 57 36 85 102 —	— 1 „ 21 „ 27 32 81 58 —
— 25 „ 15 „ 28 36 85 76 —	— 9 „ 9 „ 27 32 81 60 —
— 27 „ 8 „ 28 44 85 78 —	— 4 „ 57 „ 27 34 135 54 ⁴⁰ 52
— 29 „ 1 „ 28 46 114 84 —	— 7 „ 39 „ 21 32 — — —
— 31 „ 23 „ 28 44 9 — —	8 ч. 8 м.
— 31 „ 51 „ — — — — —	
8 ч. 32 м. Смяна барабана.	

Ребенокъ родился 12/II въ 2 ч. 55 м. ночи. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 20 мин. Разрывъ промежности II ст. Зашиваніе разрыва. Общая продолжительность родовъ равнялась 18 ч. 25 мин.: I періодъ продолжался 16 ч. 45 мин., II—1 ч. 20 мин. и III—20 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 3050 грм., длиною въ 48 сант., родилась безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда—570 грм., его размѣры—15×18 сант.; длина пуповины—49 сант.

Послѣродовой періодъ безъ осложнений. Промежность срослась первымъ натяженіемъ. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 7-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ 2 раза: въ 1 ч. 53 мин. въ количествѣ 0,9 куб. сант. и въ 7 ч. 14 мин. веч.—1 куб. сант. Черезъ 6 мин. послѣ перваго впрыскиванія наступило усиленіе схватокъ, причѣмъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 124,5 милл. (среднее давленіе за промежутковъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 130,2 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе первыхъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 90 милл. до 91,3 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 34,5 милл. до 38,9 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 72 сек. до 12 сек., продолжительность схватокъ—съ 142,5 сек. до 93 сек. За вторыя и третьи 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина внутриматочное давленіе во время схватокъ понизилось сравнительно мало, именно, оно оказалось равнымъ 127,3—124,3 милл., давленіе во время паузъ оказалось равнымъ 79,6—74,6 милл.; относительное давленіе—47,7—49,7 милл., продолжитель-

ность схваток—112—121,3 сек., продолжительность пауз—28—48,5 сек.

Послѣ второй инъекціи дѣйствіе питуитрина сказалося черезъ 5 мин., причемъ давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 90,1 милл. (за вторыя и третьи 20 мин.—84,8—88 милл.), давленіе во время паузъ—50 милл. (—46—40,2 милл.), относительное давленіе—40,1 (—38,8—47,8), продолжительность паузъ—10,4 сек. (—26,6—36,6 сек.), продолжительность схватокъ—82,2 (—117—92,2). Несмотря на указанное усиленіе родовой дѣятельности, питуитринъ въ данномъ случаѣ замѣтнаго ускоряющаго дѣйствія на теченіе родового акта не оказалъ.

Наблюденіе II (Ануш. Кл., 1912 г., № 342/301).

С. В.—ва, 20 л., I-рага, принята въ акушерское отдѣленіе Клиники 13/II 1913 г., въ 5 ч. веч., съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые месяцы у В-овой появились на 15 году, приходили черезъ 4 нед., по 3 дня, безъ болей. Последняя менструація была 26/IV 1911 года (хорошо не помнитъ). Беременность протекала безъ осложнений. Родовныя боли начались 12/II въ 11 ч. ночи.

Размѣры живота: окружность—105 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—38 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—34 сант., надъ пупкомъ—16 сант. Размѣры таза: D. Sp.—27 сант., D. Ст.—29½ сант., D. Tr.—32 сант., Conj. extg.—21½ сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Груды, наружныя половыя органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена вправо и впередъ, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебиеніе ребенка выслушивается (120 ударовъ въ минуту) ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка сглажена, пузырь цѣль, зѣвъ отерты на 4½ пальца. T°—36,7°; П.—86, Д.—24. Въ мочѣ—слѣды бѣла.

Наблюденіе съ токодинамометромъ было начато 13/II въ 5 ч. 25 мин. веч. почти при полномъ отертыи зѣва и при только что сошедшихъ водахъ. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 25 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гесп. потуги.			
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.
5 ч. 25 м. — с.	61	32	100	71	136	
— 27 „ 41 „	118	33	95	72	136	
— 31 „ 14 „	96	33	95	72	162	
— 34 „ 25 „	88	32	90	53	144	
— 37 „ 23 „	115	30	97	80	142	
— 40 „ 55 „	96	31	118	85	142	
— 44 „ 29 „	94	31	96	80	138	
— 47 „ 39 „	90	30	51	79	138	
5 ч. 50 м.	Смѣна барабана.					
Барабанъ № 2.						
6 ч. 5 м. — с.	77	30	99	79	128	
— 7 „ 56 „	100	31	90	78	142	
— 11 „ 6 „	118	30	100	80	142	
— 14 „ 44 „	35	33	75	103	150	
— 16 „ 37 „	10	34	63	105	165	
— 17 „ 50 „	12	34	60	112	169	
— 19 „ 2 „	13	35	82	99	170	
— 20 „ 37 „	12	34	61	98	169	
— 21 „ 50 „	12	33	53	107	160	
— 23 „ — „	12	33	63	98	142	
Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гесп. потуги.			
Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.	
6 ч. 24 м. 15 с.	15	33	74	99	162	
— 25 „ 44 „	20	32	76	110	157	
— 27 „ 20 „	18	33	72	105	156	
— 28 „ 50 „	12	33	53	106	160	
— 30 „ — „	30	32	90	107	153	
— 32 „ — „	26	31	62	98	160	
— 33 „ 23 „	22	32	69	98	170	
— 34 „ 59 „	31	31	79	98	163	
— 36 „ 49 „	31	31	85	99	169	
— 38 „ 45 „	25	32	95	97	172	
— 40 „ 45 „	35	31	83	97	182	
— 42 „ 43 „	62	31	65	95	162	
— 44 „ 50 „	90	30	90	96	175	
— 47 „ 50 „	32	30	88	95	180	
— 49 „ 50 „	31	29	84	98	180	
— 51 „ 45 „	25	30	60	100	182	
— 53 „ 10 „	42	30	62	101	175	
— 54 „ 54 „	6	—	—	—	—	
6 ч. 55 м.						

Роды.

Ребенок родился 13/II в 6 ч. 55 мин. вечера. Последъ вышелъ самостоятельно черезъ 50 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 32 ч. 45 мин.: I периодъ продолжался 30 ч. 40 мин., II—1 ч. 15 мин. и III—50 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный; вѣсомъ въ 3620 грм., длиною въ 53 сант., родился безъ асфиксисъ. Вѣсъ послѣда—580 грм.; его размѣры—15×17 сант.; длина пуповины—58 сант.

Послѣродовой периодъ—безъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 6-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 6 ч. 10 мин., въ количествѣ 1 куб. сант. Черезъ 4 мин. наступило замѣтное усиленіе родовой дѣятельности, а именно, давленіе во время схватокъ поднялось съ 72,1 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 103,1 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 31,8 милл. до 32,9 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 40,3 милл. до 70,2 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 95,4 сек., продолжительность схватокъ—съ 99,1 сек. до 68,9 сек. За вторыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 97,6 милл., во время паузъ—27,3 милл., относительное давленіе осталось почти безъ измѣненія (70,3 милл.), продолжительность паузъ—37,9 сек., продолжительность схватокъ—79,1 сек.

Наблюденіе 12 (Ануш. Ил. 1912 г., №348/306).

О. Т. ая, 24 л., П-рага, поступила въ акушерское отдѣленіе 14/II 1912 г., въ 8 ч. 50 мин. веч., съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые шепсы у Т-ой появились на 15-мъ году, приходили черезъ 3 нед., по 5—6 дней, съ болями во время кровей. Последняя менструація была 9/v 1911 года. Предыдущая беременность окончилась 3-мѣсячнымъ абортomъ 1½ года тому назадъ. Настоящая беременность протекала безъ осложнений. Родовыя боли начались 14/II въ 8 ч. утра.

Размѣры живота: окружность—98 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отрѣзка—37 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—32 сант., надъ пупкомъ—12 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе уклоненій отъ нормы не представляютъ. Груды, наружныя половыя органы и промежность нормальны.

Наружное исследование: спинка плода обращена влево и вперед, предлежит головка (I черешное, передний вид); сердцебиение ребенка выслушивается (130 ударов в минуту) ниже пупка, слева от средней линии. Внутреннее исследование: шейка сглажена, кузурь отсутствует, зъвъ открытъ на I палець. Т°—37,2°. П.—88. Д.—24. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюдение съ токодинамометромъ начато 14/II въ 9 ч. вечера при открытіи зъва на 2 пальца и при сглаженной шейкѣ. Наблюдение безъ питуитрина продолжалось 35 мин.

Ребенокъ родился 15/II въ 7 ч. 35 мин. утра. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 20 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 23 ч. 54 мин.: I періодъ продолжался 23 ч., II—35 мин. и III—20 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 3100 грм., длиною въ 55 сант., родилась безъ асфиксін. Вѣсъ послѣда—550 грм., его размѣры 20×23 сант.; длина пуповины—60 сант.

Послѣродовой періодъ—безъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 6-й день послѣ родовъ.

Несмотря на двукратное впрыскиваніе питуитрина (въ 9 ч. 55 мин. въ количествѣ 1 куб. сант. и въ 12 ч. 45 мин.—0,9 куб. сант.) послѣдній эффекта не вызывалъ.

Наблюдение 13 (Ануш. Нл., 1912 г., №354/312).

П. П.—ва, 30 л., V-рага, крестьянка, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 16/II 1912 г. въ 1 ч. 35 мин. утра. Первые месяцы П-ва получила на 14-мъ году, типъ ихъ установился сразу, именно, черезъ 4 нед. по 6—7 дней, безъ болей. Послѣдняя менструація была въ началѣ мая 1911 года. Всѣ предшествовавшія беременности кончились нормальными родами въ срокъ, причемъ первые роды были 7 лѣтъ, а послѣдніе—3 года тому назадъ. Послѣродовой періодъ—всегда нормальный. Въ теченіе настоящей беременности никакихъ осложнений не было. Родовыя боли начались 15/II въ 4 ч. дня.

Размѣры живота: окружность—91 сант., расстояние отъ лобка до мечевиднаго отростка—41 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—38 сант., надъ пупкомъ—14 сант. Размѣры таза D. Sp.—25 сант., D. Cr.—27½ сант., D. Tr.—31 сант., Conj. ext.—21 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣдосложение и питание роженицы отклоненій отъ нормы не представляютъ. Груды нормальны, на промежности—рубець отъ разрыва при предыдущихъ родахъ, имѣется также пролабироваіе и стѣнокъ ружава. Наружное исследование: спинка плода обращена вправо и вперед, предлежитъ головка (II черешное, передний вид); сердцебиение плода ясно выслушивается (140 ударовъ в минуту) ниже пупка, справа отъ средней

5 ч. 12 м. 58 с.	4	26	8	—	—	1 ч. 36 м. 10 с.	18	40	90	108	180						
1 ч. 14 м.	Омѣна барабана					—	37	„	58	„	18	88	90	110	190		
	Барабанъ № 1.					—	39	„	46	„	24	40	60	112	194		
1 ч. 22 м.	—	с.	60	30	120	100	134	—	41	„	10	„	18	38	210	165	194
— 25 „	—	„	60	30	120	102	140	—	44	„	58	„	24	24	90	—	180
— 28 „	—	„	50	30	120	96	146	—	46	„	52	„	8	—	—	—	—
— 30 „	50	„	60	30	120	110	186	1 ч. 47 м.	Роды.								
— 33 „	50	„	50	32	90	110	190										

Ребенокъ родился 16/II въ 1 ч. 47 мин. дня. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 13 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 22 ч. 10 мин.: I періодъ продолжался 21 ч. 30 мин., II—17 мин. и III—13 мин.

Ребенокъ — дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 3150 грм., длиною въ 52 сант., родилась безъ асфиксїи. Вѣсъ послѣда—650 грм., его размѣры—16×18 сант.; длина пуповины—56 сант.

Послѣродовой періодъ—безъ всякихъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состоянїи на 5-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ 2 раза: въ 12 час. 2 мин. въ количествѣ 1 куб. сант. и въ 1 ч. 27 мин.—0,8 куб. сант. Черезъ 11 мин. послѣ перваго впрыскиванія наступило замѣтное усиленіе до этого довольно слабой родовой дѣятельности, причемъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 75,3 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 100,5 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 26,2 милл. до 29,3 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 49,1 милл. до 71,2 милл., продолжительность паузъ уменьшилась въ данномъ случаѣ особенно рѣзко, именно, съ 442,5 сек. до 34 сек., продолжительность схватокъ—съ 180 сек. до 127 сек. За вторыя и третьи 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 118—141,7 милл., давленія во время паузъ—30,5—29,7 милл., относительное давленіе—87,5—112 милл., продолжительность паузъ—45,7—51,7 сек., продолжительность схватокъ—134—111,1 сек.

Черезъ 40 мин. послѣ второго впрыскиванія (черезъ 1 ч. 25 мин. послѣ перваго) наступили роды. Дѣйствіе питуит-

рина на этотъ разъ началось черезъ 7 мин., причемъ давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 121 милл., во время паузъ—36 милл., относительное давленіе—85 милл., продолжительность схватокъ—105 сек., продолжительность паузъ—20,4 сек.

Наблюденіе 14 (Ануш. Кл. 1912 г., № 361/318).

Е. Р-ва, 30 л., VII-рага, портниха, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 18/II 1912 г., въ 8 ч. утра, съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые шевелы у Р-вой появились на 15 году, приходили черезъ 4 нед., продолжались по 5 дней, съ болями внизу живота передъ кровями. Последняя менструація была 8/VI 1911 года. Изъ предшествовавшихъ беременностей только одна (третья) прервалась выкидышемъ, остальные же всѣ благополучно кончились срочными родами. Последніе роды были 2¹/₂ года тому назадъ. Настоящая беременность протекала безъ всякихъ осложнений. Родовныя боли начались 18/II въ 7 ч. вечера.

Размѣры живота: окружность—103 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—43 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—34 сант., надъ пупкомъ—16 сант. Размѣры таза: D. Sp.—26¹/₂ сант., D. Cr.—29 сант., D. Tr.—31 сант., Conj. ext.—20 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Груды нормальны, имѣется старый разрывъ промежности и значительное опущеніе стѣнокъ рукава. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена вправо и впередъ, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебиеніе ребенка ясно выслушивается (140 ударовъ въ минуту) ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: маточная шейка не сглажена, пупьяръ нѣтъ, зѣвъ открытъ на 1¹/₂ пальца. Т°—36,6° Ц.—64. Д.—21. Моча бѣлка не содержитъ.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 18/II въ 10 ч. 53 м. утра, при открытіи зѣва на 2 пальца и при несглаженной шейкѣ. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 42 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы.					Схватки гесп. потуги.					Время наблюденія.	Паузы.					Схватки гесп. потуги.				
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.		Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.					
Барыбанъ № 1.											10 ч. 54 м.	4 с.	21	54	108	114	—				
10 ч. 53 м. — с.	—	—	64	—	—	—	56	13	43	53	108	102	—								

10 ч. 58 м. 44 с.	27 50	145 90	—	12 ч. 17 м. 36 с.	16 56	81 152	—
11 ч. 1 „ 36 „	37 48	108 132	—	— 19 „ 12 „	11 56	97 146	—
— 4 „ 1 „	54 52	91 90	—	— 21 „ — „	11 54	81 142	—
— 6 „ 26 „	54 52	108 134	—	— 22 „ 32 „	11 52	87 142	—
— 9 „ 8 „	37 45	162 116	—	— 24 „ 10 „	16 56	108 134	—
— 12 „ 27 „	81 50	108 120	—	— 26 „ 14 „	16 46	97 134	—
— 15 „ 36 „	64 47	189 114 ⁵⁶⁷³	—	— 28 „ 7 „	11 52	97 132	—
— 19 „ 49 „	64 50	189 138	—	— 29 „ 55 „	11 49	97 132	—
— 24 „ 2 „	48 47	108 134	—	— 31 „ 43 „	16 46	1 —	—
— 26 „ 38 „	54 42	108 98	—	12 ч. 32 м. Смѣна линіи.			
— 29 „ 20 „	81 47	162 132	—	Линія 2-ая:			
— 33 „ 23 „	81 46	16 —	—	12 ч. 33 м. 30 с.	— —	51 —	—
11 ч. 35 м. Смѣна барабана.				— 34 „ 21 „	16 48	108 140	—
Барабанъ № 2.				— 36 „ 25 „	16 50	135 130	—
11 ч. 51 м. — с.	81 76	189 108	—	— 38 „ 56 „	11 44	81 140	—
— 55 „ 30 „	27 54	135 80	—	— 40 „ 28 „	21 50	135 132	—
— 58 „ 12 „	27 52	135 130	—	— 43 „ 4 „	11 48	108 136	—
12 ч. — 54 „	16 56	81 132	—	— 45 „ 3 „	16 48	162 152	—
— 2 „ 31 „	11 58	81 140	—	— 48 „ 1 „	37 44	108 154	—
— 4 „ 3 „	11 56	75 138	—	— 50 „ 26 „	21 46	108 148	—
— 5 „ 29 „	11 58	97 142	—	— 52 „ 35 „	21 44	108 110	—
— 7 „ 17 „	6 60	108 144	—	— 54 „ 44 „	21 44	108 132	—
— 9 „ 11 „	6 58	97 146	—	— 56 „ 53 „	16 46	135 116	—
— 10 „ 54 „	6 54	81 146	—	— 59 „ 24 „	21 44	75 114	—
— 12 „ 21 „	6 56	108 133	—	1 ч. 1 м. Смѣна барабана.			
— 14 „ 15 „	11 54	97 156	—	Барабанъ № 3.			
— 16 „ 3 „	11 48	81 144	—	1 ч. 11 м. — с.	— —	27 —	—

1 ч. 11 м. 27 с.	27 36	124	100	—	2 ч. — м. — с.	54 34	135	136	—
— 13 „ 58 „	37 36	135	134	—	2 ч. 3 „ 9 „	81 34	108	144	—
— 16 „ 50 „	27 34	162	108	—	— 6 „ 18 „	27 34	162	112	—
— 19 „ 59 „	21 32	162	132	—	— 9 „ 27 „	54 20	155	134	—
— 23 „ 2 „	37 32	216	134	—	— 12 „ 56 „	16 32	155	132	—
— 27 „ 15 „	54 28	108	140	—	— 15 „ 47 „	27 28	135	138	—
— 29 „ 57 „	27 34	162	114	—	— 18 „ 29 „	16 32	108	132	—
— 33 „ 6 „	81 30	162	120	—	— 20 „ 33 „	27 32	162	136	—
— 37 „ 9 „	54 30	135	126	—	— 23 „ 42 „	32 20	97	142	—
— 40 „ 18 „	54 30	135	146	—	— 25 „ 51 „	16 34	146	128	—
— 43 „ 27 „	54 40	108	—	—	— 28 „ 33 „	27 38	135	144	—
— 46 „ 9 „	51 30	—	—	—	— 31 „ 15 „	16 32	91	134	—
1 ч. 47 м. Смѣна барабана.					— 33 „ 2 „	16 34	102	128	—
Барабанъ № 4.					2 ч. 35 м.				

Ребенокъ родился 18/II въ 3 ч. 3 м. дня. Черезъ 4 мин. послѣ этого самостоятельно выдѣлился послѣдъ. Общая продолжительность родовъ равнялась 20 ч. 7 мин.: I периодъ продолжался 20 час., II—3 мин. и III—4 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 2700 грм., длиною въ 50 сант., родился безъ асфиксїи. Вѣсъ послѣда—440 грм., его размѣры—17×17 сант.; длина пуговины—52 сант.

Послѣродовой периодъ—безъ осложнений. Ребенокъ и мать выписаны въ здоровомъ состоянїи на 5-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ три раза: въ 11 ч. 56 мин. дня въ количествѣ 1 куб. сант., въ 1 ч. 16 мин.—0,5 куб. сант. и въ 2 ч. 9 мин.—0,5 куб. сант. Черезъ 5 мин. послѣ перваго впрыскиванїя наступило замѣтное усиленїе схватокъ, причеиъ давленїе во время схватокъ поднялось съ 111,1 милл. (среднее давленїе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванїя) до 143,2 милл. (среднее изъ наблюденїй въ теченїе 10 мин. послѣ начала дѣйствїя питуитрина), давленїе во время паузъ—съ 50,5 милл. до 55,8 милл., собственное давленїе во время схватокъ (относительное

давление) — съ 60,6 милл., до 87,4 милл.; продолжительность паузы уменьшилась съ 44,2 сек. до 10,1 сек., продолжительность схватокъ — съ 118,5 сек. до 90,3. За вторыя и третьи 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давление во время схватокъ оказалось равнымъ 135,8—135,4 милл., во время паузъ — 49,5—45,1 милл., относительное давление — 86,3—90,3 милл., продолжительность схватокъ — 102,6—119,5 сек., продолжительность паузъ — 13,9—21,8 сек. Послѣ второго впрыскиванія питуитрина (черезъ 1 ч. 20 мин. послѣ перваго) эффекта не было. Равнымъ образомъ слабое дѣйствіе обнаружилъ питуитринъ и послѣ третьей инъекціи (черезъ 53 мин. послѣ второй), хотя относительное давление, благодаря пониженію давления во время паузъ, на этотъ разъ поднялось, даже выше того, чѣмъ оно стояло послѣ перваго впрыскиванія (99,5 милл., послѣ второго впрыскиванія и 103,6 милл. послѣ третьяго).

Наблюденіе 15 (Ануш. Кв. 1912 г., № 364/221).

Е. С.—ъ, 22 л., 1—рага, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 20/II въ 10 ч. ночи съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые шепселы у С.—ъ появились на 14 году, приходили черезъ 4 нед. по 7 дней, безъ болей. Времени послѣдней менструаціи не помнитъ. Беременность протекала безъ осложненій. Родовыя боли начались 19/II въ 8 ч. утра.

Размѣры живота: окружность—96 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—45 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—36 сант., надъ пупкомъ—13 сант. Размѣры таза: D. Sp.—25 сант., D. Ст.—27 сант., D. Tr.—29½ сант., Cont. ext.—19½ сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе отклоненій отъ нормы не представляютъ. Грудь, наружные половые органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ), сердцебиеніе плода выслушивается (130 ударовъ въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка почти сглажена, куауръ отсутствуетъ зѣвъ открытъ на 1½ пальца. T°—36,8. П.—84. Д.—28. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 19/II въ 11 ч. ночи при открытіи зѣва на 2 пальца. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 26 мин.

Тогодинамометрическія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гезр. потуги.			Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гезр. потуги.		
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
Барабанъ № 1.						12 ч. 5 м. 36 с.	20 32	54	109	—	
11 ч. — м. — с.	130 29	90	86	—	—	6 „ 50 „	20 33	66	98	—	
— 3 „ 40 „	138 30	89	87	—	—	8 „ 16 „	24 33	68	85	—	
— 7 „ 27 „	180 28	49	86	—	—	9 „ 48 „	22 32	66	113	—	
— 11 „ 16 „	138 29	76	87	—	—	11 „ 16 „	24 33	69	101	—	
— 14 „ 50 „	182 30	68	87	—	—	12 „ 49 „	21 34	70	110	—	
— 19 „ — „	180 30	83	88	—	—	14 „ 20 „	28 33	62	110	—	
— 23 „ 23 „	108 29	49	88	—	—	15 „ 50 „	27 33	72	99	—	
11 ч. 26 м. Смѣна барабана.						— 17 „ 29 „	31 32	68	110	—	
Барабанъ № 1-2						— 19 „ 8 „	32 33	69	100	—	
11 ч. 40 м. — с.	151 29	85	89	—	—	20 „ 49 „	31 32	73	98	—	
— 43 „ 56 „	170 29	64	88	—	—	22 „ 38 „	32 33	70	99	—	
— 47 „ 50 „	98 28	82	89	—	—	24 „ 20 „	40 32	60	80	—	
— 50 „ 50 „	131 29	72	87	—	12 ч. 26 м. Смѣна барабана.						
— 54 „ 13 „	107 30	46	110	—	Барабанъ № 3.						
— 56 „ 46 „	15 34	53	109	—	12 ч. 30 м. — с.	45 30	65	87	—		
— 57 „ 54 „	18 33	60	112	—	— 31 „ 50 „	54 30	73	93	—		
— 59 „ 12 „	21 34	60	115	—	— 33 „ 57 „	53 30	88	89	—		
12 ч. — м. 33 с.	15 35	62	118	—	— 36 „ 18 „	52 31	88	90	—		
— 1 „ 50 „	14 34	60	118	—	— 38 „ 38 „	62 30	79	93	—		
— 3 „ 4 „	18 35	58	117	—	— 40 „ 59 „	51 31	89	80	—		
— 4 „ 20 „	15 34	61	109	—	— 43 „ 19 „	31 29	88	100	—		

12 ч. 45 м.	18 с.	62	30	90	73	—	1 ч. 5 м.	28 с.	42	30	71	98	—
— 47 „	50 „	70	29	68	95	—	— 7 „	21 „	52	30	63	93	—
— 50 „	8 „	32	30	65	96	—	— 9 „	16 „	44	30	83	89	—
— 51 „	45 „	35	31	65	93	—	— 11 „	23 „	51	29	91	80	—
— 53 „	25 „	32	30	53	89	—	— 13 „	45 „	60	29	85	89	—
— 54 „	50 „	43	31	61	93	—	— 16 „	40 „	48	30	92	90	—
— 56 „	34 „	33	30	71	94	—	— 18 „	30 „	65	29	82	91	—
— 58 „	18 „	22	31	63	99	—	— 20 „	57 „	53	30	96	89	—
— 59 „	43 „	45	31	65	98	—	— 23 „	26 „	64	30	106	90	—
1 ч. 1 м.	33 с.	48	31	69	110	—	— 26 „	16 „	34	29	70	91	—
— 3 „	30 „	54	30	64	99	—	1 ч. 28 м.						

Ребенокъ родился 20/II въ 9 ч. 35 м. утра. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 45 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 26 ч. 20 мин.: I періодъ продолжался 24 ч. 25 мин., II—1 ч. 10 мин. и III—45 мин.

Ребенокъ — мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3250 грм., длиною въ 55 сант., родился безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда — 620 грм., его размѣры—17×18 сант.; длина пуповины—53 сант.

Послѣродовой періодъ — безъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 6-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ 2 раза: въ 11 ч. 50 мин. въ количествѣ 1 куб. сант. и въ 12 ч. 41 мин.—1 куб. сант. Черезъ 5 мин. послѣ перваго впрыскиванія наступило усиленіе схватокъ, причемъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 86,8 милл. (среднее давленіе за промежутковъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 101,6 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 29,3 милл. до 33,5 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 57,5 милл. до 68,1 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 136,3 сек. до 19,6 сек., продолжительность схватокъ — съ 75 сек. до 61 сек. Послѣ втораго впрыскиванія (черезъ 51 мин. послѣ перваго) дѣйствіе наступило черезъ 3 мин., причемъ давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 95 милл., давленіе во время

паузы — 30,4 милл., относительное давление — 64,6 милл., продолжительность схваток — 66,2 сек., продолжительность паузы — 40,1 сек. Несмотря на усилившуюся, таким образом, родовую деятельность, ускорения поступательного движения родов в разбираемом случае не было замѣтно.

Наблюденіе 16 (Ануш. Кл., 1912 г. № 370/326).

У. Т—ва, 27 л., V-рага, крестьянка, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 21/II въ 7 ч. утра съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые мenses Т—ва получила на 15 году, ихъ типъ: черезъ 3 нед. по 7 дней. Последняя менструація была 18/V 1911 года. Изъ 4 предыдущихъ беременностей три кончились срочными родами, а одна, третья по счету, преждевременными (на VIII м.). Послѣродовой періодъ всегда былъ нормальный. Первые роды были 7 лѣтъ тому назадъ, послѣдніе — 2 года 4 мѣс. тому назадъ. Въ настоящей беременности никакихъ осложненій не было. Родовыя боли начались 21/II въ 1 ч. ночи.

Размѣры живота: окружность — 106 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка — 41 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ — 39 сант., надъ пупкомъ — 18 сант. Размѣры таза: D. Sp. — 27 сант., D. Ст. — 29 сант., D. Тг. — 32 сант., Conj. ext. — 21 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Груды нормальны, на промежности — старый разрывъ II ст., причемъ имѣется значительное опущеніе стѣнокъ ружава. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена впередъ и влѣво, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ), сердцебиеніе плода ясно выслушивается (135 ударовъ въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: маточная шейка сглажена, пузырь цѣлъ, зѣвъ открытъ на 2¹/₂ пальца. Т. — 37,1°. П. 80.— Д. — 26. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 21/II въ 9 ч. утра при открытіи зѣва на 4 пальца и при цѣломъ пузырѣ. Наблюденіе безъ питтутрина продолжалось 30 мин.

Тонодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы.					Схватки гесп. потуги.					
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Паузы.	Схватки гесп. потуги.				
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	
Барабанъ № 1.						9 ч. 49 м. 50 с.	19	36	72	96	(152)
9 ч. — м. — с.	120	26	114	52	—	—	51	21	29	27	56 95 (152)
— 3 „ 54 „	156	25	108	62	—	—	52	46	24	28	60 75 (160)
— 8 „ 18 „	174	23	132	42	—	—	54	10	36	24	72 91 (162)
— 13 „ 24 „	174	23	114	52	—	—	55	58	36	23	83 100 (113)
— 18 „ 12 „	180	22	135	62	—	—	57	57	57	21	57 87 (182)
— 23 „ 27 „	204	21	138	67	—	—	59	51	39	22	93 89 136
— 29 „ 9 „	51	20	—	—	—	10 ч. 2 „	3	84	20	96	84 139
9 ч. 30 м.	Смѣна барабана.					—	5	3	78	20	66 75 170
Барабанъ № 2.						—	7	27	52	18	108 99 171
9 ч. 40 м. — с.	—	—	47	59	—	—	10	7	79	20	62 75 180
— 40 „ 47 „	154	21	96	69 (108)	—	—	12	28	120	17	83 77 190
— 44 „ 57 „	57	21	60	99 (144)	—	—	15	51	55	18	73 77 192
— 46 „ 54 „	19	26	72	98 (154)	—	—	17	59	57	18	64 89 185
— 48 „ 25 „	26	25	59	100 (139)	—	10 ч. 20 м.	Роды.				

Ребенокъ родился 21/II въ 11 ч. 20 мин. дня. Послѣдъ выдѣлился самостоятельно черезъ 25 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 10 ч. 45 мин.: I періодъ продолжался 10 час., II—20 мин. и III—25 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 4400 грм., длиною въ 53 сант., родился безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда—800 грм., его размѣры—17×18 сант.; длина пуповины—44 сант.

Послѣродовой періодъ—безъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 6-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 9 ч. 41 мин. у., въ количествѣ 1 куб. сант. Черезъ 4 мин. послѣ впрыскиванія наступило усиленіе схватокъ, причемъ давленіе во время послѣднихъ поднялось съ 56,1 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 89,3 милл. среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 23,3 милл. до 23,5 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе) — съ 32,8 милл. до 65,8 милл., продолжительность схватокъ уменьшилась съ 123,3 сек. до 73,2 сек., продолжительность паузъ—съ 168 сек. до 50,3 сек.

Наблюденіе 17 (Ануш. Кл., 1912 г., № 372/328).

А. К—ва, 18 л., I—рага, крестьянка, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 22/II 1912 г., въ 8 ч. утра, съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые мenses у К—вой появились на 15 году, типъ ихъ установился сразу, именно, черезъ 4 нед. по 3—4 дня, съ болями внизу живота передъ кровями. Послѣдняя менструація была въ маѣ 1911 года. Беременность протекала безъ всякихъ осложненій. Родовыя боли начались 22/II въ 1 ч. ночи.

Размѣры живота: окружность—94 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—32 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—27 сант., надъ пупкомъ—13 сант. Размѣры таза: D. Sp.—25 сант., D. Cr.—28½ сант., D. Tt.—32 сант., Conj. ext.—21½ сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Грудь, наружныя половыя органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена вправо и впередъ, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебиеніе плода ясно выслушивается (144 удара въ минуту) ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка сглажена, пузырь цѣль, зѣвъ открытъ на 2½ пальца. T°—36,7°. П.—72. Д.—28. Моча бѣлая не содержитъ.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 22/II въ 10 ч. 31 м. дня, при цѣломъ пузырьѣ и при открытіи зѣва на 3½ пальца. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 30 мин.

Тонодинамометрическія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гесп. потуги.			
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
Барабанъ № 1.						
10 ч. 30 м. — с.	108	32	135	96	—	—
— 34 „ 3 „	125	33	136	88	—	—
— 38 „ 23 „	162	30	108	90	—	—
— 42 „ 53 „	162	30	135	96	—	—
— 47 „ 50 „	216	32	135	98	—	—
— 53 „ 41 „	162	30	135	96	—	—
— 58 „ 38 „	82	—	—	—	—	—
11 ч. Слѣна барабана.						
Барабанъ № 2.						
11 ч. 8 м. — с.	54	36	135	96	—	—
— 11 „ 9 „	108	32	85	98	—	—
— 14 „ 22 „	16	38	75	110	—	—
— 15 „ 53 „	16	40	54	128	—	—
— 17 „ 3 „	11	40	60	124	—	—
— 18 „ 14 „	11	40	54	128	—	—
— 19 „ 19 „	27	38	81	110	—	—
— 21 „ 7 „	11	38	81	112	—	—
— 22 „ 39 „	27	38	87	112	—	—
— 24 „ 33 „	27	36	87	134	—	—
— 26 „ 27 „	43	36	87	118	—	—
— 28 „ 37 „	43	34	64	124	—	—
Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гесп. потуги.			
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. въ Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
Барабанъ № 3.						
11 ч. 30 м. 24 с.	43	32	81	90	—	—
— 32 „ 28 „	43	32	81	124	—	—
— 34 „ 32 „	27	32	108	119	—	—
— 36 „ 47 „	43	32	108	108	—	—
— 39 „ 19 „	27	30	189	100 ⁹⁴	—	—
— 42 „ 54 „	54	30	81	195	—	—
— 45 „ 9 „	43	28	108	88	—	—
— 47 „ 40 „	43	28	108	96	—	—
— 50 „ 11 „	43	26	66	99	—	—
11 ч. 52 м. Слѣна барабана.						
Барабанъ № 3.						
12 ч. 1 м. — с.	28	24	220	96	(136)	—
— 5 „ 8 „	112	22	178	92	(146)	—
— 9 „ 48 „	135	22	224	98	(142) ⁸⁸	—
— 15 „ 47 „	112	20	112	90	132	—
— 19 „ 31 „	56	22	142	90	120	—
— 22 „ 49 „	46	22	168	88	132	—
— 26 „ 42 „	112	22	168	86	148	—
— 31 „ 13 „	112	22	142	86	134	—
— 35 „ 27 „	67	20	224	84	124	—
— 40 „ 18 „	118	22	104	82	170	—
12 ч. 44 м.						

Ребенокъ родился 22/II въ 1 ч. 25 мин. дня. Черезъ 10 мин. выдѣлился самостоятельно послѣдъ. Общая продолжительность родовъ равнялась 12 ч. 35 мин.: I періодъ продолжался 11 ч. 50 мин., II—35 мин. и III—10 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 2350 грм., длиною въ 46 сант., родилась безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда—460 грм., его размѣры—17×19 сант.; длина пуговины—40 сант.

Послѣродовой періодъ — безъ осложненій. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 6-й день послѣ родовъ.

Въ 9 ч. 30 мин. роженицѣ были впрыснуты скополаминъ съ пантопономъ, черезъ часъ впрыскиваніе одного скополамина было повторено. Въ 11 ч. 9 мин. былъ впрыснутъ питуитринъ въ количествѣ 0,9 куб. сант. Черезъ 3 мин. послѣ впрыскиванія наступило замѣтное усиленіе схватокъ, причѣмъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 93,6 милл. (среднее давленіе за промежутковъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 116,3 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 31,4 милл. до 36,4 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе) — съ 62,2 милл. до 79,9 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 154,6 сек. до 26,5 сек., продолжительность схватокъ—съ 129,6 сек. до 74,3 сек. За вторыя 20 мин. послѣ впрыскиванія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 121,2 милл., во время паузъ—29 милл., относительное давленіе—92,2 милл., продолжительность паузъ—42,1 сек., продолжительность схватокъ—102,6 сек. Новое впрыскиваніе скополамина, повидимому, значительно ослабило дѣйствіе питуитрина (см. барабанъ № 3).

Наблюденіе 18 (Ануш. Кл., 1912 г. № 373/329).

Е. С—ва, 24 л., II-рага, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 52/II въ 11 ч. 30 м. ночи съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые мenses у С—ой появились на 13 году, приходили черезъ 4 нед., по 3—4 дня, безъ болей. Послѣдняя менструація была 4/V 1911 года. Предшествовавшая беременность кончилась срочными родами 2 года тому назадъ. Послѣродовой періодъ — нормальный. Въ настоящей беременности осложненій не было. Родовыя боли начались 22/II въ 7 ч. вечера.

Размѣры живота: окружность—102 сант., расстояние отъ лоба до мечевиднаго отростка—42 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—36 сант., надъ пупкомъ—16 сант. Размѣры таза: D. Sp.—26 сант., D. Cr.—28 сант., D. Tr.—31 сант., Conj. ext.—20 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложение и питаніе отклоненій отъ нормы не представляютъ. Грудь, наружные половые органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ); сердцебиеніе ребенка выслушивается (140 ударовъ въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: пузырь цѣль, шейка сглажена, открытіе зѣва на 4 пальца. T°—36,3°. П.—92. Д.—34. Въ мочѣ бѣла не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 22/II въ 11 ч. 45 мин. ночи при открытіи зѣва на 4½, пальца, при цѣломъ пузырьѣ. Наблюденіе безъ питугитрина продолжалось 25 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы.					Схватки гесп. потуги.					
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.	Время наблюденія.	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.
Барabanъ № 1.						12 ч. 28 м. 31 с.	118	38	82	102	—
11 ч. 45 м. — с.	113	39	91	100	—	31 „ 51 „	111	37	93	102	—
— 48 „ 24 „	86	38	89	103	—	— 35 „ 15 „	120	37	81	101	—
— 51 „ 19 „	131	38	101	101	—	— 38 „ 36 „	34	42	68	130	—
— 55 „ 11 „	130	37	99	100	—	— 40 „ 18 „	22	43	65	131	—
— 59 „ — „	73	37	82	101	—	— 41 „ 45 „	20	44	61	131	—
12 ч. 1 м. 35 с.	114	36	81	101	—	— 43 „ 6 „	22	42	62	132	—
— 4 „ 50 „	135	37	113	110	—	— 44 „ 30 „	27	44	73	135	—
— 8 „ 58 „	62	38	—	—	—	— 46 „ 10 „	29	42	61	140 (146)	—
12 ч. 10 м.						— 47 „ 40 „	20	43	61	120	—
Барabanъ № 2.						— 49 „ 1 „	24	40	72	118 (152)	—
12 ч. 25 м. — с.	112	37	99	101	—	— 50 „ 37 „	31	39	62	122 (148)	—

12 ч. 52 м. 10 с.	33 41 67 132 (136)	4 ч. 8 м. 50 с.	54 40 83 98 (142)
— 53 „ 50 „	31 42 72 118 (133)	— 11 „ 7 „	43 40 85 110 (150)
— 55 „ 33 „	21 42 80 117 (140)	— 13 „ 15 „	55 38 95 115 142
— 57 „ 14 „	36 42 62 123 (138)	— 15 „ 45 „	25 37 86 115 160
— 58 „ 52 „	31 40 71 115 (119)	— 17 „ 36 „	54 37 79 116 148
1 ч. — м. 34 „	36 39 83 118 (122)	— 19 „ 49 „	60 36 71 117 158
— 2 „ 33 „	42 39 81 116 (132)	— 22 „ — „	54 37 84 118 160
— 4 „ 36 „	44 38 85 112 (118)	— 24 „ 18 „	42 36 — — —
— 6 „ 45 „	50 38 75 101 (132)	1 ч. 25 м.	Роды.

Ребенокъ родился 23/II въ 1 ч. 25 мин. ночи. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 20 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 6 ч. 45 мин.: I періодъ продолжался 6 ч. 10 мин., II періодъ—15 мин. и III періодъ—20 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 3780 грм., длиною въ 52 сант., родилась безъ асфиксін. Вѣсъ послѣда—720 грм., его размѣры— $17 \times 18\frac{1}{2}$ сант.; длина пуповины—61 сант.

Послѣродовой періодъ—безъ осложнений. Мать и ребенокъ выписались въ здоровомъ состояніи на 5-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 12 ч. 32 мин., въ количествѣ 1 куб. сант. Черезъ 6 мин. послѣ впрыскиванія наступило усиленіе схватокъ, причемъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 102,2 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. передъ впрыскиваніемъ) до 126,9 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время потугъ—съ 37,4 милл. до 43 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 64,8 милл. до 84,9 милл.; продолжительность схватокъ уменьшилась съ 93,7 сек. до 66,6 сек., продолжительность паузъ—съ 111,7 сек. до 26,9 сек. За вторыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 111,6 милл., во время паузъ—38,6 сек., относительное давленіе—73 милл. продолжительность схватокъ—82,3 сек., продолжительность паузъ—43,4 сек.

Наблюденіе 19 (Ануш. Кл., 1912 г., № 377/331).

0. А—ва, 28 л., П-рага, крестьянка, принята въ акушерское отдѣленіе Клиники 24/II 1912 г. въ 7 ч. веч. съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые шевеленія у А—вой появились на 16 году, установились сразу по типу: черезъ 4 нед. по 7 дней, съ болями въ поясницѣ передъ и во время кровей. Последняя менструація была въ первыхъ числахъ мая 1911 года. Предшествовавшая беременность кончилась срочными родами 9 лѣтъ тому назадъ. Послѣродовой періодъ—лихорадочный. Въ теченіе настоящей беременности, кромѣ отека ногъ во второй ея половинѣ, другихъ осложненій не было. Родовыя боли начались 24/II въ 12 ч. дня.

Размѣры живота: окружность—105 сантим., расстояние отъ лобка до мечевиднаго отростка—41 сантим.; высота дна матки надъ лобкомъ—33 сантим. Размѣры таза: D. Sp.—26 сантим., D. Cr.—29 сантим., D. Tr.—32 сантим., Conj. ext.—20 сантим.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Груды, наружныя половыя органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена вправо и впередъ, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебиеніе ребенка ясно выслушивается (128 ударовъ въ минуту) ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: маточная шейка еще не сглажена, пузырь нѣтъ, зѣвъ открытъ на 1½ пальца. T°—37,4°. П—96. Д.—24. Въ мочѣ имѣются слѣды бѣлка.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 24/II въ 8 ч. утра при открытіи зѣва на 3 пальца. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 39 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы.		Схватки гесп. потуги.		Время наблюденія.	Паузы.		Схватки гесп. потуги.				
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.		Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. потугъ въ милл. Нг.			
Барабанъ № 1.					8 ч. 10 м.	6 с.	114	35	72	70	—	
8 ч. — м. — с.	—	—	48	66	—	13 „	12 „	114	35	84	76	—
— — „ 48 „	114	37	82	63	—	16 „	30 „	114	35	84	80	—
— 4 „ 4 „	114	34	78	76	—	19 „	48 „	123	35	96	68	—
— 7 „ 6 „	96	36	84	62	—	23 „	27 „	114	35	96	68	—

8 ч. 26 м. 57 с. 132 34 84 70 —	9 ч. 18 м. 59 с. 36 40 78 102 —
— 30 „ 33 „ 132 35 96 70 —	— 20 „ 53 „ 54 40 92 106 —
— 34 „ 21 „ 132 35 108 80 —	— 23 „ 19 „ 54 39 92 106 —
— 38 „ 21 „ 39 35 — — —	— 25 „ 45 „ 54 40 92 108 —
8 ч. 39 м. Смѣна барабана.	— 27 „ 11 „ 60 39 120 106 ⁸² / ₃₀ —
Барабанъ № 2.	— 30 „ 11 „ 54 39 84 100 —
8 ч. 51 м. — с. 72 35 96 70 —	— 32 „ 29 „ 66 38 72 104 —
— 53 „ 48 „ 108 34 96 72 —	— 34 „ 47 „ 66 38 78 104 —
— 57 „ 12 „ 156 36 98 72 —	— 37 „ 11 „ 49 37 — — —
9 ч. 1 „ 26 „ 96 35 60 104 —	9 ч. 38 м. Смѣна линіи.
— 4 „ 2 „ 48 40 60 106 —	Линія 2-ая.
— 5 „ 50 „ 48 42 62 108 —	9 ч. 40 м — с. 32 36 78 99 139
— 7 „ 40 „ 12 41 64 106 —	— 41 „ 50 „ 78 36 84 100 142
— 8 „ 56 „ 15 41 48 104 —	— 44 „ 32 „ 78 35 78 96 136
— 9 „ 59 „ 15 42 72 112 —	— 47 „ 8 „ 108 36 84 96 136
— 11 „ 26 „ 15 42 72 108 —	— 50 „ 20 „ 114 35 84 100 152
— 12 „ 53 „ 15 42 60 106 —	— 53 „ 38 „ 78 36 102 102 160
— 14 „ 8 „ 45 42 60 106 —	— 56 „ 38 „ 84 34 102 90 136
— 15 „ 23 „ 18 41 78 104 —	— 59 „ 44 „ 16 — — — —
— 16 „ 59 „ 36 40 84 112 —	10 ч. в. Роды.

Ребенокъ родился 24/II въ 10 ч. вечера. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 25 мин. Общая продолжительность родового акта равнялась 10 ч. 25 мин.: I періодъ продолжался 9 ч. 50 мин., II періодъ—10 мин. и III періодъ—25 минутъ.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3850 грм., при длинѣ въ 52 сант., родился безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда—700 грм., его размѣры—17×18 сант.; длина пуповины—68 сант.

Въ послѣродовомъ періодѣ—повышенная t° до 39,5° на 4—5—6 день послѣ родовъ. Лохіи нормальныя, болѣе нигдѣ нѣтъ, матка сокращена хорошо. Послѣ аспирина (0,5×3) t° понизилась до нормы. На 12-й день мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 8 ч. 56 мин., въ количествѣ 0,9 куб. сант. Черезъ 7 мин. послѣ впрыскиванія наступило замѣтное усиленіе схватокъ, причѣмъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 71,1 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 107,2 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 35,2 милл. до 40,9 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 35,9 милл. до 66,3 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 112,7 сек. до 29,3 сек., продолжительность схватокъ—съ 80,3 сек. до 68,4 сек. За вторыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 102,2 милл., во время паузъ—37,7 милл., относительное давленіе—64,5 милл., продолжительность схватокъ—63,1 сек., продолжительность паузъ—82,2 сек.

Наблюденіе 20 (Ануш. Нл., 1912 г., № 321/334).

К. Б—на, 21 г., II-рага, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 27/II 1912 г. въ 10 ч. 30 м. утра съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые мenses у Б—ной появились на 15 году, приходили черезъ 4 нед. по 3—5 дней, безъ болей. Послѣдняя менструація была 9/V 1901 года. Предшествовавшая беременность кончилась срочными родами 11 мѣс. тому назадъ. Послѣродовой періодъ—нормальный. Настоящая беременность, исключая рвоту въ первые мѣсяцы, протекла безъ осложнений. Родовыя боли начались 27/II въ 8 ч. утра.

Размѣры живота: окружность—90 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—34 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—27 сант., надъ пупкомъ—11 сант. Размѣры таза: D. Sp.—25 сант., D. Ст.—28 сант., B. Тт.—30½ сант., Conj. ext.—20 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе—въ предѣлахъ нормы. Груды, наружные половые органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена вправо и впередъ, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебиеніе ребенка выслушивается (130 ударовъ въ минуту) ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка не сглажена, пузырь цѣль, зѣвъ открытъ на 1 палець. Т°—36,6°. Ц.—88. Д.—20. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 27/II въ 3 ч. 20 мин. при открытіи зѣва на 4 пальца и при цѣломъ пузырьѣ. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалась 34 мин.

Токодинамометричеснія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гезр. потуги.				Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гезр. потуги.			
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.		Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		
Барабанъ № 1.							4 ч. 27 м. 1 с.	26	24	73	103	143	
3 ч. 20. — с.	118	19	97	69	—	— 28 „ 40 „	25	24	79	101	150		
— 23 „ 35 „	135	20	101	70 (110)	— 30 „ 24 „	28	23	77	103	162			
— 27 „ 31 „	108	19	93	70 (104)	— 32 „ 9 „	22	24	66	98	112			
— 30 „ 52 „	120	18	87	71 (92)	— 33 „ 37 „	23	23	82	89	114			
— 34 „ 19 „	132	19	108	70 (93)	— 35 „ 22 „	28	24	70	99	115			
— 38 „ 19 „	130	18	90	71 (93)	— 37 „ — „	27	24	83	87	173			
— 41 „ 59 „	150	19	119	70 (110)	— 38 „ 50 „	30	23	84	86	173			
— 46 „ 28 „	135	19	68	78 (110)	— 40 „ 44 „	28	23	88	90	162			
— 49 „ 51 „	131	19	118	79 (114)	— 42 „ 40 „	35	22	90	92	163			
3 ч. 54 м	Смѣна барабана.					— 44 „ 45 „	35	22	88	83	149		
Барабанъ № 2.						— 46 „ 48 „	32	22	88	101	138		
4 ч. 8 м. — с.	135	19	100	80	112	— 48 „ 48 „	32	21	87	103	142		
— 11 „ 55 „	96	18	92	79	115	— 50 „ 47 „	33	20	89	93	162		
— 15 „ 3 „	118	19	91	62	120	— 52 „ 49 „	41	21	79	98	162		
— 18 „ 32 „	120	19	87	63	140	— 54 „ 49 „	41	19	93	83	168		
— 21 „ 59 „	35	23	83	98	130	— 57 „ 3 „	47	19	57	93	169		
— 23 „ 57 „	23	24	67	100	140	— 58 „ 47 „	33	19	40	82	170		
— 25 „ 27 „	23	24	71	101	140	5 ч.	Роды.						

Ребенокъ родился 27/II въ 5 ч. вечера. Послѣдъ вышелъ самостоя-
тельно черезъ 40 мин. Общая продолжительность родового акта равнялась
9 ч. 40 мин.: I періодъ продолжался 8 час., II—1 часъ и III— 40 мин.

Ребенок—мальчик, доношенный, вѣсомъ въ 2950 грм., длиною въ 50 сант., родился въ асфиксѣ, но быстро оживленъ. Вѣсъ послѣда—570 грм., его размѣры— 17×20 сант.; длина пуповины—58 сант., при этомъ она была два раза обвита вокругъ шейки ребенка.

Послѣродовой періодъ—безъ осложненій. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 7-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 4 час. 15 мин., въ количествѣ 1 куб. сант. Черезъ 7 мин. послѣ впрыскиванія наступило усиленіе родовой дѣятельности; причѣмъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 73,6 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 96,4 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 18,8 милл. до 23,7 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 54,8 милл. до 72,7 милл.; продолжительность схватокъ уменьшилась съ 100,6 сек. до 75,8 сек., продолжительность паузъ—съ 135,6 сек. до 26,3 сек. За вторыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 91,8 милл., во время паузъ—20,8 милл., относительное давленіе—71 милл., продолжительность схватокъ—79,9 милл., продолжительность паузъ—35,7 сек.

Наблюденіе 21 (Ануш. Кл., 1912 г., № ³⁸³/₃₃₆).

Ф. П-ва, 28 л., I-рага, по профессіи прачка, принята въ акушерское отдѣленіе Клиники 29/II 1912 г. въ 6 ч. 30 м. утра съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первыя мenses П-ва получила на 17 году, типъ ихъ установился сразу: черезъ 4 нед. по 3—4 дня, безъ болей. Послѣднія регулы были въ половинѣ мая 1911 года. Беременность протекала безъ особенныхъ осложненій (лишь тошнота въ первые мѣсяцы). Родовыя боли начались 28/II въ 11 ч. вечера.

Размѣры живота: окружность—108 сант., разстояніе отъ лобка до меча—41 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ 24 сант., надъ пупкомъ—18 сант. Размѣры таза: D. Sp.—26 сант., D. Cr.—28 сант., D. Tr.—30 сант., Conj. ext.—20 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе роженицы удовлетворительны. Груды, наружныя половыя органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ); сердцебиеніе плода ясно прослушивается (124 удара въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее из-

слідованіе: маточная шейка не сглажена, зв'язь открытъ на 1½ палъца, пузырь цѣль. Т°.—36,6° П.—82. Д.—20. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 29/II въ 11 ч. 24 м. дня при цѣломъ пузырьѣ и при открытіи зв'язи на 2 палъца. Наблюденіе безъ питуктрина продолжалось 39 мин.

Токодинамометричесніа наблюденія.

Время наблю- денія.	Наузы. Схватки гезр. потуги.					Время наблю- денія.	Наузы. Схватки гезр. потуги.				
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.		Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.
Барабанъ № 1.						12 ч. 39 м. 12 с.	6	47	54	164	—
11 ч. 24 м. — с.	36	31	54	68	—	— 40 „ 12 „	18	67	60	150	—
— 25 „ 30 „	45	30	135	92	—	— 41 „ 30 „	6	67	270	144	—
— 28 „ 30 „	100	31	162	162	—	— 46 „ 6 „	6	63	156	152	—
— 32 „ 52 „	8	—	—	—	—	— 48 „ 48 „	15	57	72	128	—
11 ч. 33 м.	Смѣна линіи.					— 50 „ 15 „	6	54	210	136	—
Линія 2-ая.						— 53 „ 51 „	6	39	108	134	—
11 ч. 42 м. — с.	—	—	210	156	—	— 55 „ 45 „	6	38	108	98	—
— 45 „ 30 „	102	25	156	92	—	— 57 „ 39 „	6	38	168	132	—
— 49 „ 48 „	450	29	132	104	—	1 ч. — „ 33 „	18	36	390	128	—
— 59 „ 30 „	120	29	180	144	—	— 7 „ 21 „	75	28	270	168 ⁷⁰ / ₁₀₈	—
12 ч. 4 „ 30 „	120	30	168	128	—	— 13 „ 6 „	18	28	96	168 ⁸⁸ / ₁₀₂	—
— 9 „ 18 „	108	30	174	140	—	1 ч. 15 м.	Смѣна линіи.				
12 ч. 14 м.	Смѣна барабана.					Линія 2-ая.					
Барабанъ № 2.						1 ч. 17 м. 30 с.	150	27	252	158	—
12 ч. 32 м. 30 с.	252	26-25	144	144	—	— 24 „ 12 „	18	31	210	130	—
— 38 „ 36 „	12	42	24	122	—	— 28 „ — „	168	33	240	156	—

1 ч. 34 м. 48 с.	42 28 222	128 ⁶⁰ / ₈₂ —	2 ч. 38 м. 24 с.	18 35 101	152 —
— 39 „ 12 „	120 27 210	150 —	— 40 „ 24 „	24 28 84	150 —
— 44 „ 42 „	72 28 360	118 ⁶⁰ / ₁₁₀ —	— 42 „ 12 „	24 29 90	142 —
— 51 „ 54 „	78 28 288	126 ⁶⁰ / ₉₂ —	— 44 „ 6 „	15 31 88	136 —
1 ч. 58 м.	Смѣна барабана.		— 45 „ 49 „	42 32 90	152 —
Барабанъ № 3.			— 48 „ 1 „	15 31 84	110 —
2 ч. 15 м. — с.	120 26 108	92 —	— 49 „ 40 „	18 32 144	128 (132)
— 18 „ 48 „	6 30 48	88 —	— 51 „ 52 „	30 30 144	940 —
— 19 „ 42 „	6 38 78	146 —	— 54 „ 16 „	24 30 20	120 —
— 21 „ 6 „	6 37 78	132 —	2 ч. 5 м.	Смѣна линіи.	
— 22 „ 30 „	6 39 75	142 —	Линія 2-ая.		
— 23 „ 51 „	6 48 75	144 —	2 ч. 56 м. — с.	— — 120	— —
— 25 „ 12 „	6 50 96	144 —	— 58 „ — „	24 27 114	134 —
— 26 „ 54 „	6 41 84	150 —	3 ч. — 18 — „	18 30 132	120 —
— 28 „ 24 „	6 40 84	150 —	— 2 „ 48 „	24 29 162	130 (142)
— 29 „ 54 „	9 41 84	140 —	— 5 „ 54 „	18 27 144	124 (136)
— 31 „ 27 „	9 41 84	134 —	— 8 „ 36 „	24 28 150	134 (158)
— 33 „ — „	12 40 90	152 —	— 11 „ 30 „	30 27 168	136 (160)
— 34 „ 42 „	15 35 84	146 —	— 14 „ 48 „	12 — — —	—
— 36 „ 21 „	15 36 108	150 —	3 ч. 15 м.	Роды.	

Ребенокъ родился 29/II въ 3 ч. 15 мин. дня. Черезъ 30 мин. самостоятельно вышелъ послѣдъ. Продолжительность родовъ равнялась 16 ч. 45 мин.: I періодъ продолжался 15 ч. 15 мин., II періодъ—1 часъ и III періодъ—30 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3260 грм., длиною въ 51 сант., родился безъ асфиксии. Вѣсъ послѣда—470 грм., его размѣры—14×17 сант.; длина пуповины—49 сант.

Послѣродовой періодъ протежъ безъ всякихъ осложнений. Ребенокъ и мать выписаны въ здоровомъ состояніи на 5-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ 2 раза. Послѣ перваго впрыскиванія (въ 12 ч. 34 мин. 45 сек. въ количествѣ 1 куб. сант.) приблизительно черезъ 4 мин. началось тетаническое сокращеніе матки, продолжавшееся слишкомъ 22 мин. (см. кривую № 12).

Кривая № 12.



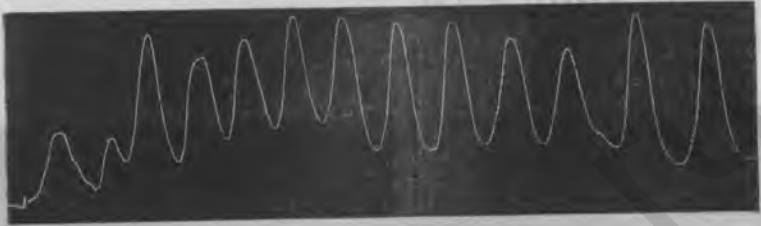
Сердцебиеніе ребенка на высотѣ tetanus'a пало до 80—90 ударовъ въ минуту и только съ прекращеніемъ тетаническаго сокращенія постепенно выровнялось до нормы. Внутриматочное давленіе во время tetanus'a въ среднемъ равнялось 144,3 милл. (доходило до 146 милл.), давленіе во время паузъ, если за таковыя принять небольшія колебанія въ сторону пониженія, — 98 милл. Въ дальнѣйшемъ теченіи маточныя сокращенія приобрѣли фізіологическій характеръ и нормальный ритмъ. Считаю излишнимъ отмѣтить, что тетаническія сокращенія были почти безболѣзненны, по крайней мѣрѣ роженица на нихъ почти не реагировала.

Внутриматочное давленіе во время схватокъ поднялось съ 124 милл. (среднее давленіе за промежутковъ времени въ 20 мин. передъ впрыскиваніемъ питуитрина) до 144,4 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе вторыхъ 20 мин. послѣ тетаническаго сокращенія, см. барабанъ № 2, линію 2-ю), давленіе во время паузъ — съ 28,2 милл. до 29 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе) — съ 95,8 милл. до 115,4 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 180,5 сек. до 100,5 сек., продолжительность схватокъ, напротивъ, увеличилась съ 169,5 сек. до 220 сек.

Приблизительно черезъ 1½ часа послѣ перваго впрыскиванія (въ 2 ч. 17 мин.) питуитринъ былъ впрыснутъ во

второй разъ въ количествѣ 1 куб. сант. Черезъ 1 м. 48 сек. послѣ впрыскиванія дѣйствіе питуитрина началось ясно выраженнымъ „Sturmwehen“ (см. кривую № 13), причемъ средняя

Кривая № 13.



продолжительность паузъ въ первый 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина оказалась равной только 9 сек. (во вторыхъ 20 мин.—20,2 сек.), продолжительность схватокъ—82,1 сек. (—97,5 сек.), давление во время схватокъ—143,2 милл. (—138,6 милл.), во время паузъ—39,3 милл. (—30,3 милл.), относительное давление—103,9 милл. (—108,3 милл.).

Наблюденіе 22 (Ануш. Нл., 1912 г., № 389/341).

В. С—ва, 32 л., VII-рага, портниха, принята въ акушерское отдѣленіе Клиники 2/III 1912 г., въ 10 ч. утра, съ начавшейся родовой дѣятельностью. Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Первый мензесъ появилось на 16 году, установились сразу, типъ ихъ: черезъ 21 день по 4—5 дней, съ болями внизу живота передъ мѣсячными. Последняя менструація была 1/VIII 1911 г. Изъ предшествовавшихъ беременностей 4 кончились срочными родами, первая беременность—преждевременными родами (на IX м.) и вторая—выкидышемъ на II м. Первые роды были 11 л. тому назадъ, послѣдніе—10 мѣсяцевъ тому назадъ. Послѣродовой періодъ послѣ послѣднихъ родовъ—лихорадочный. Въ теченіи настоящей беременности никакихъ осложненій не было. Родовыя боли начались 1/III 1912 г., въ 10 ч. вечера.

Размѣры живота: окружность—82 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—32 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—25 сант., надъ пупкомъ—8 сант. Размѣры таза: D. Sp.—23 сант., D. Ст.—26 сант., D. Тг.—29 $\frac{1}{2}$ сант., Conj. ext.—17 $\frac{1}{2}$ сант.

Груди и наружныя половныя органы нормальны, на промежности—старый разрывъ II ст. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ; сердцебиеніе выслушивается (122 удара въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линии. Внутреннее изслѣдованіе: шейка не сглажена, пузырь цѣль, зѣвъ открытъ на 1 палецъ. Т°—37,5°. Ц.—102. Д.—28. Въ мочѣ имѣются слѣды бѣлка.

Наблюденіе съ тонометромъ начато 2/III въ 6 ч. 30 м. вечера при открытіи зѣва на 4 пальца, цѣломъ пузырь и почти сглаженной шейкѣ. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 43 мин.

Топодинамометрическія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гесп. потуги.				Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гесп. потуги.					
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.		Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.		
Варабанъ № 1.							7 ч. 20 м. 31 с.	201	26	108	79	—			
6 ч. 30 м. — с.	216	28	94	87	—	—	25	„	40	„	8	31	60	105	—
— 35 „ 10 „	286	27	112	89	—	—	26	„	48	„	12	31	54	115	—
— 41 „ 48 „	211	28	136	84	—	—	27	„	54	„	7	32	57	107	—
— 47 „ 35 „	267	26	57	40	—	—	28	„	58	„	15	30	72	108	—
— 52 „ 59 „	239	27	194	79 ⁸⁰ 81	—	—	30	„	25	„	15	29	59	107	—
7 ч. — „ 12 „	240	25	99	85	—	—	31	„	39	„	52	31	87	106	212
— 5 „ 51 „	239	24	120	87	—	—	33	„	58	„	22	26	99	100	215
— 11 „ 50 „ 70	25	—	—	—	—	—	35	„	59	„	40	24	72	99	200
7 ч. 13 м. Слѣзна барабана						—	37	„	51	„	59	24	70	110	230
Варабанъ № 2.						7 ч. 40 м.									Родн.
7 ч. 20 м. — с.	—	—	—	31	—										

Ребенокъ родился 2/III въ 7 ч. 40 мин. вечера. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 20 мин. Продолжительность всего родового акта равнялась 22 часамъ: I періодъ продолжался 21 ч. 35 мин., II періодъ—5 мин. и III періодъ—20 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, недоношенный, вѣсомъ въ 1500 грм., при длинѣ въ 35 сант., родился живымъ, но очень слабымъ. Вѣсъ послѣда—350 грм., его размѣры—11×13 сант.; длина пуповины—28 сант., причемъ она была обвита 1 разъ вокругъ шейки ребенка.

Ребенокъ умеръ на другой день послѣ родовъ. Послѣродовой періодъ протекъ нормально. Мать выписана въ здоровомъ состояніи на 4-й день.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 7 ч. 21 м., въ количествѣ 1 куб. сант. Черезъ 4¹/₂ мин. послѣ впрыскиванія наступило усиленіе родовой дѣятельности, а

черезъ 19 мин. послѣ начала впрыскиванія родился ребенокъ. Давленіе во время схватокъ послѣ начала дѣйствія питуитрина поднялось съ 86,6 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 106,3 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ впрыскиванія), давленіе во время паузъ—съ 25,3 милл. до 28,6 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 61,3 милл. до 77,7 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 239,3 сек. до 25,5 сек., продолжительность схватокъ—съ 114 сек. до 68,6 сек.

Наблюденіе 23 (Ануш. Кл., 1912 г., № 392/243).

Ф. М—ва, 35 л., VI-рага, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 3/III 1912 г., въ 10 ч. 30 м. дня, съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые мenses у М—овой появились на 14 году, приходили всегда черезъ 4 нед., продолжаясь по 3 дня, безъ болей. Последняя менструація была 12/V 1911 года. Всѣ предшествовавшія беременности кончились срочными родами. Последние роды были 1 г. 7 м. тому назадъ. Послѣродовой періодъ послѣ послѣднихъ родовъ—лихорадочный. Во время настоящей беременности никакихъ осложненій не было. Родовымъ боли начались 2/III въ 8 ч. веч.

Размѣры живота: окружность—92 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—39 сант., высота дна матки надъ лобкомъ—32 сант., надъ пупкомъ—14 сант. Размѣры таза: D. Sp.—23½ сант., D. Cr.—24 сант., D. Tr.—31 сант., Conj. ext.—18 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительные. Грудь нормальная, на промежности имѣется рубецъ на почвѣ бывшаго разрыва, стѣнки рукава значительно пролябаруютъ. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена вправо и впередъ, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебиеніе плода выслушивается (145 ударовъ въ минуту) ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка не сглажена, пузырь нѣтъ, зѣвъ открытъ на 2 пальца. Т°—36,6°. П.—90. Д.—24. Въ мочѣ—слѣды бѣлка.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 3/III въ 11 ч. 2 м. дня, при открытіи зѣва на 2½ пальца. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 30 мин.

Товодинамометрическія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки геор. потуги.			
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
Варабанъ № 1.						
11 ч. 2 м. — с.	—	—	54	—	—	—
— 2 „ 54 „	81	24	162	70	(100)	—
— 6 „ 57 „	81	26	162	70	(76)	—
— 11 „ — „	162	26	216	74	—	—
— 17 „ 18 „	162	24	189	78	(88)	—
— 23 „ 9 „	108	24	108	76	(82)	—
— 26 „ 45 „	108	24	162	60	—	—
— 31 „ 15 „	45	22	—	—	—	—
11 ч. 32 м. Смѣна барабана.						
Барабанъ № 2.						
11 ч. 43 м. — с.	228	24	199	60	—	—
— 50 „ 7 „	45	24	85	64	—	—
— 52 „ 17 „	11	20	68	60	—	—
— 53 „ 36 „	17	26	142	68 ²⁰	50	—
— 56 „ 15 „	17	30	57	66	—	—
— 57 „ 29 „	6	34	64	58	—	—
— 58 „ 39 „	6	38	57	70	—	—
— 59 „ 42 „	6	36	57	56	—	—
12 ч. — „ 45 „	6	34	85	84	—	—
— 2 „ 16 „	11	28	85	64	—	—
12 ч. 3 м. 52 с.	11	28	85	96	—	—
— 5 „ 28 „	11	28	85	96	—	—
— 7 „ 4 „	28	20	171	66 ²⁰	50	—
— 10 „ 23 „	28	18	85	94	—	—
— 12 „ 16 „	28	24	85	70	—	—
— 14 „ 9 „	28	26	85	52	—	—
— 16 „ 2 „	34	28	85	52	—	—
— 18 „ 1 „	34	26	85	54	—	—
— 20 „ — „	34	24	171	58	(80)	—
— 23 „ 25 „	171	22	171	66	(114)	—
— 29 „ 7 „	108	26	216	68	(116)	—
— 34 „ 31 „	112	24	216	76	(165)	—
— 39 „ 59 „	117	20	165	66	160	—
— 44 „ 41 „	111	20	165	70	170	—
— 49 „ 17 „	128	24	165	70	172	—
— 54 „ 10 „	128	22	145	68	168	—
— 58 „ 43 „	128	25	145	66	182	—
1 ч. 3 „ 16 „	128	22	135	66	180	—
— 7 „ 39 „	128	20	147	68	185	—
— 12 „ 14 „	122	24	44	66	180	—
1 ч. 15 м.	Родм.					

Ребенокъ родился 3/III въ 1 ч. 15 м. дня. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 15 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 17 час. 35 мин.: I періодъ продолжался 17 час. 15 мин., II періодъ—5 мин. и III періодъ—15 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 2360 грм., длиною въ 49 сант., родилась безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда—510 грм., его размеры— 16×18 сант.; длина пуповины—58 сант., причемъ она 2 раза была обвита вокругъ шейки ребенка.

Въ послѣродовомъ періодѣ—одноратное повышение t° до $38,2^{\circ}$ на 6-й день послѣ родовъ. Въ остальномъ послѣродовой періодѣ протекъ безъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 9-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 11 час. 45 мин., въ количествѣ 1 куб. сант. Черезъ 5 мин. послѣ впрыскиванія наступило замѣтное ускореніе схватокъ, причемъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 63 милл. (среднее давленіе за промежутковъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 71,4 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 24,8 милл. до 26,2 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 38,2 милл. до 45,2 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 118,5 сек. до 13,1 сек., продолжительность схватокъ—до 72,8 сек. За вторыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 64,2 милл., во время паузъ—25,1 милл., относительное давленіе—39,1 милл., продолжительность паузъ—62,4 сек., продолжительность схватокъ—122,8 сек.

Наблюденіе 24 (Ануш. Кя. 1912 г., № 395/347).

Б. Ш—ва, 27 л., П-рага, крестьянка, принята въ акушерское отдѣленіе Клиники 3/III въ 8 ч. утра съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые шевеленія у Ш—вой появились на 19 году, типъ ихъ: черезъ 3 нед. по 3—4 дня, съ болями внизу живота. Последняя менструація была 3/VI 1911 года. Предыдущая беременность кончилась срочными родами 2 года тому назадъ. Настоящая беременность все время протекала нормально. Родовыя боли начались въ 12 ч. ночи съ 3 на 4/III.

Размеры живота: окружность—107 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—42 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—37 сант.,

надъ пупкомъ—20 сант. Размѣры таза: D. Sp.—25 сант., D. Cr.—27 сант., D. Tt.—30½ сант., Conj. ext.—19 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительны. Груды, наружные половые органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спина плода обращена вправо и впередъ, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебіеніе ребенка прослушивается (120 ударовъ въ минуту) ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка еще не сглажена, воды сопли дома, зѣвъ пропускаетъ 2 пальца. Т°—36,9°. П.—70. Д.—30. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 3/III въ 9 ч. 58 м. вечера при сформированной шейкѣ и при открытіи зѣва на 2 пальца. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 30 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы.					Схватки гезр. поуги.					Время наблюденія.	Паузы.					Схватки гезр. поуги.				
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. поуги въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. поуги въ милл. Нг.		Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. поуги въ милл. Нг.					
Барабанъ № 1.											10 ч. 53 м. 27 с.	15	53	97	103	—					
9 ч. 58 м. — с.	244	46	81	96	—	—	55	„	19	„	15	54	120	114	—						
10 ч. 3 „ 25 „	324	46	135	116	—	—	57	„	34	„	10	56	104	128	—						
— 11 „ 4 „	270	50	108	83	—	—	59	„	28	„	10	56	87	120	—						
— 17 „ 22 „	240	49	135	98	—	11 ч	1	„	5	„	25	58	120	126	—						
— 23 „ 37 „	263	42	—	—	—	—	3	„	30	„	25	54	104	132	—						
10 ч. 28 м.	Смѣна барабана.					—	5	„	39	„	25	54	90	128	—						
Барабанъ № 2.						—	7	„	34	„	25	54	104	124	—						
10 ч. 41 м. — с.	—	—	87	—	—	—	9	„	43	„	25	54	90	122	—						
— 42 „ 27 „	208	42	87	82	—	—	11	„	33	„	25	54	104	114	—						
— 47 „ 22 „	87	42	87	88	—	—	13	„	47	„	15	27	104	116	—						
— 50 „ 16 „	87	42	104	100	—	—	15	„	46	„	25	54	126	132	—						

11 ч. 18 м. 17 с. 35 54 128 122	—	12 ч. 21 м. 49 с. 37 52 135 122	—
11 ч. 21 м. Смѣна линіи.		— 24 „ 41 „ 27 52 108 124	—
Линія 2-ая.		— 26 „ 56 „ 27 52 135 130	—
11 ч. 23 м — с. — — 57 — —		— 29 „ 38 „ 27 54 108 134	—
— 23 „ 57 „ 39 52 114 124	—	— 31 „ 53 „ 16 54 135 134	—
— 26 „ 30 „ 39 50 114 120	—	— 34 „ 24 „ 16 54 108 132	—
— 29 „ 3 „ 28 52 124 108	—	— 36 „ 28 „ 16 54 162 134	—
— 31 „ 35 „ 39 54 124 110	—	— 39 „ 26 „ 37 54 135 134	—
— 34 „ 18 „ 39 54 114 110	—	— 42 „ 18 „ 27 54 135 134	—
— 36 „ 51 „ 39 54 124 110	—	— 45 „ — „ 43 56 135 131	—
— 39 „ 34 „ 124 52 95 110	—	— 47 „ 58 „ 27 54 105 133	—
— 43 „ 13 „ 114 52 95 124	—	— 50 „ 10 „ 43 56 81 136	—
— 46 „ 42 „ 60 52 95 118	—	— 52 „ 14 „ 37 58 108 134	—
— 49 „ 17 „ 57 52 114 110	—	— 54 „ 39 „ 37 56 108 116	—
— 52 „ 8 „ 60 52 114 94	—	— 57 „ 4 „ 43 54 108 132	—
— 55 „ 2 „ 58 — — —	—	— 59 „ 35 „ 54 54 108 132	—
11 ч. 56 м. Смѣна барабана.		1 ч. 2 „ 17 „ 48 54 97 112	—
Барабанъ № 3.		— 4 „ 42 „ 37 60 216 102 ⁶⁴ 102	
12 ч. 14 м. — с. — — 81 — —		— 8 „ 55 „ 43 54 135 112	—
— 15 „ 21 „ 81 51 135 116	—	— 11 „ 53 „ 54 54 13 — —	
— 18 „ 57 „ 37 50 135 112	—	1 ч. 13 м. ночи.	

Ребенокъ родился 4/III въ 12 ч. 20 мин. дня. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 35 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 36 ч. 55 мин.: I періодъ продолжался 36 час., II періодъ—20 мин. и III періодъ—35 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3700 грм., длиною въ 54 сант., родился безъ асфиксін. Вѣсъ послѣда—680 грм., его размѣры—16×17 сант.; длина пуговицы—68 сант., причемъ она 1 разъ была обвита вокругъ шейки ребенка.

Послѣдородовой періодъ—безъ осложненій. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 5-й день послѣ родовъ.

Родовая дѣятельность до впрыскиванія питуитрина была чрезвычайно слабой (сухіе роды). Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ два раза: въ 10 ч. 45 мин. веч., въ количестве 1 куб. сант., и въ 12 ч. 17¹/₂ мин.—тоже 1 куб. сант. Оба раза послѣ впрыскиванія наблюдалось усиленіе схватокъ; при этомъ послѣ перваго впрыскиванія дѣйствіе послѣдовало (см. кривую № 14) черезъ 6¹/₂ мин., а послѣ

Кривая № 14.



второго—черезъ 7 мин. Давленіе во время схватокъ послѣ первой инъекціи поднялось съ 98,3 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 119,4 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 47,7 милл. до 54,5 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 50,6 милл. до 64,9 милл.; продолжительность паузъ послѣ перваго впрыскиванія уменьшилась съ 269,5 сек. до 26,2 сек., продолжительность схватокъ—съ 108 сек. до 103,3 сек. За вторыя и третьи 20 мин. послѣ перваго впрыскиванія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 119,7—113,1 милл., во время паузъ—49,6—52,5 милл., относительное давленіе—70,1—60,6 милл., продолжительность паузъ—30,4—70,4 сек., продолжительность схватокъ—113—108,6 сек.

Послѣ втораго впрыскиванія питуитрина дѣйствіе послѣдняго сказалось энергичнымъ усиленіемъ родовой дѣятельности, именно, среднее давленіе за первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія оказалось равнымъ 131,7 милл. (за вторыя 20 мин.—131 милл.), во время паузъ—53,5 милл. (—55,3 милл.), относительное давленіе—78,2 милл. (—75,7 милл.), продолжительность паузъ—24,1 сек. (—42,5 сек.), продолжительность схватокъ—127,2 сек. (—111 сек.).

Наблюдение 25 (Ануш. Кл., 1912 г., № 397/319).

П. С—ва, 22 л., III-рага, крестьянка, поступила в акушерское отделение Клиники 4/III в 3 часа 30 мин. утра с начавшейся родовой деятельностью. Первые схватки С—ва получила на 16 году. До последнего времени менструации приходили неправильно: иногда через 1 месяц, иногда через 2, продолжались по 5—10 дней, с болями внизу живота. Последние регулы были в июне 1911 года. Общественно предшествовавших беременностей окончили срочными родами, первая—два года, последняя—1 год тому назад. Последнего периода—оба раза нормальный. Настоящая беременность протекала без всяких осложнений. Родовые боли начались 3/III в 10 час. вечера.

Размеры живота: окружность—106 сант., расстояние от лобка до мечевидного отростка—39 сант.; высота дна матки над лобком—31 сант., над пупком—14 сант. Размеры таза: D. Sp.—26 сант. D. Cr.—27¹/₂ сант. D. Tr.—31¹/₂ сант. Соц. ext.—21 сант.

Рост, весь, телосложение и питание удовлетворительные. Груды и наружные половые органы нормальны, на промежности—разрыв от прежних родов. Наружное исследование: спинка плода обращена влево и вперед, предлежит головка (I черепное, передний вид); сердцебиение плода прослушивается (125 ударов в минуту) ниже пупка, слева от средней линии. Внутреннее исследование: шейка гладкая, зев открыт на 2 пальца, пузырь цел. Т°—37°. П.—76. Д.—28. В мочу белка не найдено.

Наблюдение с тонометром началось 4/III в 12 ч. 45 мин. дня при открытии на 3 пальца и при целом пузыре. Наблюдение без пятина продолжалось 25 мин.

Тондинамометрические наблюдения.

Время наблюдения.	Наузы.				Схватки гезр. потуги.		Время наблюдения.	Наузы.				Схватки гезр. потуги.		
	Продолжительность в сек.	Давление в милл. Hg.	Продолжительность в сек.	Давл. схваток в милл. Hg.	Давл. потуг в милл. Hg.	Продолжительность в сек.		Давление в милл. Hg.	Продолжительность в сек.	Давл. схваток в милл. Hg.	Давл. потуг в милл. Hg.			
Барabanъ № 1.							1 ч. 7 м. 6 с.	131	30	43	70	(99)		
12 ч. 45 м. — с.	108	36	82	64	(101)		1 ч. 10 м.	Смѣна барабана.						
— 48 „ 10 „	154	34	118	70	(92)		Барabanъ № 2.							
— 52 „ 42 „	120	32	91	66	(94)		1 ч. 22 м. — с.	128	31	95	71	100		
— 56 „ 13 „	131	36	100	70	(96)		— 25 „ 43 „	117	30	140	70	115		
1 ч. — „ 4 „	113	32	81	70	(100)		— 30 „ — „	109	31	81	72	110		
— 3 „ 18 „	142	31	86	68	(98)		— 33 „ 10 „	120	30	63	102	120		

1 ч. 36 м. 13 с.	13	37	44	104	140	1 ч. 57 м. 25 с.	25	30	84	90	192
— 37 „ 10 „	12	36	65	95	160	— 59 „ 14 „	49	29	—	—	—
— 38 „ 27 „	13	38	65	114	180	2 ч. Смѣна линіи.					
— 39 „ 45 „	12	37	53	120	185	Дня 2-ая.					
— 40 „ 50 „	16	36	64	128	195	2 ч. 1 м. — с.	46	29	84	100	169
— 42 „ 10 „	18	37	62	120	191	— 3 „ 10 „	54	28	72	101	182
— 43 „ 30 „	21	35	59	100	162	— 5 „ 16 „	44	29	83	92	184
— 44 „ 50 „	21	34	66	101	162	— 7 „ 23 „	53	28	74	93	190
— 46 „ 17 „	23	34	69	99	159	— 9 „ 30 „	52	29	71	100	201
— 47 „ 49 „	21	35	68	98	172	— 11 „ 33 „	44	29	73	105	161
— 49 „ 18 „	22	33	69	75	174	— 13 „ 30 „	58	28	82	107	182
— 50 „ 49 „	31	32	70	99	180	— 15 „ 50 „	49	29	71	106	171
— 52 „ 30 „	25	34	71	100	182	— 17 „ 50 „	46	28	84	107	191
— 54 „ 6 „	34	33	68	100	184	2 ч. 20 м.					
— 55 „ 48 „	22	32	75	101	180						

Ребенокъ родился 4/III въ 2 ч. 20 мин. дня. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 20 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 16 ч. 14 мин.: I періодъ продолжался 15 ч. 30 мин., II періодъ—50 мин. и III періодъ—20 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 2500 грм., длиною въ 54 сант., родился безъ асфиксис. Вѣсъ послѣда—500 грм., его размѣры—16—18 сант.; длина пуповины—54 сант.

Послѣродовой періодъ протекъ безъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 7-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 1 ч. 30 мин., въ количествѣ 1 куб. сант. Дѣйствіе его началось черезъ 5 мин. замѣтнымъ усиленіемъ схватокъ. Давленіе во время схватокъ поднялось съ 68,2 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія питуитрина) до 103,6 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 33 милл. до 34,8 милл., собственное дав-

леніе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 35,2 милл. до 68,8 милл.; продолжительность схватокъ уменьшилась съ 85,7 сек. до 63,7 сек., продолжительность паузъ—съ 128,4 сек. до 20,2 сек. За вторыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 101,2 милл., во время паузъ—28,5 милл., относительное давленіе—72,7 милл., продолжительность паузъ—49,5 сек., продолжительность схватокъ—77,1 сек.

Наблюденіе 26 (Ануш. Кл. 1912 г., № 404/354).

А. П—ва, 43 л., XI-рата, крестьянка, принята въ акушерское отдѣленіе Клиники 7/III 1912 г., въ 7 час. утра, съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые месяцы А—ва получила на 14 году, типъ ихъ установився сразу, именно, черезъ 4 нед. по 5 дней, съ болями внизу живота передъ кровями. Последняя менструація была 4/VI 1911 года. Всѣ предшествовавшія беременности кончились срочными родами. Постродовой періодъ послѣ 8 и 9 родовъ—лихорадочный. Первые роды были 26 л., послѣдніе—5 лѣтъ тому назадъ. Настоящая беременность протегла безъ всякихъ осложнений. Родовыя боли начались 6/III въ 6 ч. вечера.

Размѣры живота: окружность—116 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—47 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—40 сант., надъ пупкомъ—18 сант. Размѣры таза: D. Sp.—26 сант., D. Cr.—30 сант., D. Tr.—31 сант., Соц. ext.—20 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Груды нормальны, на промежности—старые рубцы отъ прежнихъ разрывовъ, причемъ имѣется значительное опущеніе стѣнокъ ругава. Наружное наблюденіе: спинка плода обращена влѣво и впередъ, предлежатъ головка (I черепное, передній видъ); сердцебіеніе плода выслушивается (136 ударовъ въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее наблюденіе: шейка сглажена, пузырь цѣль, вѣвъ открытъ на 3 пальца. Т° 37, 1°. Ц.—64. Д.—24. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ текодинамометромъ начато 7/III въ 9 ч. утра при открытіи около 4 пальцевъ и при цѣломъ пузырьѣ. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 40 мин.

Ребенокъ родился 7/III въ 10 ч. 45 мин. дня. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 30 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 17 час. 10 мин.: I періодъ продолжался 16 ч. 30 мин., II періодъ—10 мин. и III періодъ—30 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 4000 грм., длиною въ 53 сант., родился безъ асфиксін. Вѣсъ послѣда—700 грм., его размѣры—18-20 сант.; длина пуповина—66 сант., причемъ она была обвита вокругъ шейки ребенка 2 раза.

Послѣродовой періодъ—безъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 7-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 9 ч. 53 мин. утра, въ количествѣ 1 куб. сант. Приблизительно черезъ 7 мин. послѣ впрыскиванія наступило замѣтное усиленіе схватокъ, причемъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 73,2 милл. (среднее давленіе за промежутковъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 101,1 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 22,5 милл. до 27 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 48,5 милл. до 74,1 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 140,2 сек. до 30 сек., продолжительность схватокъ—съ 73,2 сек. до 65,5 сек. За вторыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 90,2 милл., во время паузъ—20,8 милл., относительное давленіе—69,4 милл., продолжительность схватокъ—83,3 сек., продолжительность паузъ—72,6 сек.

Наблюденіе 27 (Ануш. Кл. 1912 г., № 408/356).

Н. Ч—ва, 30 л., I-рага, крестьянка, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 9/III 1912 года въ 9 ч. вечера съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые месяцы у Ч—овой появились на 16 году, приходили черезъ 3 нед. по 2—3 дня, при этомъ часто мѣшались. Послѣдняя менструация была 24/VI 1911 г. Беременность протекала безъ осложнений. Родовныя боли началось 9/III въ 8 ч. утра.

Размѣры живота: окружность—110 сант., расстояние отъ лобка до мечевиднаго отростка—49 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—44 сант., надъ пупкомъ—24 сант. Размѣры таза: D. Sp.—24 сант., D. Cr.—26 $\frac{1}{2}$ сант., D. Tr.—31 сант., Conj. ext.—19 $\frac{1}{2}$ сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе отклоненій отъ нормы не представляють. Груды, наружныя половыя органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена вправо и впередъ, предложитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебиеніе плода выслушивается (136 ударовъ въ минуту) ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка не сглажена, зѣвъ открытъ меньше, чѣмъ на 2 пальца, пузырь нѣтъ. T° —36,8°. П.—62. Д.—28. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 9/III въ 10 ч. веч. при открытіи на 2 пальца. Наблюденіе безъ питущина продолжалось 30 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы. Схватки гесп. потуги.					Время наблюденія.	Паузы. Схватки гесп. потуги.						
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потуги въ милл. Нг.		Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потуги въ милл. Нг.		
Барabanъ № 1.						11 ч. 22 м. 30 с.	120	29	75	85	—		
10 ч. 30 м. — с.	148	30	81	81	—	25	45	135	29	83	83	—	
— 33 „ 49 „	136	31	83	82	—	—	29	23	143	28	64	82	—
— 37 „ 28 „	120	32	91	83	—	—	32	50	52	34	60	100	—
— 40 „ 59 „	130	30	91	82	—	—	34	42	28	35	59	99	—
— 44 „ 40 „	143	31	75	82	—	—	36	9	21	36	56	101	—
— 48 „ 18 „	132	30	85	82	—	—	37	26	21	35	60	103	—
— 51 „ 55 „	152	29	83	83	—	—	38	47	13	34	59	99	—
— 55 „ 50 „	135	29	85	83	—	—	39	59	21	36	60	98	—
— 59 „ 30 „	30	28	—	—	—	—	41	20	34	35	56	112	—
11 ч. Смята барабана.						—	42	50	35	33	55	110	—
Барabanъ № 2.						—	44	20	35	33	55	110	—
11 ч. 15 м. — с.	137	29	90	84	—	—	45	50	31	33	62	93	—
— 18 „ 47 „	140	28	83	83	—	—	47	23	22	32	60	99	—

11 ч. 48 м. 45 с.	25	33	59	98	—	12 ч. 25 м. 40 с.	39	28	71	82	—
— 50 „ 9 „	21	32	61	100	—	— 27 „ 30 „	33	29	62	92	—
— 51 „ 31 „	36	32	70	98	—	— 29 „ 10 „	35	29	65	93	—
— 53 „ 17 „	33	30	80	99	—	— 30 „ 50 „	41	30	71	80	—
— 55 „ 10 „	39	32	61	99	—	— 32 „ 42 „	38	29	68	75	—
— 56 „ 50 „	40	31	70	98	—	— 34 „ 28 „	32	30	80	82	—
— 58 „ 40 „	42	32	80	80	—	— 37 „ 20 „	29	29	61	75	—
12 ч. — „ 42 „	45	32	72	75	—	— 37 „ 50 „	37	28	72	82	—
— 2 „ 39 „	21	30	60	90	—	— 39 „ 40 „	40	28	40	90	—
10 ч. 4 м.	Смѣна барабана					— 41 „ — „	42	29	86	91	—
Барабанъ № 3.						— 43 „ 2 „	58	29	78	90	—
12 ч. 15 м. — с.	46	30	83	75	—	— 45 „ 18 „	52	28	83	91	—
— 17 „ 9 „	51	31	96	90	—	— 47 „ 33 „	53	29	84	80	—
— 19 „ 36 „	54	30	75	81	—	— 49 „ 50 „	10	28	—	—	—
— 21 „ 45 „	55	29	80	91	—	12 ч. 50 м.					
— 24 „ — „	39	29	61	82	—						

Ребенокъ родился 10/III въ 7 ч. 15 м. утра. Послѣды вышелъ самостоятельно черезъ 15 мин. Разрывъ промежности II ст. Запирание разрыва Общая продолжительность родовъ равнялась 23 час. 30 мин.: I периодъ продолжался 22 ч. 45 мин., II периодъ—30 мин. и III периодъ—15 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 4130 грм., ростомъ въ 53 сант., родился безъ асфиксін. Вѣсъ послѣда—600 грм., его размеры—17-18 сант.; длина пуповины—55 сант., причемъ она 2 раза была обвита вокругъ шеи ребенка.

Послѣродовой периодъ—безъ осложнений. Промежность срослась регрессивн. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 8-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ во время родовъ былъ впрыснуть 2 раза: въ 11 ч. 25 мин. въ количествѣ 1 куб. сант. и въ 12 ч. 17 мин.—1 куб. сант. Черезъ 8 мин. послѣ перваго впрыскиванія наступило усиленіе схватокъ, причемъ давленіе поднялось съ 82 милл. (среднее за промежутковъ времени въ 20

мин. до впрыскивания) до 101,4 милл. (среднее изъ наблюдений въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 30,6 милл. до 33,7 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)— съ 51,4 милл. до 67,7 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 134,8 сек. до 28,2 сек., продолжительность схватокъ— съ 84,3 сек. до 59,4 сек.

Послѣ второго впрыскиванія дѣйствіе питуитрина, болѣе слабое, сказалось черезъ 7 мин. Продолжительность паузъ въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія оказалась равною 39 сек., продолжительность схватокъ—66,4 сек., давленіе во время паузъ—28,9 милл., во время схватокъ—84 милл., относительное давленіе—55,1 милл.

Наблюденіе 28 (Ануш. Кл., 1912 г., № 410/358).

З. Ц.—на, 26 л., IV-рага, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 10/III 1912 года въ 4 ч. дня съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первая менструація у Ц.—ной появилась на 15 году, причемъ типъ мenses былъ слѣдующій: черезъ 4 нед. по 3 дня, съ болями внизу живота передъ проходами. Последняя менструація была 29/VI 1911 г. Изъ 3 предшествовавшихъ беременностей первая, 7 лѣтъ тому назадъ, кончилась преждевременными родами, а двѣ послѣднихъ—срочными. Последніе роды были 3 года назадъ. Во время первыхъ родовъ ребенокъ былъ извлеченъ оперативно, причемъ послѣродовой періодъ послѣ этихъ родовъ былъ лихорадочный. Двое послѣднихъ родовъ были правильные, съ нормальнымъ послѣродовымъ періодомъ. Настоящая беременность протекла безъ осложнений. Родовые боли начались 10/III въ 3 ч. веч.

Размѣры живота: окружность—96 сант., разстояніе отъ лобка до мезивиднаго отростка—36 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—28 сант., надъ пупкомъ—13 сант. Размѣры таза: D. Sp.—25 сант., D. Cr.—27 сант., D. Tr.—32 сант., Conj. ext.—19 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе отклоненій отъ нормы не представляютъ. Грудь, наружные половые органы нормальны, на прочность—разрывъ отъ прошлыхъ родовъ. Наружное исследование: синиекъ плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ); сердцебиеніе ребенка выслушивается (132 удара въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее исследование: шейка не сглажена, пушря нѣтъ, вѣвъ открытъ на 2 пальца. Т.^о—37,3°. П.—90. Д.—32. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 10/III въ 4 ч. дня при открытій вѣва на 3 пальца. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 40 мин.

Тонодинамометрическія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.				Схватки гевр. потуги.		Время наблю- денія.	Паузы.				Схватки гевр. потуги.	
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	
Барабанъ № 1.							5 ч. 28 м. 27 с.	23	46	71	139	—	
4 ч. 30 м. — с.	117	42	99	110	—	—	— 30 „ 1 „	25	45	72	120	—	
— 34 „ 35 „	74	43	89	113	—	—	— 31 „ 38 „	22	47	70	119	—	
— 36 „ 19 „	160	43	120	111	—	—	— 33 „ 10 „	28	46	70	143	—	
— 40 „ 59 „	111	41	87	110	—	—	— 34 „ 48 „	22	45	69	142	—	
— 44 „ 17 „	135	42	92	111	—	—	— 36 „ 19 „	31	44	70	142	—	
— 48 „ 4 „	120	43	75	112	—	—	— 38 „ — „	30	44	71	138 (142)		
— 51 „ 19 „	119	42	81	112	—	—	— 39 „ 41 „	24	43	80	122 (152)		
— 54 „ 39 „	21	40	—	—	—	—	— 41 „ 25 „	25	44	68	138	—	
4 ч. 55 м.	Смѣна барабана.						— 42 „ 58 „	32	42	90	123 (138)		
Барабанъ № 2.							— 44 „ 40 „	24	40	72	115 (158)		
5 ч. 7 м. — с.	119	40	80	112	—	—	— 46 „ 16 „	34	43	75	117 (127)		
— 10 „ 20 „	135	41	75	113	—	—	— 48 „ 5 „	35	41	69	138 (151)		
— 13 „ 50 „	120	43	70	112	—	—	— 49 „ 49 „	41	40	75	128 (136)		
— 17 „ — „	29	45	71	142	—	—	— 51 „ 45 „	35	39	81	132 (150)		
— 18 „ 40 „	14	46	71	143	—	—	— 53 „ 41 „	42	40	80	116 (161)		
— 20 „ 5 „	15	47	71	142	—	—	— 55 „ 43 „	27	39	90	113 (132)		
— 21 „ 31 „	12	47	70	140	—	—	— 57 „ 40 „	45	38	80	124 180		
— 22 „ 53 „	16	46	70	134	—	—	— 59 „ 45 „	25	38	90	125 190		
— 24 „ 19 „	11	45	65	145	—	—	6 ч. 1 „ 40 „	32	37	64	130 210		
— 25 „ 35 „	19	46	66	146	—	—	— 3 „ 16 „	34	38	70	132 180		
— 27 „ — „	21	46	66	147	—	—	6 ч. 5 м.	Роды.					

Ребенокъ родился 10/III въ 6 ч. 5 мин. вечера. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 20 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 18 час. 25 мин.: I періодъ продолжался 18 час., II періодъ — 5 мин. и III періодъ — 20 мин.

Ребенокъ — дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 2570 грм., длиною въ 52 сант., родилась безъ асфиксін. Вѣсъ послѣда — 470 грм., его размѣры — 17 — 18 сант.; длина пуповини — 48 сант.

Послѣродовой періодъ — безъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 6-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 5 ч. 10 мин., въ количествѣ 0,9 куб. сант. Черезъ 7 мин. наступило усиленіе схватокъ, причѣмъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 111 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 138,4 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ — съ 42,1 милл. до 45,7 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе) — съ 68,9 милл. до 92,7 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 119,5 сек. до 20,2 сек., продолжительность схватокъ — съ 93,6 сек. до 69,4 сек. За вторыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 126,3 милл., во время паузъ — 41,2 милл., относительное давленіе — 85,1 милл., продолжительность паузъ — 31,7 сек., продолжительность схватокъ — 75,5 сек.

Наблюденіе 29 (Ануш. Кл., 1912 г., № 415/³⁶¹).

Е. М.—ва, 22 л., I-рага, портника, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 12/III 1912 г. въ 2 ч. 30 м. дня съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые мензесы М.—ва получили на 15 году, типъ ихъ: черезъ 4 нед. по 5 дней, безъ болей. Послѣдняя менструація была въ началѣ іюня 1911 года. Беременность протекла безъ всякихъ осложнений. Родовыя боли начались 12/III въ 3 ч. утра.

Размѣры живота: окружность — 105 сант., разстояніе отъ лобка до мѣчвиднаго отростка — 41 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ — 29 сант., надъ пупкомъ — 13 сант. Размѣры таза: D. Sp. — 26 сант., D. Cr. — 29 сант., D. Tr. — 31 сант., Conj. ext. — 20 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе — въ предѣлахъ нормъ. Грудь, наружные половыя органы и промежность также нормальны. Наружное из-

слѣдованіе: спинка плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ голова. (1 черепное, передній видъ); сердцебіеніе ребенка выслушивается (128 ударовъ въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка еще не сглажена, пузыря нѣтъ, зѣва открытъ на 2 пальца. Т.°—36,0°. Д.—84. Д.—20. Въ мочѣ—слѣды бѣлка.

Наблюденіе съ токодипнометромъ начато 12/III въ 4 час. дня при открытій зѣва на 3 пальца. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 30 мин.

Тонодинамометрическія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.				Схватки гезр. потуги.						
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.	
Барабанъ № 1.											
4 ч. — м. — с.	152	19	71	89	—	4 ч. 54 м. 42 с.	132	19	80	81	—
— 3 „ 43 „	163	20	80	90	—	— 58 „ 14 „	120	18	72	74	—
— 7 „ 46 „	180	21	84	83	—	5 ч. 1 „ 26 „	120	19	54	90	—
— 12 „ 10 „	151	19	75	73	—	— 4 „ 20 „	12	23	58	90	—
— 15 „ 56 „	130	19	80	72	—	— 5 „ 30 „	12	24	60	91	—
— 19 „ 26 „	134	20	69	72	—	— 6 „ 42 „	14	25	54	84.	—
— 22 „ 49 „	141	21	77	71	—	— 7 „ 50 „	14	26	56	100	—
— 26 „ 27 „	143	20	70	81	—	— 9 „ — „	15	24	60	88	—
— 30 „ — „	154	19	91	72	—	— 10 „ 15 „	15	25	60	81 (91)	—
— 34 „ 5 „	135	18	80	93	—	— 11 „ 30 „	14	23	56	86 (89)	—
— 37 „ 40 „	80	19	—	—	—	— 12 „ 40 „	17	22	53	90	—
4 ч. 39 м.	Смѣна барабана.					— 13 „ 50 „	21	24	60	72 (84)	—
Барабанъ № 2.						— 15 „ 11 „	18	24	51	86	—
4 ч. 51 м. — с.	152	20	70	70	—	— 16 „ 20 „	23	24	60	99 (106)	—
						— 17 „ 43 „	23	24	54	100 (104)	—

5 ч. 19 м. — с. 25 24 65 98 (110)	5 ч. 55 м. 35 с. 25 26 59 92 130
— 20 „ 30 „ 26 23 54 99 (113)	— 56 „ 59 „ 31 25 70 102 131
— 21 „ 50 „ 29 23 70 100 (113)	— 58 „ 40 „ 25 22 60 104 140
— 23 „ 29 „ 21 23 59 99 (110)	6 ч. — „ 5 „ 35 21 62 102 131
— 24 „ 49 „ 31 24 80 80 (93)	— 1 „ 42 „ 38 22 71 110 141
— 26 „ 40 „ 34 23 76 81 (99)	— 3 „ 31 „ 39 20 69 98 143
— 28 „ 30 „ 36 22 74 82 (100)	— 5 „ 19 „ 31 21 69 99 131
— 30 „ 20 „ 42 22 83 90 (100)	— 6 „ 59 „ 31 20 70 80 191
— 32 „ 25 „ 35 21	— 8 „ 40 „ 38 19 62 70 201
5 ч. 33 м. Смѣна барабана.	— 10 „ 20 „ 48 18 72 80 191
Барабанъ № 3.	— 12 „ 20 „ 32 18 71 81 201
5 ч. 45 м. — с. 34 25 62 81 (91)	— 14 „ 3 „ 37 19 67 71 201
— 46 „ 36 „ 34 25 75 85 (95)	— 15 „ 47 „ 33 17 69 91 189
— 48 „ 25 „ 42 24 93 86 (91)	— 17 „ 29 „ 41 15 71 81 180
— 50 „ 40 „ 35 25 71 90 (92)	— 19 „ 21 „ 39 17 — — —
— 52 „ 26 „ 34 28 62 96 120	6 ч. 20 м. Роды.
— 54 „ 21 „ 28 28 65 100 121	

Ребенокъ родился 12/III въ 6 ч. 20 мин. вечера. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 40 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 16 час.: I періодъ продолжался 14 час. 35 мин., II періодъ—45 мин. и III періодъ—40 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 3250 грм., длиною въ 51 сант., родилась безъ асфиксій. Всѣ послѣда—650 грм., его размеры—16—17 сант.; длина пуповины—56 сант., причемъ она была обвита 1 разъ вокругъ шеи ребенка.

Послѣродовой періодъ—безъ осложненій. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 5-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ 2 раза: въ 4 ч. 58 мин. въ количествѣ 1 куб. сант. и въ 5 ч. 48 мин.—1 куб. сант. Черезъ 5 мин. послѣ перваго впрыски-

ванія наступило замѣтное усиленіе родовой дѣятельности, причѣмъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 78 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 91,7 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ— съ 19,6 милл. до 23,8 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)— съ 58,4 милл. до 67,9 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 151,6 сек. до 19,1 сек., продолжительность схватокъ— съ 78 сек. до 57,8 сек.

Послѣ второго впрыскиванія дѣйствіе питуитрина сказалось черезъ 4 мин., причѣмъ схватки, хотя и усилились, но не въ такой степени, какъ послѣ первой инъекціи, а именно, давленіе во время схватокъ поднялось только до 86,7 милл., во время паузъ— до 21,6 милл., относительное давленіе— до 65,1 милл.; продолжительность паузъ оказалась равною 35,5 сек., продолжительность схватокъ— 65,9 сек.

Наблюденіе 30 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26426/338¹⁾).

А. М-ва, 22 л., I-рага, поступила въ Родильное Отдѣленіе 29/III 1912 г., въ 2 ч. 30 м. дня, съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые мenses у М-вой появились на 15 г., установились сразу по типу: черезъ 4 нед. по 4—5 дней, безъ болей. Последняя менструація была въ іюль 1911 года. Въ теченіи настоящей беременности роженица отмѣчаетъ сильныя бѣли въ первую половину беременности и значительныя отеки на ногахъ— во вторую. Родовыя боли начались 29/III въ 8 ч. утра.

Размѣры живота: окружность—96 сант., разстояніе отъ лобка до пупка— 21 сант., отъ лобка до мечевиднаго отростка— 38 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—33 сант. Размѣры таза: D. Sp.—25 сант., D. Ст. 27 $\frac{1}{2}$ —сант., D. Тг. 31 сант., Conj. ext.—20 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Груды, наружныя половыя органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спина плода опредѣляется слѣва и спереди, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ); сердцебіеніе плода выслушивается (142 удара въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка

¹⁾ № 26426 означаетъ № съ основанія Отдѣленія, а № 338 — номеръ родовъ въ текущемъ году.

еще не сглажена, пузырь цѣль, зѣвъ открытъ на $1\frac{1}{2}$ пальца. Т°.—36,7. П.—64. Д.—26. Бѣлка въ мочѣ не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 4/IV въ 11 ч. 27 мин. дня при цѣломъ пузырьѣ, сглаженной шейкѣ и при открытіи зѣва на 3 пальца. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 30 мин.

Ребенокъ родился 3/IV въ 11 ч. ночи. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 30 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 159 час. 30 мин, причеиъ I періодъ продолжался 157 час., II періодъ—2 часа и III періодъ—30 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3600 грм., длиною въ 53 сант., родился безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда—650 грм., его размѣры 18—19 сант.; длина пуповины—60 сант.

Послѣродовой періодъ—безъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 6-й день послѣ родовъ.

Несмотря на двукратное впрыскиваніе питуитрина по 1 куб. сант. съ $1\frac{1}{2}$ -часовымъ промежуткомъ (первое впрыскиваніе 4/IV въ 11 ч. 17 мин. дня, второе—въ 12 ч. 47 мин.), эффекта не получилось.

Наблюденіе 31 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26454/366).

К. Ч—ва, 20 л., II-рага, жена писаря, (поступила въ Родильное Отдѣленіе 4/IV 1912 г. въ 7 ч. 25 м. веч. съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первая мензеса Ч—ва получила на 13 году, типъ ихъ установился сразу, черезъ 4 нед. по 3 дня, безъ болей. Послѣднія регулы были 2/VII 1911 года. Предыдущая беременность кончилась срочными родами 2 года тому назадъ. Въ теченіи настоящей беременности никакихъ осложнений не было. Родовыя боли начались 4/IV въ 6 ч. веч.

Размѣры живота: окружность—90 сант., разстояніе отъ лобка до пупка—18 сант., отъ лобка до меча—35 сант.; высота дна матки надъ лономъ—32 сант. Размѣры таза: D. Sp.—26 сант., D. Ст.—28 сант., D. Тг.—30 сант., Conj. ext.—20 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Груды, наружныя половыя органы и промежность отклонены отъ нормы не представляють. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена вправо и впередъ, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебиеніе ребенка прослушивается справа ниже пупка (150 ударовъ въ минуту). Внутреннее изслѣдованіе: маточная шейка еще не сглажена, зѣвъ открытъ на 3 пальца, пузырь цѣль. Т°.—36,1. П.—76. Д.—28. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 4/IV въ 8 ч. 27 м. веч. при открытіи зѣва на $3\frac{1}{2}$ пальца и при цѣломъ пузырьѣ. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалась 20 минутъ.

Товодинамометрическія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гезр. потуги.			Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гезр. потуги.		
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
Барабанъ № 1.						9 ч. 11 м. 48 с.	12	40	48	84	—
8 ч. 27 м. — с.	—	—	84	75	—	— 12 „ 48 „	12	40	48	77	—
— 28 „ 24 „	12	23	60	42	—	— 13 „ 48 „	12	44	48	77	—
— 29 „ 36 „	24	26	108	52	—	— 14 „ 48 „	12	36	54	74	—
— 31 „ 48 „	42	27	90	72	—	— 15 „ 54 „	6	44	54	78 (72)	—
— 34 „ — „	18	28	90	68	—	— 16 „ 54 „	9	43	48	76	—
— 35 „ 48 „	120	25	72	77	—	— 17 „ 51 „	6	48	42	70	—
— 39 „ — „	12	32	66	44	—	— 18 „ 39 „	6	44	54	84	—
— 40 „ 18 „	42	26	78	61	—	— 19 „ 39 „	6	30	60	85	—
— 42 „ 18 „	36	24	90	62	—	— 20 „ 45 „	6	32	54	78	—
— 44 „ 24 „	78	24	78	72	—	— 21 „ 45 „	12	42	54	74	—
8 ч. 47 м.	Смѣна барабана.					— 22 „ 51 „	9	32	63	82	—
Барабанъ № 2.						— 24 „ 3 „	9	30	69	81	—
9 ч. — м — с.	60	24	66	78	—	— 25 „ 21 „	12	28	54	83	—
— 3 „ 6 „	12	33	48	50	—	— 26 „ 27 „	12	25	54	88 (82)	—
— 4 „ 6 „	24	20	66	44	—	— 27 „ 33 „	12	26	57	72	—
— 5 „ 36 „	30	16	78	67	—	— 28 „ 42 „	18	26	60	72	—
— 7 „ 24 „	18	20	60	64	—	— 30 „ — „	6	28	60	64	—
— 8 „ 42 „	12	23	60	72	—	— 31 „ 6 „	15	31	78	67	—
— 9 „ 54 „	6	40	48	73	—	— 32 „ 39 „	15	28	84	64	—
— 10 „ 48 „	6	28	54	86	—	— 34 „ 18 „	12	28	75	72	—

9 ч. 35 м. 45 с. 18 26 84 63 —
— 37 „ 27 „ 12 23 21 — —

9 ч. 38 м

Полное открытіе зѣва. Наблюденіе пришлось прекратить, такъ какъ изъ баллона вытекла жидкость.

Ребенокъ родился 4/IV въ 9 ч. 45 мин. веч. (черезъ 40 мин. послѣ вприскиванія питуитрина). Разрывъ промежности II ст. Наложено 3 шва изъ оленьихъ сухожилій. Послѣдъ выжатъ по *Credé* въ 10 ч. 15 мин. веч. Задержаніе хоріона въ маткѣ и его ручное удаленіе съ послѣдующимъ промываніемъ матки (2% растворомъ карболки). Общая продолжительность родовъ равнялась 4 час. 15 мин.: I періодъ продолжался 3 час. 40 мин., II періодъ—5 мин. и III періодъ—30 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 3000 грм., при длинѣ въ 51 сант., родилась безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда—425 грм., его размѣры—18—19; длина пуповины—47 сант.

Послѣродовой періодъ протекъ безъ осложненій. Промежность сохла съ первымъ натяженіемъ. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 9-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ вприснутъ во время родовъ однажды въ 9 ч. 5 мин. веч., въ количествѣ 0,9 куб. сант. Уже черезъ 2 $\frac{1}{2}$ мин. послѣ вприскиванія дѣйствіе его началось значительно выраженнымъ *Wehensturm*'омъ: продолжительность паузъ сократилась больше, чѣмъ вчетверо,—съ 42,6 сек. (средняя продолжительность за промежутковъ времени въ 20 мин. до вприскиванія) до 9,7 сек. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), продолжительность схватокъ уменьшилась съ 81,6 сек. до 54,4 сек.; давленіе во время схватокъ поднялось съ 60,5 милл. до 77,6 милл., во время паузъ—съ 26,6 милл. до 34,5 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 33,9 милл. до 43,1 милл.

Наблюденіе 32 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26450/362).

Л—ва А., 24 л., первородящая, жена студента, поступила въ Родильное Отдѣленіе 4/IV 1912 г., въ 12 ч. 20 м. дня. Первые менeses Л—ва получила на 13 году, причѣмъ типъ ихъ установился сразу, а именно, черезъ 3 нед. по 4—5 дней, безъ болей. Послѣднія регулы были 3/VII 1911 года. Въ теченіи настоящей беременности, кромѣ бѣлей, никакихъ другихъ осложненій не было. Родовыя боли начались 4/IV въ 2 ч. ночи.

Размѣры живота: окружность—90 сант., разстояніе отъ лобка до пупка—18 сант., отъ лобка до меча—39 сант.; высота дна матки надъ лономъ—33 сант. Размѣры таза: D. Sp.—25 сант., D. Cr.—26½ сант., D. Tr.—29½ сант., Conj. ext.—19 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе отклоненій отъ нормы не представляютъ. Груды, наружные половые органы и промежность нормальны. При наружномъ изслѣдованіи найдено: синякъ плода обращена вправо и впередъ, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ): сердцебиеніе ребенка (136 ударовъ въ минуту) ясно выслушивается ниже пупка, справа отъ средней линіи. При внутреннемъ изслѣдованіи обнаружено, что шейка почти сглажена, открытіе на 4 пальца, пузырь цѣль. Т°—37,4°. П.—68. Д.—28. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 5/IV въ 9 ч. 45 м. утра, при открытіи вѣва нѣсколько больше, чѣмъ на 3 пальца, при цѣломъ пузырь и вставившейся головкѣ. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 30 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы. Схватки гесп. потуги.						Время наблюденія.	Паузы. Схватки гесп. потуги.													
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.		Давленіе въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.										
Барабанъ № 1.												10 ч. 39 м. 12 с.	6	34	150	120	(150)				
9 ч. 45 м. — с.	150	31	210	47	—	—	41	„	48	„	6	30	126	124	—						
— 51 „ — „	240	24	210	72	—	—	42	„	20	„	12	32	132	118	—						
— 58 „ 30 „	210	24	150	67	—	—	44	„	44	„	15	24	90	124	—						
10 ч. 4 „ — „	180	24	180	76	—	—	46	„	29	„	12	30	144	106	—						
— 40 „ 30 „	120	24	150	52	—	—	49	„	5 „	„	15	22	138	104	—						
10 ч. 15 м.	Смѣна барабана.					—	51	„	38	„	12	22	138	102	—						
Барабанъ № 2.												—	54	„	8	„	36	22	138	102	—
10 ч. 27 м. — с.	210	30	210	70	(106)	—	57	„	2 „	„	48	22	120	100	—						
— 34 „ — „	30	32	102	80	—	—	59	„	50 „	„	42	29	150	110	—						
— 36 „ 12 „	18	34	162	106	—	11	„	3 „	2 „	„	30	28	120	100	—						

11 ч. 5 м. 32 с. 60	20	150	120	(130)	11 ч. 33 м. 12 с. 42	20	120	40	—
— 9 „ 2 „ 60	24	118	110	—	— 35 „ 54 „ 90	20	150	88	—
11 ч. 12 м. Смѣна барабана.					— 39 „ 54 „ 120	18	150	60	—
Барабанъ № 3.					— 44 „ 24 „ 120	20	150	84	(88)
11 ч. 20 м. — с. — — 90	—	—	—	—	— 48 „ 54 „ 60	20	180	46	—
— 21 „ 30 „ 60	22	120	90	—	— 52 „ 54 „ 90	20	120	80	—
— 24 „ 30 „ 30	26	120	100	—	— 56 „ 24 „ 60	20	156	66	—
— 27 „ — „ 60	24	120	72	—	12 ч.				
— 30 „ — „ 90	20	102	84	—					

Околоплодный пузырь вскрытъ въ 3 ч. 20 мин. дня (долго не сглаживалась передняя губа). Ребенокъ родился 5IV въ 4 ч. 45 мин. дня. Куртуа регіеі II гр. Зашиваніе промежности. Послѣдъ вышелъ самостоятельно въ 6 час. вечера. Общая продолжительность родовъ равнялась 40 часамъ: I періодъ продолжался 38 ч. 20 мин., II періодъ—1 ч. 25 мин. и III—періодъ 1 ч. 15 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3480 грм., длиною въ 49 сант., родился безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда—650 грм., его размѣры 18×19 сант.; длина пуповины—61 сант.

Послѣродовой періодъ — безъ всякихъ осложнений. Промежность срослась первымъ натяженіемъ. На 12-й день послѣ родовъ мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 10 ч. 32 мин., въ количествѣ 0,9 куб. сант. Дѣйствіе его началось черезъ 4 мин. послѣ впрыскиванія, причемъ первая схватка носила бурный характеръ (Wehensturm), затѣмъ наступили нормальныя схватки. Среднее давленіе во время схватокъ поднялось съ 62 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 111,7 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 25,7 милл. до 27,7 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 36,3 милл. до 84 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 195 сек. до 14,6 сек., продолжительность схватокъ — съ 190 сек. до 135,3 сек. Къ концу часа послѣ впрыскиванія дѣйствіе питуитрина значи-

тельно ослабѣло: давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 76,2 милл., во время паузъ—21,4 милл., относительное давленіе—54,8 милл., продолжительность паузъ—70,2 сек., продолжительность схватокъ—126 сек.

Наблюденіе 33 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26461/373).

Р. И—ва, 24 л., жена чиновника, поступила въ Родильное Отдѣленіе 5/IV 1912 г. въ 7 ч. веч. съ начавшейся родовой дѣятельностью. Роженица—II-беременная, причѣмъ первая беременность, 2 года тому назадъ, кончилась выкидышемъ 4¹/₂ мѣсяцевъ. Состояніе половой сферы въ остальномъ отклоненій отъ нормы не представляетъ. Первые регулы наступили на 14 году, установились сразу, приходили черезъ 4 нед., продолжаясь по 3—5 дней съ незначительными болями въ нервные дни. Последнія мenses 6/VI 1911 г. Состояніе здоровья въ теченіи настоящей беременности, если исключить бѣдн, въ общемъ вполне удовлетворительное. Родовыя боли начались 4/IV въ 11 час. вечера.

Размѣры живота: окружность—103 сант.; разстояніе отъ лобка до пупка—22 сант., отъ лобка до мечевиднаго отростка—41 сант.; высота дна матки надъ лономъ—30 сант. Размѣры таза: D Sp.—25 сант., D. Cr.—27 сант., D. Tr.—31 сант., Conj. ext.—20 сант.

Груди, наружныя половыя органы и промежность нормальны. Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе отклоненій отъ нормы не представляютъ. Т°—37°. П.—72. Д.—32. Бѣлка въ мочѣ не найдено. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ); сердцебиеніе плода ясно выслушивается слѣва (130 ударовъ въ минуту). Внутреннее изслѣдованіе: зѣвъ открытъ на 2 пальца, шейка не сглажена, пузырь цѣль.

Наблюденіе съ тонодинамометромъ начато 6/IV въ 8 ч. 42 м. вечера при цѣломъ пузырѣ и открытіи зѣва на 2 пальца. Шейка не сглажена. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 40 мин.

Тонодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы. Схватки герп. потуги.					Время наблюденія.	Паузы. Схватки герп. потуги.				
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. въ Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
Барabanъ № 1.						8 ч. 45 м.	6 с. 150	34	216	128	—
8 ч. 42 м. — с.	—	—	186	102	—	— 51 „	12 „ 120	34	156	108	—

8 ч. 55 м. 48 с. 42 35 210 64 ⁴⁰⁶⁸ —	10 ч. 8 м. 22 с. 18 26 102 94 188
9 ч. — „ — „ 42 34 174 117 —	— 10 „ 22 „ 24 25 120 100 189
— 3 „ 36 „ 12 35 144 — —	— 12 „ 46 „ 30 24 90 102 190
— 6 „ 12 „ 36 34 162 96 —	— 14 „ 46 „ 15 24 135 98 200
— 9 „ 30 „ 84 32 222 90 —	— 17 „ 16 „ 18 23 87 99 188
— 14 „ 36 „ 78 30 222 112 —	— 19 „ 1 „ 18 23 135 82 186
— 19 „ 36 „ 66 31 78 92 —	— 21 „ 34 „ 26 23 — — —
9 ч. 22 м. Смѣна барабана.	10 ч. 22 м. Барабанъ № 3.
Барабанъ № 2.	10 ч. 33 м. — с. 114 — 108 115(128)
9 ч. 38 м. — с. — — 144 119 —	— 36 „ 42 „ 18 23 102 86 188
— 40 „ 24 „ 96 26 120 114 —	— 38 „ 42 „ 24 21 132 88 180
— 44 „ — „ 15 36 79 125 —	— 41 „ 18 „ 54 20 102 110 220
— 45 „ 34 „ 6 40 111 127 —	— 43 „ 54 „ 21 23 90 96 194
— 47 „ 31 „ 6 95 51 124 —	— 45 „ 45 „ 12 25 108 88 184
— 48 „ 28 „ 24 102 48 124 —	— 47 „ 45 „ 48 90 102 98 220
— 46 „ 40 „ 6 103 72 125 —	— 50 „ 15 „ 18 21 78 88 216
— 50 „ 58 „ 12 105 51 124 —	— 51 „ 51 „ 18 24 78 88 218
— 52 „ 1 „ 6 87 54 133 —	— 53 „ 27 „ 18 24 108 90 214
— 53 „ 1 „ 15 96 54 110 —	— 55 „ 33 „ 27 22 66 96 215
— 54 „ 10 „ 15 66 75 111 —	— 57 „ 6 „ 18 50 120 88 206
— 55 „ 40 „ 6 70 66 101 —	— 59 „ 24 „ 18 28 102 108 224
— 56 „ 52 „ 6 68 69 134 (136)	11 ч. 1 „ 24 „ 21 22 81 96 224
— 58 „ 7 „ 9 42 96 156 (166)	— 3 „ 6 „ 15 24 78 86 104
— 59 „ 52 „ 9 36 84 107 (115)	— 4 „ 39 „ 18 24 99 97 220
10 „ 1 „ 25 „ 12 36 60 83 186	— 6 „ 36 „ 30 22 108 106 224
— 2 „ 37 „ 6 40 96 97 179	— 8 „ 54 „ 21 23 102 114 220
— 4 „ 19 „ 30 28 114 120 188	— 10 „ 57 „ 42 21 81 106 210
— 6 „ 43 „ 18 26 81 108 184	11 ч. 13 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 4.								11 ч. 42 м.	21 с.	18	19	84	82	145					
11 ч.	21 м.	—	с.	—	—	108	—	197	—	44	„	3	„	12	22	120	80	170	
—	22	„	48	„	24	17	126	80	191	—	46	„	15	„	24	16	126	80	181
—	25	„	18	„	30	20	120	72	168	—	48	„	45	„	18	14	96	81	181
—	27	„	48	„	15	22	120	64	166	—	50	„	39	„	21	18	78	80	260
—	30	„	3	„	36	19	114	90	184	—	52	„	18	„	12	19	90	74	224
—	32	„	33	„	30	18	78	98	180	—	54	„	—	„	12	19	96	80	223
—	34	„	21	„	18	21	120	70	162	—	55	„	48	„	12	19	60	—	—
—	36	„	39	„	30	19	144	80	175	11 ч. 57 м.									
—	39	„	33	„	78	16	90	96	194										

Ребенокъ родился 6/IV въ 12 ч. 10 м. ночи. Послѣдъ выдѣлился самостоятельно черезъ 20 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 25 ч. 30 м.: I периодъ продолжался 24 часа, II периодъ—1 ч. 10 м., III периодъ—20 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 2680 грм., длиною въ 47 сант., родилась безъ асфиксн. Вѣсъ послѣда—600 грм., его размѣры—18×18 сант.; длина пуповины—47 сант.

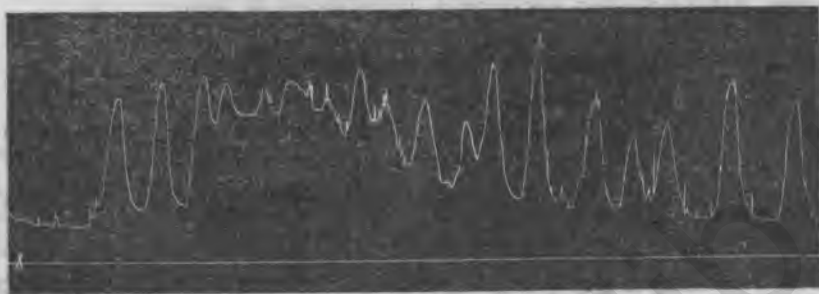
Въ послѣродовомъ периодѣ въ первый день у родильницы констатированъ бѣлокъ въ мочѣ (1‰); въ остальномъ послѣродовой периодѣ протекъ безъ осложнений. Ребенокъ и мать выписаны на 4-й день послѣ родовъ въ здоровомъ состояннн.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 9 ч. 40 мин., въ количествѣ 0,9 куб. сант. Черезъ 4 мин. послѣ впрыскиванія началось тетаническое сокращеніе матки, продолжавшееся 15 мин. (см. кривую № 15).

Сердцебиеніе плода на высотѣ tetanus'a было около 100 ударовъ въ минуту; съ прекращеніемъ тетаническаго сокращенія выравнивалось и сердцебиеніе. Давленіе во время tetanus'a поднялось съ 101,4 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 118,7 милл. (доходило до 133), давленіе во время паузъ, если за таковыя считать незначительныя колебанія давленія въ сторону пониженія, — съ 32,6 милл. до 65,6 милл.; относительное давленіе понизилось съ 63,8 милл. до 53,1 милл. За вторыя и третьи 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина родовая дѣятель-

ность имѣла уже нормальный, физиологическій характеръ, причемъ продолжительность паузъ уменьшилась съ 53 сек. (до впрыскиванія) до 20,8 — 25,6 сек., продолжительность схва-

Кривая № 15.



токъ—съ 167 сек. до 108—100 сек.; давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 100,3—95,2 милл., во время паузъ—24,9—22,2 милл., относительное давленіе—76,1—73 милл.

Наблюденіе 34 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26465/377).

К—ва Е., 38 л., IX-рага, жена извозчика, поступила въ Родильное Отдѣленіе 6/IV 1912 г. въ 8 ч. 30 м. у. Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе уклоненій отъ нормы не представляютъ. Первые мензесы у К—ой появились на 16 году, установились сразу, приходили через 4 нед., продолжались по 3—4 дня, безъ болей. Последнія регулы были въ июлѣ 1911 года. Всѣ предшествовавшія беременности кончались срочными родами, причемъ роды всегда протекали правильно, послѣродовой періодъ — безъ всякихъ осложненій. Первые роды были на 19 году, а послѣдніе—два года тому назадъ. Настоящая беременность протекала, если исключить бѣли и бронхитъ, въ общемъ безъ особенныхъ осложненій. Родовыя боли начались 6/IV въ 4 часа утра.

При изслѣдованіи живота бросался въ глаза рѣзко выраженный venter prorepens. Размѣры живота: окружность 112 сант., разстояніе отъ лобка до пупка — 23 сант., отъ лобка до мечевиднаго отростка—38 сант.; высота дна матки надъ лономъ—28 сант. Размѣры таза: D. Sp.—27 сант., D. Ст.—29 сант., D. Тр.—30 сант., Conj. ext.—20 сант.

Груды и наружные половые органы нормальны (если не считать небольшого опущенія вагинальныхъ стѣночекъ и стараго разрыва промежности). При наружномъ изслѣдованіи оказалось, что спинка плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черешное, передній видъ); сердцебиеніе ребенка

выслушивается (140 ударовъ въ минуту) ниже пупка, слыва отъ средней линіи. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено, что шейка сглажена, открытіе около трехъ пальцевъ, пузырь цѣль. Т°—36,9°. П.—80. Д.—26. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 6|IV въ 9 ч. 47 м. при открытіи аѣва на 3 пальца, подвижной головкѣ и только что отошедшихъ водахъ. Наблюденіе безъ интуктрина продолжалось 40 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблю- денія.	Наузы. Схватки гесп. постуки.						Время наблю- денія.	Наузы. Схватки гесп. постуки.										
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. систоле въ ммл. Нг.	Давл. диастолы въ ммл. Нг.	Давл. постука въ ммл. Нг.		Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. систолы въ ммл. Нг.	Давл. диастолы въ ммл. Нг.	Давл. постука въ ммл. Нг.					
Барabanъ № 1.							10 ч. 46 м.	—	с.	12	22	78	108	—				
9 ч. 47 м.	—	с.	—	—	57	—	—	47	„	30	„	12	28	108	112	—		
— 47 „	57	„	29	34	225	90	—	—	49	„	30	„	12	29	72	118	—	
— 52 „	11	„	56	33	224	90	—	—	50	„	54	„	6	32	60	120	—	
— 56 „	51	„	29	33	224	60 ⁸⁰ 44	—	—	52	„	—	„	4	48	60	104	—	
10 ч. 1 „	4	„	16	32	151	104	—	—	53	„	4	„	6	56	66	94	—	
— 3 „	51	„	84	28	112	114	—	—	54	„	16	„	12	50	72	106	—	
— 7 „	7	„	16	34	151	76	—	—	55	„	40	„	6	44	78	120	—	
— 9 „	54	„	16	31	235	122	—	—	57	„	4	„	6	36	72	106	—	
— 14 „	5	„	11	29	123	108	—	—	58	„	22	„	6	44	90	102	—	
— 16 „	19	„	41	28	151	74	—	—	59	„	58	„	6	43	78	103	—	
— 19 „	1	„	16	26	196	112	—	11 ч. 1 „	1	„	22	„	6	36	108	107	—	
— 22 „	33	„	29	25	112	111	—	—	3	„	16	„	12	30	108	116	—	
— 24 „	54	„	29	30	97	88	—	—	5	„	16	„	12	29	108	116	—	
10 ч. 27 м.	Смѣна барабана.						—	—	7	„	16	„	12	29	108	112	—	
Барabanъ № 2.							—	—	9	„	16	„	6	22	78	108	—	
10 ч. 43 м.	—	с.	60	20	120	124	—	—	—	10	„	40	„	12	30	66	105	—

11 ч. 10 м. 58 с.	6	29	78	96	—
— 13 „ 22 „	6	—	72	70	—
— 14 „ 40 „	6	25	78	100	—
— 16 „ 4 „	12	24	78	104	—
— 17 „ 34 „	12	22	84	94	—
— 19 „ 10 „	15	20	126	94	—
— 21 „ 31 „	15	20	132	96	—
— 23 „ 58 „	18	21	44	94	—

11 ч. 25 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 3.

11 ч. 38 м. — с.	—	—	108	—	—
— 39 „ 48 „	18	24	138	106	—
— 42 „ 24 „	36	24	102	91	—
— 44 „ 42 „	18	—	180	79	—
— 48 „ — „	24	24	138	85	—
— 50 „ 42 „	66	24	120	90	—
— 53 „ 48 „	42	24	138	92	—
— 56 „ 48 „	24	30	168	76	—
12 ч. — „ — „	48	20	150	98	—
— 3 „ 18 „	90	17	240	88 ¹⁹³⁶	—
— 8 „ 48 „	60	20	150	70(82)	—
— 42 „ 18 „	150	20	222	80	—
— 18 „ 30 „	102	26	210	58(64)	—
— 23 „ 42 „	18	—	—	—	—

12 ч. 24 м. Смѣна барабана.

Линія 2-я.

12 ч. 27 м. — с.	30	22	210	70(76)	—
------------------	----	----	-----	--------	---

12 ч. 31 м. — с.	60	20	210	78	—
— 35 „ 30 „	30	16	240	52	—
— 39 „ 30 „	60	14	210	56	—
— 44 „ — „	120	17	240	78(82)	—
— 50 „ — „	90	17	120	76	—
— 53 „ 30 „	30	18	120	52	—
— 56 „ — „	60	18	150	42	—
— 59 „ 30 „	120	18	90	78	—

1 ч. 3 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 4.

1 ч. 16 м. — с.	150	14	132	78	—
— 20 „ 42 „	30	14	102	80(82)	—
— 22 „ 54 „	18	16	102	86	—
— 24 „ 54 „	18	18	75	88(92)	—
— 26 „ 27 „	6	26	90	86(91)	—
— 28 „ 3 „	6	28	180	80	98(62)(70)
— 31 „ 9 „	6	18	192	100	(162)
— 32 „ 57 „	12	18	162	90	—
— 35 „ 51 „	18	16	117	80	154
— 38 „ 6 „	12	16	150	90	170
— 40 „ 48 „	30	14	234	90(186) ¹²⁷⁸	—
— 45 „ 12 „	60	18	162	88	164
— 48 „ 54 „	60	16	120	90	180
— 51 „ 54 „	6	—	—	—	—

1 ч. 52 м. Родн.

Ребенокъ родился 6/IV въ 1 ч. 52 мин. дня. Последъ выжать по Ste d. Общая продолжительность родового акта равнялась 10 час. 30 мин.: I периодъ продолжался 9 ч. 35 мин., II периодъ — 17 мин. и III периодъ — 38 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3600 грм., длиною 49 сант., родился въ легкой асфиксии, скоро былъ оживленъ. Вѣсъ послѣда—800 грм., его размѣры— $20 > 21$ сант.; длина пуповины—62 сант., пуповина была обвита вокругъ шеи ребенка 2 раза, и при рожденіи послѣдняго ее пришлось перерѣзать.

Въ послѣродовомъ периодѣ — небольшой бронхитъ. Т° и пульсъ все время въ предѣлахъ нормъ. На 4-й день мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи.

Питуитринъ въ этомъ случаѣ былъ вприснутъ однажды, въ 10 час. 44 мин., въ количествѣ 0,95 куб. сант. Черезъ 2 мин. послѣ вприскиванія началось дѣйствіе средства, причемъ родовая дѣятельность измѣнилась слѣдующимъ образомъ: среднее давленіе во время схватокъ поднялось съ 101,5 милл. (среднее давленіе за промежутковъ времени въ 20 мин. передъ вприскиваніемъ) до 110,4 милл. (среднее изъ наблюдений въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ — съ 28,1 милл. до 36,4 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 73,4 милл. до 74 милл.; продолжительность паузъ послѣ вприскиванія питуитрина понизилась съ 38,3 сек. до 11,8 сек., продолжительность схватокъ — съ 152,1 сек. до 85,2 сек. За вторыя и третьи 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 97,4—88,4 милл., во время паузъ — 24,2—25 милл., относительное давленіе—73,2—63,4 милл., продолжительность схватокъ—85,8—140,5 сек., продолжительность паузъ—11,4—35 сек.

Наблюденія 35 (Лихач. Отд. 1912 г., № 26376/388).

В. К—ва, 23 л., первородящая, жена дворника, поступила въ Родильное Отдѣленіе 9/IV 1912 г. въ 9 ч. 35 мин. у. съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первыя шепсы К—ва получила на 17 году, установились онѣ сразу, приходили черезъ 4 нед. по 4—5 дней, были всегда очень болѣзненными. Последнія регулы были въ іюнѣ 1911 г. Беременность протекала почти безъ всякихъ осложненій (незначительная тошнота въ первый мѣсяцъ). Родовыя боли начались 8/IV въ 12 ч. ночи.

Размѣры живота: окружность—103 сантим., разстояние отъ лобка до пупка—20 сантим., отъ лобка до мечевиднаго отростка—39 сантим.; высота дна матки надъ лономъ—35 сантим. Размѣры таза: D. Sp.—23 сантим., D. St.—27 сантим., D. Tr.—31½ сантим., Conj. ext.—21 сантим.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложение и питаніе роженницы отклоненій отъ нормы не представляютъ. Грудн, наружные половые органы и промежность нормальны. При наружномъ изслѣдованіи найдено, что спинка плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ); сердцебиеніе ребенка (145 ударовъ въ минуту) ясно выслушивается ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось, что шейка сглажена, открытіе зѣва на 1½ пальца, пузырь цѣль. T°—37,1°. П.—78. Д.—24. Въ мочѣ имѣются слѣды бѣлка.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 9/IV въ 1 ч. 55 м. дня при цѣломъ пузырь и открытіи зѣва на 4 пальца.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы.				Схватки герр. потуги.				Время наблюденія.	Паузы.				Схватки герр. потуги.				
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.		Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.		
Барабанъ № 1.									2 ч. 33 м. 44 с.	16	37	37	43	—				
1 ч. 55 м. — с.	—	—	81	—	—	—	34	„ 37	„ 43	35	189	90	—	—	—	—	—	
— 56 „ 21 „	135	84	162	74	64	—	38	„ 29	„ 10	33	189	60	—	—	—	—	—	
2 ч. 1 „ 18 „	27	44	243	68	—	—	41	„ 48	„ 27	33	189	90	(109)	—	—	—	—	
— 5 „ 48 „	27	37	189	74	—	—	45	„ 24	„ 64	38	178	66	—	—	—	—	—	
— 9 „ 24 „	77	36	189	68	—	—	49	„ 26	„ 10	34	135	104	(120)	—	—	—	—	
— 13 „ 50 „	70	85	—	—	—	—	51	„ 51	„ 10	40	108	67	(78)	—	—	—	—	
2 ч. 15 м. Слѣзна барабана.						—	53	„ 49	„ 27	38	108	116	(130)	—	—	—	—	
Барабанъ № 2.						—	56	„ 4	„ 5	49	97	98	(112)	—	—	—	—	
2 ч. 27 м. — с.	—	—	178	—	—	—	57	„ 46	„ 10	45	108	100	(115)	—	—	—	—	
— 29 „ 58 „	37	35	189	73	—	—	59	„ 44	„ 5	47	108	68	—	—	—	—	—	

3 ч. 1 м. 37 с. 5 40 77 120 (149)

— 2 „ 59 „ 10 45 51 — —

2 ч. 4 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 3.

3 ч. 12 м. — с. — — 85 — —

— 13 „ 25 „ 17 39 132 106 (138)

— 15 „ 54 „ 17 40 91 120 (150)

— 17 „ 42 „ 17 42 108 110 (130)

— 19 „ 47 „ 5 42 102 110 134)

— 21 „ 34 „ 11 48 85 82 (92)

— 23 „ 10 „ 5 46 114 112 (128)

— 25 „ 9 „ 11 40 85 140 (178)

— 26 „ 45 „ 5 44 79 130 (146)

— 28 „ 9 „ 5 44 85 120 (128)

— 29 „ 39 „ 17 52 125 122 (160)

— 32 „ 1 „ 5 42 92 139 (204)

— 33 „ 33 „ 5 53 114 105 (150)

— 35 „ 37 „ 5 44 102 128 (230)

— 37 „ 24 „ 11 44 93 112 (155)

— 39 „ 8 „ 5 46 102 92 (160)

— 40 „ 55 „ 17 44 125 122 —

— 43 „ 17 „ 17 37 153 100 196

3 ч. 46 м. 7 с. 11 28 102 98 202

— 48 „ — „ 17 30 114 82 132

— 50 „ 11 „ 17 28 92 72 174

3 ч. 52 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 4.

4 ч. 1 м. — с. 81 30 135 90 200

— 4 „ 36 „ 21 30 135 92 204

— 7 „ 12 „ 16 30 135 — 216

— 9 „ 43 „ 16 33 135 86 200

— 12 „ 14 „ 16 31 135 92 202

— 14 „ 45 „ 54 31 124 64 (168)

— 17 „ 43 „ 37 32 178 68 (164)

— 21 „ 18 „ 37 32 91 82 190

— 23 „ 26 „ 21 31 162 80 170

— 26 „ 29 „ 27 31 135 84 192

— 29 „ 11 „ 27 30 135 76 190

— 31 „ 53 „ 54 30 108 65 134

— 34 „ 35 „ 27 30 162 — 192

— 37 „ 44 „ 27 32 108 64 190

— 39 „ 59 „ 54 30 135 64 194

— 43 „ 8 „ 54 30 58 — —

4 ч. 45 м.

Ребенокъ родился 9/IV въ 5 ч. 40 м. веч. Послѣдъ выдѣлился самостоятельно черезъ 35 мин. Общая продолжительность родовъ 18 час. 15 мин.: I періодъ продолжался 15 час. 40 мин., II періодъ—2 часа и III періодъ—35 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3580 грм., длиною въ 56 сант., родился безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда—650 грм., размѣры—19×21 сант.; длина пуповины—46 сант., на ней имѣются ложные узлы.

Послѣродовой періодъ—безъ осложненій. На 5-й день р. р. мать и ребенокъ выписаны здоровыми.

Питуитринъ былъ впрыснутъ раздѣльными дозами, по 0,5 куб. сант., два раза, съ промежуткомъ въ 17 мин. Въ теченіе этихъ 17 мин. родовая дѣятельность осталась почти безъ измѣненій, и только вторичное впрыскиваніе (въ 2 ч. 45 мин.), суммируясь, повидимому, съ первымъ, вызвало усиленіе схватокъ, причемъ давленіе во время схватокъ поднялось съ 70 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 89,8 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ второй инъекціи), давленіе во время паузъ—съ 37,7 милл. до 43,1 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 32,3 милл. до 46,7 милл.; продолжительность схватокъ уменьшилась съ 207 сек. до 105,2 сек., продолжительность паузъ—съ 66,5 сек. до 10,3 сек.

Черезъ 32 мин. послѣ второго впрыскиванія было впрыснуто еще 0,9 куб. сант. питуитрина, послѣ чего среднее давленіе во время схватокъ въ теченіе первыхъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина (черезъ 2 $\frac{1}{2}$ мин. послѣ инъекціи) дошло до 115,2 милл. (во вторыя и третьи 20 мин.—до 105—88,4 милл.), давленіе во время паузъ—до 43,5 милл. (—до 39,3—31,2 милл.), относительное давленіе—до 71,7 милл., (—до 65,7—57,2 милл.); продолжительность паузъ оказалась равной 10,4 сек. (—11,6—34,7 сек.), продолжительность схватокъ—100,6 сек. (—108,9—126,2 сек.).

Наблюденіе 36 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26477/389).

Ж. К.—ва, 30 л., VI-рага, поступила въ Родильное Отдѣленіе 9/IV 1912 г. въ 12 ч. 30 м. дня, съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые шевеленія появились на 15 году, типъ ихъ установился сразу, а именно, черезъ 4 нед. по 4 дня, безъ болей. Времени послѣднихъ регулъ не помнить. Всѣ предшествовавшія беременности кончались нормальными родами, причемъ первые роды были на 18 году, а послѣдніе 2 года тому назадъ. Послѣ родовой періодъ послѣ послѣднихъ родовъ лихорадочный. Настоящая беременность протекала безъ осложненій. Родовныя боли начались 9/IV въ 8 ч. утра.

Размѣры живота: окружность—104 сант., равстояніе отъ лобка до пупка—25 сант., отъ лобка до меча—45 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—40 сант. Размѣры таза: D. Sp.—23 сант., D. Ст.—27 сант., D. Тг.—30 сант., Conj. ext.—20 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительны. Грудь, наружные половые органы нормальны; имѣется старый разрывъ промежности и опущеніе стѣнокъ рукава. Наружное изслѣдованіе: слизка плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черешное, передній видъ); сердцебиеніе плода выслушивается (138 ударовъ въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: зѣвъ открытъ на 2¹/₂ пальца, шейка еще не сглажена, пузырь цѣль. Т°—36,4. П.—80. Д.—20. Бѣлка въ мочѣ не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 9/IV въ 7 ч. 30 м. вечера. Пузыря нѣтъ (воды сошли передъ введеніемъ кольцевого ринтера), зѣвъ открытъ на 2¹/₂ пальца, головка подвижна надъ входомъ. Наблюденіе безъ питанія рина продолжалось 42 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы. Схватки гесп. потуги.					Время наблюденія.	Паузы. Схватки гесп. потуги.					
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	
Барабанъ № 1.						8 ч. 30 м.	18 с.	162	22	162	60	—
7 ч. 30 м. — с.	190	28	162	52	—	35 „	42 „	162	22	162	70	—
— 35 „ 52 „	216	22	135	54	—	41 „	6 „	16	29	108	74	—
— 41 „ 43 „	130	22	270	56 ⁴⁰ 50	—	43 „	10 „	16	32	97	70	—
— 48 „ 23 „	216	20	135	56	—	45 „	3 „	11	29	75	84	—
— 54 „ 14 „	174	18	108	50	—	46 „	29 „	11	36	81	72	—
— 58 „ 56 „	216	19	162	58	—	48 „	1 „	27	29	81	88	—
— 5 „ 14 „	216	18	135	56	—	49 „	49 „	21	29	135	80	—
— 11 „ 5 „	55	18	—	—	—	52 „	25 „	27	27	108	110	—
8 ч. 12 м.	Смѣна барабана.					— 54 „	40 „	37	27	135	88	—
Барабанъ № 2.						— 57 „	32 „	32	26	135	88	—
8 ч. 24 м. — с.	—	—	108	—	—	9 ч. — „	19 „	54	26	135	96	—
— 25 „ 48 „	108	24	162	56	—	— 3 „	28 „	43	26	108	89	—

9 ч. 5 м. 59 с. 54 26 135 92 —	9 ч. 25 м. 53 с. 48 24 162 80 —
— 9 „ 8 „ 60 24 162 86 ⁴⁰ 32	— 29 „ 23 „ 108 22 162 76 —
— 12 „ 50 „ 54 26 135 82 —	— 33 „ 53 „ 162 24 135 82 —
— 15 „ 59 „ 54 26 108 84 —	— 38 „ 50 „ 108 22 22 — —
— 18 „ 41 „ 81 24 135 80 —	9 ч. 41 м.
— 22 „ 17 „ 81 24 135 82 —	

Ребенокъ родился 9/IV въ 11 ч. 30 мин. веч. Послѣдъ выжатъ по Стедѣ черезъ 30 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 16 час.: I періодъ продолжался 13 час., II періодъ—30 мин. и III періодъ—30 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 3375 грм., при длинѣ въ 52 сант., родилась безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда—700 грм., его размѣры—19×21 сант.; длина пуповины—89 сант.

Послѣдородовой періодъ протекъ безъ всякихъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 6-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 8 час. 34 мин. веч., въ количествѣ 0,9 куб. сант. Дѣйствіе его проявилось черезъ 7 мин. замѣтнымъ усиленіемъ схватокъ, рѣзкимъ сокращеніемъ продолжительности паузъ и сравнительно небольшимъ повышеніемъ давленія во время послѣднихъ. Послѣ впрыскиванія среднее давленіе во время схватокъ поднялось съ 54,6 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 85 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 18,2 милл. до 20,9 милл., собственное давленіе во время схватокъ—съ 36,4 милл. до 64,1 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 165,2 сек. до 25,2 сек., продолжительность схватокъ—съ 135 сек. до 109 сек. За вторыя и третьи 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 85,4—80 милл., во время паузъ—25,1—23 милл., относительное давленіе—60,3—57 милл., продолжительность паузъ—61—106,5 сек., продолжительность схватокъ—124,2—118,5 сек.

Наблюденіе 37 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26484/396).

З. Ю—ва, 18 л., первородящая, жена студента, поступила въ Родильное Отдѣленіе 11/IV 1912 г. въ 5 час. 30 м. вечера, съ начавшейся родовой дѣятельностью. Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе роженицы отклоненій отъ нормы не представляютъ. Половая сфера отъ природы нормальна. Первые шепселъ появились на 14 году, установились сразу, типъ ихъ—черезъ 3 нед. по 3 дня, съ незначительными болями передъ менструаціей. Времени послѣднихъ регулъ не поминитъ, также и времени перваго движенія плода. Беременность протекла безъ всякихъ осложненій. Первые родовыя боли начались 10/IV въ 9 часовъ вечера.

Размѣры живота: окружность—91 сантиметъ, разстояніе отъ лобка до пупка—20 сантиметъ, отъ лобка до меча—37 сантиметъ; высота дна матки надъ лономъ—33 сантиметъ. Размѣры таза: D. Sp.—25 сантиметъ, D. Сг. 27 сантиметъ, D. Тг.—30 сантиметъ, Conj. ext.—18 сантиметъ.

Груди, наружныя половыя органы и промежность нормальны. При наружномъ изслѣдованіи: синиека плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ); сердцебіеніе ребенка ясно выслушивается (142 удара въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: зѣвъ открытъ на 2¹/₂ пальца, шейка еще не сглажена, пуэперъ разорванъ, воды отходятъ съ 3 часовъ дня 11/IV. Т°—37,3°. Ц.—80. Д.—24. Бѣлка въ мочѣ не найдено.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато въ 9 ч. 2 м. вечера. Пузыря нѣтъ, зѣвъ открытъ меньше, чѣмъ на 3 пальца, головка неподвижна. Наблюденіе безъ питуйтрина продолжалось 31 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы				Схватки гезр. потуги.		Время наблюденія.	Паузы.				Схватки гезр. потуги.	
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потуги въ милл. Нг.		Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потуги въ милл. Нг.
Варабанъ № 1.							9 ч. 14 м. 2 с.	28	45	179	98	—	
9 ч. 2 м — с.	56	44	140	74	—	—	17 „ 29 „	11	39	140	67	—	
— 5 „ 16 „	39	43	168	94	—	—	20 „ — „	16	38	179	68	—	
— 8 „ 43 „	39	42	112	75	—	—	23 „ 15 „	22	39	224	66	—	
— 11 „ 14 „	28	42	140	66	—	—	27 „ 21 „	28	40	140	82	—	

9 ч. 30 м. 9 с. 28 39 140 58 —

— 32 „ 57 „ 3 — — — —

9 ч. 33 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 2.

9 ч. 44 м. — с. — — 139 98 —

— 47 „ 9 „ 27 42 351 98⁰⁰⁷⁸

— 53 „ 27 „ 81 44 145 106 —

— 57 „ 13 „ 16 52 113 90 —

— 59 „ 22 „ 6 62 162 90¹⁹⁴

10 ч. 2 „ 10 „ 6 68 70 110 —

— 3 „ 26 „ 10 70 108 110 —

— 5 „ 24 „ 21 58 135 108 —

— 8 „ — „ 6 46 167 104 —

— 10 „ 53 „ 6 56 164 84 —

— 13 „ 43 „ 6 46 120 90 —

— 15 „ 49 „ 6 46 216 80 —

— 19 „ 31 „ 27 40 122 100 —

10 ч. 22 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 3.

10 ч. 30 м. — с. — — 90 — —

— 31 „ 30 „ 42 36 270 100 —

— 36 „ 42 „ 90 86 96 100 —

— 39 „ 48 „ 12 40 90 78 —

— 41 „ 30 „ 15 39 198 88 —

— 45 „ 3 „ 24 36 84 100 —

— 46 „ 51 „ 12 41 120 114 —

— 49 „ 3 „ 15 40 138 102⁵⁷⁶

— 51 „ 36 „ 12 41 120 90 —

10 ч. 53 м. 48 с. 12 36 150 82 —

— 56 „ 30 „ 78 34 120 87 —

— 59 „ 48 „ 12 36 102 90 —

11 ч. 1 „ 42 „ 12 36 198 80 —

— 5 „ 12 „ 18 33 198 100 —

— 8 „ 48 „ 24 34 90 90 —

— 10 „ 42 „ 18 34 150 78 —

— 13 „ 30 „ 18 32 132 80 —

11 ч. 16 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 4.

11 ч. 28 м. — с. — — 43 — —

— 28 „ 43 „ 64 46 178 100 —

— 32 „ 45 „ 27 48 162 86 —

— 35 „ 54 „ 27 50 243 96⁰⁹²

— 40 „ 24 „ 32 49 145 104 —

— 43 „ 21 „ 48 49 162 110 —

— 46 „ 51 „ 42 49 97 104 —

— 49 „ 10 „ 27 51 91 94 —

— 51 „ 8 „ 27 54 108 94 —

— 53 „ 23 „ 27 56 172 108 —

— 56 „ 42 „ 27 52 108 100 —

— 58 „ 57 „ 27 50 135 84 —

12 ч. 1 „ 39 „ 27 46 114 100 —

12 ч. 4 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 5.

12 ч. 18 м. — с. — — 240 99⁰⁷²

— 22 „ — „ 90 44 192 98 —

— 26 „ 42 „ 48 46 180 89 —

12 ч. 30 м. 30 с. 30 45 270 102 ⁴ 80 —	12 ч. 50 м. 30 с. 102 44 270 104 ⁴ 88
— 35 „ 30 „ 42 48 108 92 —	— 56 „ 42 „ 90 44 240 90 ⁴ 62
— 41 „ 30 „ 90 44 180 110 —	1 ч 2 „ 12 „ 90 44 18 — —
— 46 „ — „ 90 44 180 104 —	1 ч. 4 м.

Ребенокъ родился 12/IV въ 6 ч. 30 мин. утра. Послѣдъ выдѣлился самостоятельно черезъ 30 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 34 час.: I періодъ продолжался 32 часа, II періодъ—1 ч. 30 мин. и III періодъ—30 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3250 грм., при длинѣ въ 55 сант., родился безъ асфиксїи. Вѣсъ послѣда—550 грм., его размѣры—19×20 сант.; длина пуповины—54 сант.

Послѣродовой періодъ протекъ безъ всякихъ осложненій. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 6-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ во время родовъ былъ впрыснутъ 3 раза: въ 9 ч. 50 мин.—въ количествѣ 0,9 куб. сант., въ 10 ч. 35 мин.—0,9 куб. сант. и въ 11 ч. 29 мин.—0,5 куб. сант. Послѣ всѣхъ впрыскиваній наступило усиленіе схватокъ—послѣ перваго черезъ 7 мин., послѣ втораго—черезъ 4 мин., послѣ третьяго—черезъ 3¹/₂ мин. При этомъ послѣ перваго впрыскиванія кровяное давленіе во время схватокъ съ 78,1 милл. (среднее давленіе за промежутковъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) поднялось до 97 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), среднее давленіе во время паузъ—съ 41,5 милл. до 54,4 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 36,6 милл. до 42,6 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 29,8 сек. до 11 сек., продолжительность схватокъ—съ 146,5 сек. до 136,3 сек.

Послѣ втораго впрыскиванія дѣйствіе оказалось нѣсколько болѣе слабымъ: средняя продолжительность схватокъ послѣ него оказалась равною 126 сек., паузъ—21,3 сек., среднее давленіе во время паузъ—38,1 милл., во время схватокъ—91,2 милл., относительное давленіе—53,1 милл.

Послѣ третьяго впрыскиванія среднее давленіе во время паузъ оказалось равнымъ 51,1 милл., давленіе во время схватокъ—101,2 милл., относительное давленіе—50,1 милл., сред-

ная продолжительность схваток—120,6 сек., средняя продолжительность пауз—32,8 сек.

Изъ побочных дѣйствій питуитрина здѣсь можно отмѣтить рвоту послѣ перваго впрыскиванія.

Замѣтнаго ускоренія поступательнаго движенія родовъ въ общемъ, несмотря на трехкратное впрыскиваніе питуитрина, не было.

Наблюденіе 38 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26486/393).

П. Ч-ва, 22 л., II-рага жена чиновника, поступила въ Родильное Отдѣленіе 12/IV 1912 г. въ 8 ч. утра съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые схватки Ч-ва получила на 16 году, типъ ихъ установился сразу, а именно, черезъ 4 нед. по 3 дня, безъ болей. Послѣднія регулы были 15/VII 1911 года. Предшествовавшая беременность кончилась срочными родами 1 ч. 5 мѣс. тому назадъ. Въ теченіе настоящей беременности роженица, кромѣ болей и принадлеговъ маляріи, никакихъ другихъ осложненій не отмѣчаетъ. Родовныя боли начались въ 2 ч. ночи 12/IV.

Размѣры живота: окружность—35 сант., разстояніе отъ лобка до пупка—16 сант., отъ лобка до меча—36 сант.; высота дна матки надъ лономъ—31 сант. Размѣры таза: D. Sp.—15 сант., D. Cr.—28 сант., D. Tr.—30 $\frac{1}{2}$ сант. Conj. ext.—21 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе роженицы отклоненій отъ нормы не представляютъ. Грудь, наружныя половыя органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена влево и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ). Внутреннее изслѣдованіе, шейка еще не сглажена, зѣвъ открытъ на 3 пальца, пузырь цѣлъ. T°—36,4°. П.—60. Д.—24. Въ мочѣ имѣются слѣды бѣлка.

Наблюденіе съ тождинамометромъ начато 12/IV въ 9 ч 58 мин. дна при цѣломъ пузырьѣ и при открытіи зѣва на 3 $\frac{1}{2}$ пальца. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 20 мин.

Тонодинамометричеснія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гезр потуги.			Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гезр. потуги.		
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
Барабанъ № 1.						10 ч. 39 м. 7 с.	5 45	70	80	—	
9 ч. 58 м. — с.	60 33	60	70	—	— 40 „ 22 „	10 42	86	80	—		
10 ч. — „ — „	80 34	100	68	—	— 41 „ 58 „	10 41	75	85	—		
— 3 „ — „	60 34	80	68	—	— 43 „ 23 „	10 45	75	81	—		
— 5 „ 20 „	20 33	80	65	—	— 44 „ 48 „	10 44	70	86	—		
— 7 „ — „	30 32	90	65	—	— 46 „ 8 „	16 45	31	76	—		
— 9 „ — „	20 31	80	67	—	— 47 „ 55 „	10 41	91	86	—		
— 10 „ 40 „	20 32	80	65	—	— 49 „ 36 „	16 36	81	79	—		
— 12 „ 20 „	25 32	90	70	—	— 51 „ 13 „	10 39	91	74	—		
— 14 „ 15 „	45 32	81	72	—	— 52 „ 54 „	10 39	91	76	—		
— 16 „ 21 „	27 31	81	65	—	— 51 „ 35 „	10 38	15	—	—		
— 18 „ 9 „	27 34	270	67 ³⁹ 60 ⁵³ 60	—	10 ч. 55 м. Смѣна барабана.						
— 23 „ 6 „	27 42	70	70	—	Барабанъ № 2.						
— 24 „ 43 „	21 35	70	62	—	11 ч. 4 м. — с.	—	16	—	—		
— 26 „ 14 „	43 34	81	82	—	— 4 „ 16 „	10 40	86	63	—		
— 28 „ 18 „	10 38	97	66	—	— 5 „ 52 „	21 44	86	68	—		
— 30 „ 5 „	10 36	108	85	—	— 7 „ 39 „	16 40	113	64	—		
— 32 „ 3 „	10 36	81	83	—	— 9 „ 48 „	21 39	113	66	—		
— 33 „ 34 „	10 38	108	81	—	— 12 „ 2 „	10 39	124	38 ⁴² 49	—		
— 35 „ 32 „	16 39	81	79	—	— 14 „ 16 „	10 36	108	60	—		
— 37 „ 9 „	10 40	108	89	—	— 16 „ 14 „	10 34	108	60 (72)	—		

11 ч. 18 м. 12 с. 27 34 108 64 (74)	12 ч. 8 м. 36 с. 36 25 108 72 —
— 20 „ 27 „ 27 32 162 62 —	— 6 „ — „ 48 26 120 72 —
— 23 „ 36 „ 27 30 108 68 —	— 8 „ 48 „ 30 25 132 77 (82)
— 25 „ 51 „ 27 32 462 69 (80)	— 11 „ 30 „ 30 25 120 76 —
— 29 „ — „ 37 27 108 58 (66)	— 14 „ — „ 30 27 120 75 —
— 31 „ 25 „ 75 28 140 70 (82)	— 16 „ 30 „ 30 31 114 72 (86)
— 35 „ — „ 37 26 108 68 (79)	— 18 „ 54 „ 24 29 120 72 (85)
— 37 „ 25 „ 81 26 108 70 (84)	— 21 „ 18 „ 36 29 132 68 —
— 40 „ 34 „ 27 27 408 60 (80)	— 24 „ 6 „ 30 24 144 70 (88)
— 42 „ 49 „ 87 26 34 — —	12 ч. 27 м. Сидна барабана.
11 ч. 44 м. Сидна ливни.	Барабанъ № 3.
Ливни 2-я.	12 ч. 36 м. — с. 31 28 81 60 (116)
11 ч. 47 м. — с. — — 102 — —	— 38 „ 42 „ 81 28 61 60 (132)
— 48 „ 42 „ 24 25 162 86 —	— 51 „ 24 „ 81 26 120 60 —
— 51 „ 48 „ 24 26 78 74 (112)	— 44 „ 45 „ 30 24 81 64 202
— 53 „ 42 „ 18 28 30 43 —	— 46 „ 36 с. 18 19 246 — 132
— 54 „ 30 „ 30 28 150 83 (102)	— 51 „ — „ 15 24 114 — 180
— 57 „ 30 „ 82 26 120 80 (89)	— 53 „ 9 „ 15 24 96 — 162
12 ч. — „ 42 „ 42 26 132 76 (86)	12 ч. 55 м. Роды.

Ребенокъ родился 12/IV въ 12 ч. 55 мин. Последъ вышелъ самостоятельно чрезъ 25 мин. безъ всякихъ осложнений. Продолжительность родовъ равнялось 12 ч. 20 мин.: I периодъ продолжался 11 час. 35 мин., II периодъ—20 мин. и III периодъ—25 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3400 грам., длиною въ 54 сант., родился безъ асфиксии. Вѣсъ послѣда—700 грм., его размеры—20×22 сант.; длина пуповины—66 сант.

Послѣродовой периодъ протекъ безъ всякихъ осложнений. Ребенокъ и мать выписаны въ здоровомъ состояннѣ на 5-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ 3 раза: въ 10 час. 23 мин.—въ количествѣ 0,5 куб. сант., въ 10 ч. 35 мин.—0,5 куб. сант. и въ 12 час. 40 мин.—0,9 куб. сант. Второе впрыскиваніе въ 0,5 куб. сант. было сдѣлано черезъ 12 мин. послѣ перваго для того, чтобы провѣрить дѣйствіе отдѣльныхъ небольшихъ дозъ питуитрина на родовую дѣятельность матки. Оказалось, что вторая инъекція, суммируясь съ первой, вызываетъ болѣе энергичное дѣйствіе, чѣмъ одна первая, а именно, послѣ перваго впрыскиванія давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 78 милл. (среднее за 10 мин. наблюденія), послѣ втораго—83 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 10 мин. послѣ второй инъекціи), давленіе во время паузъ послѣ перваго впрыскиванія—37,4 милл., послѣ втораго—42,6 милл., относительное давленіе послѣ первой инъекціи—40,6 милл., послѣ второй—40,4 милл., продолжительность паузъ послѣ перваго впрыскиванія уменьшилась до 11,2 сек., послѣ втораго—до 9 сек.; продолжительность схватокъ оказалась послѣ перваго впрыскиванія равной—96,6 сек., послѣ втораго—82,8 сек. Если мы возьмемъ для сравненія родовую дѣятельность за промежутокъ времени въ 20 мин. до перваго впрыскиванія питуитрина и среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ него, то получимъ слѣдующія данныя: среднее давленіе во время схватокъ поднялось съ 67,5 милл. до 80,5 милл., давленіе во время паузъ—съ 32,5 милл. до 40 милл., относительное давленіе—съ 35 милл. до 40,5 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 37,6 сек. до 10,6 сек., продолжительность схватокъ, наоборотъ, увеличилась съ 82,2 до 89,7 сек. За вторыя и третьи 20 мин. послѣ второй инъекціи питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 79,4—63,7 милл., во время паузъ—40,2—36,8 милл., относительное давленіе—39,2—26,9 милл., продолжительность схватокъ—85,8—110,5 сек., продолжительность паузъ—11,7—17,9 сек.

Послѣ третьяго впрыскиванія дѣйствіе питуитрина сказалось черезъ 4¹/₂ мин. значительнымъ усиленіемъ родовой дѣятельности, причѣмъ черезъ 10 мин. послѣ инъекціи наступили роды.

Наблюденіе 39 (Лихач. Род. Отд., 1913 г., № 26485/397).

М, В-ва, 21 г., I—рага, поступила въ Родильное Отдѣленіе 12/IV 1912 г., въ 9 ч. 15 м. утра, съ начавшейся родовой дѣятельностью. Роже-

ница—совершенно здоровая женщина. Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Первые мenses В-ва получила на 14 году, типъ ихъ установился сразу, черезъ 4 нед. по 7 дней, съ небольшими болями въ поясницѣ передъ наступленіемъ кровей. Последнія регулы были 20/XVII 1911 г. Состояніе здоровья за время настоящей беременности вполне удовлетворительное. Родовыя боли начались 12/IV въ 2 ч. утра.

Размѣры живота: окружность—84 сант., разстояніе отъ лобка до пупка—19 сант., отъ лобка до меча—42 сант., высота дна матки надъ лобкомъ—25 сант. Размѣры таза: D. Sp.—23 сант., D. Cr.—27 сант., D. Tr.—29½ сант., Conj. ext.—28 сант.

Груди, наружныя половныя органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спинка плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ); серд. движеніе плода (148 ударовъ въ минуту, ясно прослушивается ниже пупка, слѣва отъ средней линии). Внутреннее изслѣдованіе: зѣвъ открытъ на 1½ пальца, воды сошли II/IV въ 8 ч. вечера, шейка не сглажена, головка неподвижна. Т°. 36,7°. П.—80. Д.—22. Въ мочѣ—слѣды бѣлка.

Наблюденіе съ тонометромъ начато 12/IV въ 1 ч. 10 м. дня, при открытіи зѣва на 2½ пальца и ноцти сформированной шейки. Наблюденіе безъ питутрина продолжалось 53 мин.

Тонодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы.				Схватки гесп. потуги.				Время наблюденія.	Паузы.				Схватки гесп. потуги.			
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.		Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.		
Барабанъ № 1.									1 ч. 40 м.	16 с.	198	29	116	78	—		
1 ч. 10 м.	— с.	120	28	108	66	—	—	45 „	30 „	276	29	96	78	—			
— 13 „	48 „	96	27	135	66	—	—	51 „	42 „	156	30	108	80	—			
— 17 „	39 „	270	27	108	80	—	—	56 „	6 „	226	30	116	78	—			
— 23 „	57 „	180	27	125	60 ⁸⁰ 65	—	—	2 ч. 1 „	48 „	72	30	—	—	—			
— 29 „	2 „	242	29	138	75	—	—	3 ч. 15 м.	Смѣна барабана.								
— 35 „	22 „	156	29	138	25	—	—	Барабанъ № 2.									

2 ч. 18 м. — с. 84 29 132 70 —	3 ч. 3 м. 42 с. 60 29 72 110 191
— 21 „ 36 „ 108 29 144 80 —	— 5 „ 54 „ 24 30 72 112 193
— 25 „ 48 „ 72 28 68 110 —	— 7 „ 30 „ 48 30 120 112 200
— 28 „ 8 „ 60 32 72 120 —	— 10 „ 18 „ 52 30 156 113**92 —
— 30 „ 20 „ 8 36 72 120 —	— 13 „ 46 „ 24 29 108 100 220
— 31 „ 40 „ 8 36 78 118 —	— 15 „ 58 „ 24 30 116 120 190
— 33 „ 6 „ 8 35 84 120 —	— 18 „ 18 „ 72 30 72 112 199
— 34 „ 38 „ 5 34 78 120 (128)	— 20 „ 42 „ 72 30 60 40 212
— 36 „ 1 „ 8 35 78 120 (132)	— 22 „ 54 „ 24 29 84 112 193
— 37 „ 27 „ 11 35 68 108 (118)	— 24 „ 42 „ 24 29 168 110 (140)
— 38 „ 46 „ 16 34 72 106 (136)	— 27 „ 54 „ 90 30 72 112 162
— 40 „ 14 „ 16 34 72 112 (118)	— 30 „ 36 „ 72 30 116 118 183
— 41 „ 42 „ 24 34 84 118 (124)	— 33 „ 44 „ 24 30 116 112 192
— 43 „ 30 „ 8 34 96 125 (133)	— 36 „ 4 „ 24 30 116 112 200
— 45 „ 14 „ 8 34 84 118 (123)	— 38 „ 24 „ 48 30 118 118 191
— 46 „ 46 „ 24 32 96 108 (123)	— 41 „ — „ 90 30 108 112 188
— 48 „ 46 „ 12 32 72 112 (118)	— 44 „ 18 „ 56 30 150 114 186
— 50 „ 10 „ 14 32 74 112 (120)	— 47 „ 44 „ 56 30 120 114 196
— 51 „ 38 „ 14 30 72 124 —	— 50 „ 40 „ 84 30 135 118 212
— 53 „ 4 „ 24 30 32 — —	— 54 „ 19 „ 56 30 156 118 212
1 ч. 54 м. Сильна лихорадка.	— 57 „ 51 „ 9 — — — —
Лихорадка 2 я.	3 ч. 57 м.
3 ч. 2 м. — с. 24 30 78 120 185	

Ребенокъ родился 12/IV въ 4 ч. 30 мин. дня. Черезъ 40 мин. самостоятельно, безъ всякихъ осложнений, выдѣлился послѣдъ. Общая продолжительность

ность родовъ равнялась 15 ч. 10 мин.: I периодъ продолжался 12 ч. 30 мин., II периодъ—2 часа и III периодъ—40 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 2555 грм., при длинѣ въ 48 сант., родился въ слабой асфиксiи, легко оживленъ. Вѣсъ послѣда—560 грм., его размѣры— 14×16 сант.: длина пуповины—55 сант.

Послѣродовой периодъ—безъ осложнений. На второй день послѣ родовъ пришлось мочу выпускать катетеромъ. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состоянiи на 6-й день.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 2 ч. 28 мин., въ количествѣ 1 куб. сант. Черезъ 4 мин. послѣ впрыскиванiя начались очень бурныя схватки (Wehensturm), которыя постепенно смѣнились нормальными схватками. Давленiе во время схватокъ послѣ впрыскиванiя питуитрина возрасло съ 72,4 милл. (среднее давленiе за промежутковъ времени въ 20 мин. до впрыскиванiя) до 116,4 милл. (среднее изъ наблюденiй въ теченiе 20 мин. послѣ начала дѣйствiя питуитрина), давленiе во время паузъ—съ 28 милл. до 34,3 милл., собственное давленiе во время схватокъ (относительно давленiе)—съ 44,4 милл. до 82,1 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 180 сек. до 15,4 сек., продолжительность схватокъ—съ 125,4 сек. до 79,4 сек. Къ концу часа послѣ впрыскиванiя среднее давленiе во время схватокъ оказалось равнымъ 110,8 милл., во время паузъ—29,7 милл., относительное давленiе—81,1 милл., продолжительность паузъ—36,5 сек., продолжительность схватокъ—90 сек.

Наблюденiе 40 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 264888/400).

И. Т—ва, 23 л., I-рата (?), по профессiи чулочница, поступила въ Родильное Отдѣленiе 12/IV 1912 г. въ 5 час. 55 мин. вечера съ начавшейся родовой дѣятельностью. Роженица—здоровая женщина, ростъ, вѣсъ, тѣлосложенiе и питанiе отклоненiй отъ нормы не представляютъ. Первые мenses появились на 18 году, установились сразу, приходили черезъ 4 нед., продолжались по 7 дней, были совершенно безболѣзненными. Послѣднiя регулы были 1/VIII 1911 г. Беременность протекла безъ всякихъ осложнений. Первые родовыя боли появились 12/IV въ 9 час. утра.

Размѣры живота: окружность—99 сант., разстоянiе отъ лобка до пупка—18 сант., отъ лобка до меча—36 сант.; высота дна матки надъ лономъ—30 сант. Размѣры таза: D. Sp.—25 сант., D. Ст.—28 сант., D. Тт.— $31\frac{1}{2}$ сант., Conj ext.—20 сант.

Груди, наружные половые органы и промежность нормальны. Наружное исследование: спина плода обращена влево и вперед, предлежит головка (I черепное, передний вид); сердцебиение плода выслушивается ниже пупка, слева от средней линии. Т°.—36,3°. П.—88. Д.—27. Бѣдка въ мочѣ нѣтъ. Внутреннее исследование: шейка сглажена, зѣвъ открытъ на 3 пальца, пузырь цѣль, головка подвижна надъ входомъ.

Наблюденіе съ тонометромъ начато 12/IV въ 6 ч. 30 мин. вечера, при цѣломъ пузырь и при открытіи зѣва на 3 пальца. Наблюденіе безъ питуэтрина продолжалось 33 мин.

Тонодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Наузы.					Схватки гестр. потуги.		Время наблюденія.	Наузы.					Схватки гестр. потуги.	
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.		Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.
Барabanъ № 1.								7 ч. 26 м.	1 с.	16	30	80	102	—	
6 ч. 30 м. — с.	—	—	—	50	—	—	—	—	27 „	37 „	11	29	72	102	—
— 30 „	50 „	162	26	132	60	—	—	—	29 „	— „	15	30	72	104	—
— 35 „	44 „	162	23	116	58	—	—	—	30 „	27 „	15	30	72	104	—
— 40 „	22 „	130	24	120	64	—	—	—	31 „	54 „	16	30	80	106	—
— 44 „	32 „	180	22	108	64	—	—	—	33 „	30 „	16	29	85	108	—
— 49 „	50 „	162	21	120	62	—	—	—	35 „	11 „	16	29	102	106	—
— 54 „	32 „	166	22	70	30	—	—	—	37 „	9 „	16	28	102	100	—
— 58 „	28 „	166	20	106	62	—	—	—	39 „	7 „	30	28	108	106	—
7 ч. 3 м. Смѣна барабана.								— 41 „	25 „	30	28	103	106	—	—
Барabanъ № 2.								— 43 „	43 „	42	26	120	100	—	—
7 ч. 15 м. — с.	70	21	135	62	—	—	—	—	46 „	35 „	42	28	108	106	—
— 18 „	25 „	162	—	106	70	—	—	—	48 „	55 „	60	24	152	100	—
— 22 „	53 „	23	29	72	99	—	—	—	52 „	27 „	48	26	120	106	—
— 24 „	33 „	16	31	72	108	—	—	—	55 „	15 „	48	24	120	106	—

7 ч. 53 м. 3 с. 60 24 108 100 —	8 ч. 28 м. 52 с. 60 20 84 106 136
8 ч. — „ 51 „ 60 22 108 99 —	— 31 „ 16 „ 42 20 108 102 130
— 3 „ 39 „ 60 22 120 99 (114)	— 33 „ 46 „ 48 22 120 102 ⁹⁰ 104
— 6 „ 39 „ 21 — — —	— 36 „ 34 „ 48 20 108 120 140
Б арабанъ № 3.	— 39 „ 10 „ 60 20 120 106 140
8 ч. 19 м. — с. — — 72 — —	— 42 „ 10 „ 60 20 60 108 138
— 20 „ 12 „ 60 20 108 98 (130)	— 44 „ 10 „ 48 19 72 109 150
— 23 „ — „ 52 22 120 104 (144)	— 46 „ 10 „ 50 19 — — —
— 25 „ 52 „ 72 20 108 100 (140)	8 ч. 47 м. Роды.

Ребенокъ родился 12/IV въ 8 ч. 30 мин. веч. Послѣдъ выдѣлился самостоятельно, безъ всякихъ осложнений, черезъ 35 мин. Продолжительность родовъ равнялась 9 час. 5 мин.: I периодъ продолжался 8 ч. 25 мин., II периодъ—5 мин. и III периодъ—35 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 3505 грм., при длинѣ въ 51 сант., родилась безъ асфиксии. Вѣсъ послѣда—725 грм., его размеры—16×18 сант.; длина пуповины—74 сант.

Послѣродовой периодъ—безъ осложнений. Ребенокъ и мать выписаны въ здоровомъ состояніи на 5-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 7 час. 19 мин. веч., въ количествѣ 0,9 куб. сант. Черезъ 4 мин. наступили типичныя „Pituitrinwehen“: среднее давленіе во время схватокъ поднялось съ 61,5 милл. (вычислено за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 103,9 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 23,2 милл. до 28,4 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 38,3 милл. до 75,5 милл.; продолжительность паузъ сократилась больше, чѣмъ въ 6 разъ,—съ 1' 9,2 сек. до 0' 5,9 сек., продолжительность схватокъ уменьшилась съ 1' 23,5 сек. до 0' 95,3 сек. Къ концу родовъ давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 105 милл., во время паузъ—20,7 милл., относительное давленіе—74,3 милл., продолжительность схватокъ—106 сек., продолжительность паузъ—55,5 сек.

Наблюдение 41 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26487/399).

Д. Ч-ва, 21 г, II-рага, жена слесари, поступила в Родильное Отделение 12/IV 1912 г. в 2 ч. 30 м. дня с начавшейся родовой деятельностью. Первые месяцы Ч-ва получила на 15 году, т.е. их установился сразу, а именно, через 3—4 нед. по 7 дней, без болей. Роженица отчасти одно кровотечение, которое у нее было еще до замужества. Последние месячные были в августе 1911 г. Предшествовавшая беременность кончилась срочными родами 1 годъ 1 мѣсяць тому назадъ. Настоящая беременность протекла нормально. Родовые боли начались 12/IV в 1 ч. 30 мин. дня.

Размеры живота: окружность—85 сантим., расстояние от лоба до пупка—16 сантим., от лоба до меча—29 сантим.; высота дна матки над лоном—26 сантим. Размеры таза: D. Sp.—24 сантим., D. Ст.—26 сантим., D. Тг.—29 сантим., Conj. ext.—18 сантим.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложение и питание роженицы удовлетворительные. Грудь, наружные половые органы и промежность нормальны. Наружное исследование: спинка плода определяется справа и спереди, предлежитъ головка (II черепное, передний видъ); сердцебиение ребенка (146 ударовъ въ минуту) выслушивается справа ниже пупка. Внутреннее исследование: маточная шейка не сглажена, зѣвъ открытъ на 1½ пальца, пузырь цѣль Т°.—36.9°. П.—78. Д.—24. Бѣлка въ мочѣ не найдено.

Наблюдение съ токодинамометромъ начато 12/IV в 10 час 35 мин. вѣч. при открытїи зѣва на 3½ пальца и при цѣломъ пузырьѣ.

Токодинамометрическія наблюдения.

Время наблюденія.	Паузы.		Схватки гевр. потуги.			Время наблюденія.	Паузы.		Схватки гевр. потуги.		
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
Барабанъ № 1.						10 ч. 57 м. 57 с.	71	28	81	70	—
10 ч. 35 м. — с.	—	—	54	—	—	11 ч. — , 29 „	60	28	135	70	—
— 35 „	54 „	216	28	108	48	— 3 „	44 „	60	28	16	—
— 41 „	18 „	216	30	135	56	11 ч. 5 м.	Смѣна барабана.				
— 47 „	9 „	189	29	135	64	Барабанъ № 2.					
— 52 „	33 „	108	26	216	64 ⁰⁰ 48	11 ч. 13 м. — с.	54	25	135	66	—

ч 16 м. 9 с. 108 26 81 72	—	11 ч. 33 м. 19 с. 16 32 70 76	—
19 „ 18 „ 54 29 108 64	—	40 „ 45 „ 21 32 70 76	—
22 „ — „ 27 28 61 100	—	42 „ 16 „ 16 32 70 74	—
23 „ 48 „ 16 94 70 82	—	43 „ 42 „ 16 32 81 78	—
25 „ 14 „ 21 32 81 84	—	45 „ 19 „ 24 30 108 84	—
26 „ 56 „ 16 31 81 80	—	47 „ 31 „ 32 32 108 80	—
28 „ 33 „ 21 31 81 82	—	49 „ 51 „ 27 30 135 84	—
30 „ 15 „ 16 31 70 78	—	52 „ 33 „ 54 30 135 84	—
31 „ 41 „ 11 34 81 82	—	55 „ 42 „ 32 30 162 78 ⁴⁰⁷⁰	—
33 „ 13 „ 16 33 81 78	—	58 „ 56 „ 54 29 135 80	—
34 „ 50 „ 16 33 70 78	—	12 ч. 2 „ 5 „ 70 28 108 82	—
36 „ 16 „ 16 33 81 80	—	5 „ 3 „ 54 27 3	—
37 „ 53 „ 16 31 70 78	—	12 ч. 6 м.	—

Ребенокъ родился 13/IV въ 7 ч. 35 мин. утра. Последъ выжать по Стебё въ 8 ч. 5 мин. утра. Осложнений въ послѣдовомъ періодѣ не было. Продолжительность родовъ равнялась 18 ч. 35 мин.: I періодъ продолжался 18 ч., II періодъ—5 мин. и III періодъ—30 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, недоношенная, вѣсомъ въ 1455 грм. при длинѣ въ 40 сант., родилась очень слабою, безъ асфиксис. Вѣсъ послѣда—375 грм., его размеры—13×15 сант.; длина пуповины—56 сант.

На другой день послѣ родовъ ребенокъ умеръ. Послѣродовой періодъ—безъ осложнений. На 5-й день родильница выписалась въ здоровомъ состояніи.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 11 ч. 15 мин. веч., въ количествѣ 0,9 куб. сант. Черезъ 7 мин. послѣ впрыскиванія дѣйствіе питуитрина скзалось съ очевидностью: продолжительность паузы уменьшилась съ 182,2 сек. (вычислено за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 16,7 сек. (среднее изъ наблюдений въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), продолжительность схватокъ—съ 126 сек. до 75,9 сек.; среднее давленіе во время схватокъ поднялось съ 56 милл.—до 81 милл., во время паузы—съ 28,2 милл. до 31,9 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 27,8 милл.

до 49,1 милл. За вторыхъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 80,5 милл., во время паузъ—30,1 милл., относительное давленіе—50,4 милл., продолжительность схватокъ—110,2 сек., продолжительность паузъ—38,6 сек. Несмотря, однако, на усилившуюся, подъ вліяніемъ питуитрина, родовую дѣятельность, періодъ раскрытія длился очень долго, что слѣдуетъ, можетъ быть, поставить въ связь съ преждевременнымъ наступленіемъ родовъ.

Наблюденіе 42 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26495/407).

Е. Т.—ва, 30 л., VI-рага, жена парикмахера, поступала въ Родильное Отдѣленіе 13/IV 1912 г. въ 9 ч. 30 м. утра. Роженица, въ общемъ здоровая женщина, отъ природы имѣла половую сферу совершенно нормальною. Первые мenses пришли на 14 году, установились сразу, типъ ихъ—черезъ 3-4 нед. по 3 дня, совершенно безболѣзненнымъ. Послѣднія регулы 26 VII.1911 г. Всѣ предшествовавшія беременности кончились срочными родами, причемъ одинъ разъ ребенокъ родился мертвымъ. Послѣродовой періодъ—всегда лихорадочный. Роженица постоянно страдала бѣлками. Настоящая беременность, помимо бѣлей, не сопровождалась никакими расстройствами. Родовыя боли начались 13/IV въ 4 часа утра.

Размѣры живота: окружность 102 сант., разстояніе отъ лобка до пупка—40 сант.; высота дна матки надъ лономъ—32 сант. Размѣры таза: D. Sp.—24 сант., D. Ст.—27½ сант., D. Tr.—31 сант., Conj. ext.—20 сант.

Груды и наружные половые органы въ общемъ нормальны, имѣются только старшій разрывъ промежности и небольшое опущеніе передней вагинальной стѣнки. Наружное изслѣдованіе: спина плода опредѣляется справа и спереди, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебиеніе плода (130 ударовъ въ минуту) ясно прослушивается ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка не сглажена, зѣвъ открытъ на 2 пальца, пузырь нѣтъ. Т°.—36,9°. П.—72. Д.—26. Въ мочѣ имѣются слѣды бѣлка.

Наблюденіе съ тонометромъ начато 13/IV въ 10 ч. 56 мин. дня. Пузыря нѣтъ, открытіе зѣва на 2 пальца. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось въ теченіе 36 мин.

Токодинамометрическія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы				Схватки геор. потяги.			
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
Барабанъ № 1.								
10 ч. 21 „	—	—	—	51	—	—	—	—
— 56 „	51 „	10 26	66 36	—	—	—	—	—
— 58 „	70 „	5 24	137 62	—	—	—	—	—
11 ч. — м. 29 с.								
— 1 „	25 „	10 26	66 38	—	—	—	—	—
— 2 „	41 „	10 26	66 54	—	—	—	—	—
— 3 „	57 „	10 28	61 46	—	—	—	—	—
— 5 „	8 „	15 26	61 54	—	—	—	—	—
— 6 „	24 „	10 26	229 66 ⁴⁴ 56	—	—	—	—	—
— 10 „	23 „	15 20	108 46	—	—	—	—	—
— 12 „	26 „	25 18	108 62	—	—	—	—	—
— 14 „	39 „	40 18	86 60	—	—	—	—	—
— 16 „	45 „	40 16	86 43	—	—	—	—	—
— 18 „	57 „	20 19	204 45 ²⁶ 60	—	—	—	—	—
— 22 „	35 „	25 17	108 59	—	—	—	—	—
— 24 „	48 „	25 18	133 50	—	—	—	—	—
— 27 „	26 „	51 18	153 72	—	—	—	—	—
— 30 „	50 „	40 18	30 —	—	—	—	—	—
41 ч. 32 м.	Смѣна барабана.							
Барабанъ № 2.								
11 ч. 48 м.	— с.	—	—	27	—	—	—	—
— 48 „	27 „	5 20	183 52 ⁴⁴ 49	—	—	—	—	—
— 51 „	35 „	16 28	54 49	—	—	—	—	—
— 51 „	45 „	10 22	70 44	—	—	—	—	—
— 54 „	5 „	27 24	162 58 ²⁶ 44	—	—	—	—	—
— 57 „	14 „	16 24	64 54	—	—	—	—	—
— 58 „	34 „	16 22	64 58	—	—	—	—	—
— 59 „	54 „	5 30	75 60	—	—	—	—	—
12 ч. 1 „ 14 „								
— 2 „	18 „	15 26	70 62	—	—	—	—	—
— 3 „	43 „	16 94	232 84 ²⁶ 72	—	—	—	—	—
— 7 „	51 „	16 30	59 60	—	—	—	—	—
— 9 „	6 „	5 26	66 59	—	—	—	—	—
— 10 „	17 „	10 27	145 66 ²⁶ 64	—	—	—	—	—
— 12 „	52 „	10 28	66 74	—	—	—	—	—
— 14 „	8 „	10 26	66 68	—	—	—	—	—
— 15 „	24 „	10 29	81 96	—	—	—	—	—
— 16 „	55 „	10 34	81 78	—	—	—	—	—
— 18 „	26 „	21 26	66 76	—	—	—	—	—

— 19 ч. 53 м. 10 26 75 76 —
 — 21 „ 18 „ 16 27 172 82⁸⁴68
 — 24 „ 26 „ 10 26 66 72 —
 — 25 „ 42 „ 21 23 117 80⁸²66

12 ч. 23 м. Смѣна линія.

Линія 2-ая.

12 ч. 30 м. — с. — — 52 — —

— 30 „ 52 „ 15 27 129 89⁴²67
 — 33 „ 16 „ 30 29 68 80 —
 — 34 „ 53 „ 15 29 65 74 —
 — 36 „ 13 „ 10 33 62 100 —
 — 37 „ 25 „ 15 32 87 65 —
 — 39 „ 7 „ 15 26 67 87 —
 — 40 „ 29 „ 15 26 67 83 —
 — 41 „ 51 „ 15 27 87 82 —
 — 43 „ 33 „ 15 26 156 73⁸93
 — 46 „ 24 „ 15 28 87 82 (88)
 — 48 „ 6 „ 20 25 104 86 —
 — 50 „ 10 „ 15 26 67 76 —
 — 51 „ 32 „ 10 28 153 86⁸¹63'
 — 54 „ 18 „ 15 20 87 67 —
 — 56 „ — „ 10 20 87 63 —
 — 57 „ 37 „ 67 16 156 106 (114)

1 ч. 1 „ 20 „ 67 17 93 88 —

1 ч. 2 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 3.

1 ч. 14 м. — с. — — 67 — —
 — 15 „ 7 „ 66 12 66 106 —

— 17 ч. 19 м. 16 17 66 65 —
 — 18 „ 41 „ 16 22 108 90 (138)
 — 20 „ 45 „ 27 22 81 90 (166)
 — 22 „ 33 „ 10 26 81 66 (158)
 — 24 „ 4 „ 10 20 97 74 —
 — 25 „ 51 „ 10 23 81 69 —
 — 27 „ 22 „ 27 19 97 64 —
 — 29 „ 26 „ 27 19 108 66 (148)
 — 31 „ 41 „ 32 16 108 962(136)
 — 34 „ 1 „ 27 17 60 85 (178)
 — 35 „ 28 „ 10 19 108 84 (134)
 — 37 „ 26 „ 75 24 81 112 (214)
 — 42 „ 2 „ 10 26 81 90 (144)
 — 41 „ 33 „ 27 26 81 94 (156)
 — 43 „ 21 „ 16 27 108 108 (182)
 — 45 „ 25 „ 27 26 81 90 (150)
 — 47 „ 13 „ 27 28 81 90 (138)
 — 43 „ 1 „ 27 27 32 — —

2 ч. 50 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 4.

1 ч. 58 м. — с. 42 22 108 88 (145)
2 ч. — „ 30 „ 30 24 78 96 (122)
 — 2 „ 18 „ 30 25 84 80 (136)
 — 4 „ 12 „ 24 27 90 82 (136)
 — 6 „ 6 „ 12 28 90 82 (152)
 — 7 „ 48 „ 18 29 60 57 —
 — 9 „ 6 „ 18 28 120 64 (116)
 — 11 „ 24 „ 18 27 90 70 —

2 ч. 13 м. 12 с. 30 24 78 66 (137)	Барабанъ № 5.
— 15 „ — „ 18 23 90 109 (209)	2 ч. 53 м. — с. 30 25 150 100 202
— 16 „ 48 „ 12 30 60 64 —	— 56 „ — „ 24 23 102 — 218
— 18 „ — „ 24 28 90 74 (146)	— 58 „ 6 „ 30 24 102 — 214
— 19 „ 54 „ 60 23 162 92 (126)	3 ч. — „ 18 „ 24 24 102 100 294
— 23 „ 36 „ 18 17 84 82 (134)	— 2 „ 24 „ 30 24 150 — 198
— 25 „ 18 „ 18 22 78 78 (162)	— 5 „ 24 „ 30 22 156 108 (208) 88(208)
— 26 „ 54 „ 15 23 120 94 (186)	— 8 „ 30 „ 18 27 84 60 —
— 23 „ 9 „ 24 23 60 96 (174)	— 10 „ 12 „ 24 22 156 94 (270) 6096 (212)
— 30 „ 33 „ 12 27 120 110 (206)	— 13 „ 12 „ 18 36 156 94 (203) 44 100 (214)
— 32 „ 45 „ 12 25 90 82 (176)	— 16 „ 6 „ 15 32 30 74 220
— 34 „ 27 „ 12 26 60 57 —	— 17 „ 51 „ 12 33 90 100 208
— 35 „ 39 „ 12 26 120 66 (166)	— 19 „ 33 „ 12 35 90 — 180
— 37 „ 51 „ 54 24 60 82 (142)	— 21 „ 15 „ 24 37 90 100 274
— 39 „ 45 „ 12 25 3 — —	— 23 „ 9 „ 12 40 39 — 180
2 ч. 40 м. Смѣна барабана.	3 ч 24 м. Роды.

Ребенокъ родился 13/IV въ 3 ч. 24 мин. дня. Последъ выдѣлился въ 4 ч. 5 мин. дня. Общая продолжительность родового акта равнялась 12 час. 15 мин.: I периодъ продолжался 11 ч. 10 мин., II периодъ—14 мин. и III периодъ—41 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3500 грм., при длинѣ въ 51 сантимет., родился безъ асфиксiи. Вѣсъ послѣда—650 грм., его размѣры—19×20 сантимет.; длина пуповины—63 сантимет., причемъ она была обвита 1 разъ вокругъ шеи ребенка.

Послѣродовой периодъ—безъ осложнений. На 6-й день р. р. ребенокъ и мать выписаны здоровыми.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды, въ 11 ч. 53 мин., въ количествѣ 0,9 куб. сантимет. Дѣйствiе началось черезъ 4 мин. послѣ впрыскиванiя, причемъ среднее

давленіе во время схватокъ поднялось съ 49,8 милл. (вычислено за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрысыванія) до 67 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 23,5 милл. до 28,3 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 26,3 милл. до 38,7 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 16,2 сек. до 11 сек., продолжительность схватокъ—съ 81 $\frac{1}{2}$ сек. до 67,8 сек. Въ дальнѣйшемъ родовая дѣятельность усилилась еще больше, а именно, давленіе во время схватокъ поднялось до 77,5 милл., во время паузъ—до 29,3 милл., относительное давленіе—до 48,2 милл.; продолжительность схватокъ оказалась равной 69,7 сек., продолжительный паузъ—16,1 сек. Вліяніе питуитрина сказывалось и въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ, относительное давленіе продолжало наростать, по крайней мѣрѣ, на протяженіи 1 часа: въ 1 час. дня оно было 54 милл., въ 1 ч. 34 мин.—59,3 милл., въ 1 ч. 50 мин.—69,7 милл.

Наблюденіе 43 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26404/406).

С. К—ва, 28 л., III-рага, жена чиновника, поступила въ Родильное Отдѣленіе 13|IV 1912 г. въ 9 ч. 40 м. утра. Роженица—здоровая женщина, правильнаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. Первые месяцы получила на 16-мъ году, типъ ихъ установился сразу, а именно, крѣпкіе приходили черезъ 4 нед., продолжались по 5 дней, были безболѣзненными. Последніа регулы—въ іюнѣ 1911 г. Первые двѣ беременности кончились выкидышами. Последній абортъ былъ 2 года тому назадъ. Настоящая беременность протекала безъ всякихъ осложненій. Родовыя боли начались 13|IV въ 5 ч. 30 м. утра.

Размѣры живота: окружность—106 сант., разстояніе отъ лобка до пупка—20 сант., отъ лобка до мечевиднаго отростка—42 сант.; высота дна матки надъ лоннымъ сочлененіемъ—33 сант. Размѣры таза: D. Sp.—25 сант., D. Ст.—29 сант., D. Тг.—33 сант., Conj. ext.—24 сант.

Груди, наружныя половныя органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: спinka плода опредѣляется справа и спереди, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебіеніе плода (145 ударовъ въ минуту) ясно выслушивается ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: вѣвъ открытъ на 3 пальца, шейка сглажена, пузырь цѣль. Т°—36°. П.—76. Д.—18. Бѣзва въ мочѣ нѣтъ.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 13|IV въ 7 ч. 40 мин. веч. Воды только что сошли при открытіи вѣва на 4 пальца.

Тонодинамометрическія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гесп. потуги.			
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
Барабанъ № 1.						
7 ч. 40 м.	— с.	—	—	60	77	—
— 41 „	— „	60	32	120	60	—
— 44 „	— „	20	32	100	65	—
— 46 „	— „	60	30	80	60	—
— 48 „	20 „	100	31	120	65	—
— 52 „	— „	60	32	52	—	—
— 53 „	52 „	52	32	129	45	—
— 56 „	53 „	104	33	77	70	—
— 59 „	54 „	25	31	104	42	—
8 ч. 2 „	3 „	25	30	129	52	—
— 4 „	37 „	25	30	77	46	—
— 6 „	19 „	25	29	129	51	—
— 2 „	53 „	30	30	77	68	—
— 10 „	40 „	25	30	156	95 ⁰ 72	—
— 13 „	41 „	20	36	77	78	—
— 15 „	18 „	25	36	87	76 (96)	—
— 17 „	10 „	10	36	77	82 (99)	—
— 18 „	37 „	10	36	77	70 (110)	—
— 20 „	4 „	25	34	77	84 (164)	—
— 21 „	46 „	10	38	110	50 ⁴² 18	—
III 23 „	46 „	7	36	77	66	—

Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гесп. потуги.			
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
8 ч. 25 м.	10 с.	25	30	104	76 (146)	—
— 27 „	19 „	25	30	76	74 (138)	—
8 ч. 29 м.	Смѣна барабана.					
Барабанъ № 2.						
8 ч. 37 м.	— с.	—	—	112	68 (144)	—
— 38 „	52 „	28	25	112	60 (148)	—
— 41 „	12 „	28	25	140	66 (120)	—
— 44 „	— „	28	25	140	62 (98)	—
— 46 „	48 „	28	25	112	60 (120)	—
— 49 „	8 „	56	25	112	56 (146)	—
— 51 „	56 „	56	24	112	62 (122)	—
— 54 „	44 „	28	24	112	54 (118)	—
— 57 „	4 „	28	24	112	58 (134)	—
— 59 „	24 „	56	24	112	58 (138)	—
9 ч. 2 „	12 „	56	24	84	56 (129)	—
— 4 „	32 „	56	24	235	50 (94) ²⁰ 50 (102)	—
— 9 „	23 „	44	25	100	42 (98)	—
— 11 „	47 „	18	25	100	58 (114)	—
— 13 „	45 „	100	25	95	55 (72)	—
9 ч. 17 м.	Смѣна барабана.					
Барабанъ № 3.						
9 ч. 25 м.	— с.	—	—	27	—	—

9 ч. 25 м.	27 с.	81	24	97	60	(114)	9 ч. 57 м.	28 с.	16	26	91	—	130
— 28	25 „	16	25	151	56	(115)	— 59 „	15 „	21	28	108	72	174
— 31 „	12 „	16	27	81	53	(130)	10 ч. 1 „	24 „	21	27	108	72	174
— 32 „	49 „	10	30	81	70	(170)	— 3 „	33 „	21	28	66	—	174
— 34 „	20 „	16	31	81	64	(112)	10 ч. 5 м.	Смѣна барабана.					
— 35 „	57 „	16	30	81	70	(182)	Барабанъ № 4.						
— 37 „	34 „	10	33	108	72	(170)	10 ч. 15 м.	24 с.	—	—	54	—	—
— 39 „	32 „	16	29	108	64	(186)	— 15 „	54 „	18	27	189	58(168) ⁵⁸	150
— 41 „	36 „	10	30	81	66	(170)	— 19 „	21 „	43	26	135	70	172
— 43 „	7 „	16	30	81	70	(190)	— 22 „	19 „	21	25	108	66	164
— 44 „	44 „	10	32	108	62	170	— 24 „	28 „	27	26	108	66	174
— 46 „	42 „	16	30	108	66	182	— 26 „	43 „	18	27	135	54	152
— 48 „	46 „	10	30	81	72	188	— 29 „	16 „	37	32	135	54	152
— 50 „	17 „	10	30	81	62	176	— 32 „	8 „	27	24	108	68	172
— 51 „	48 „	10	29	81	72	184	— 34 „	23 „	84	24	108	78	178
— 53 „	19 „	10	29	77	69	184	— 37 „	32 „	81	28	67	—	160
— 54 „	46 „	27	23	135	72	180	10 ч. 40 м.	Родн.					

Ребенокъ родился 13IV въ 10 ч. 40 мин. веч. Послѣдъ вышелъ самостоятельно чрезъ 20 мин. Разрывъ промежности II ст. Зашиваніе разрыва. Продолжительность всего родового акта равнялась 17 час. 30 мин.: I періодъ продолжался 16 час. 30 мин., II періодъ—40 мин. и III періодъ—20 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ, въ 3500 грм., длиною въ 51 сант., родилась безъ асфиксін. Вѣсъ послѣда—675 грм., его размѣры—14×18 сант.; длина пуповины—49 сант.

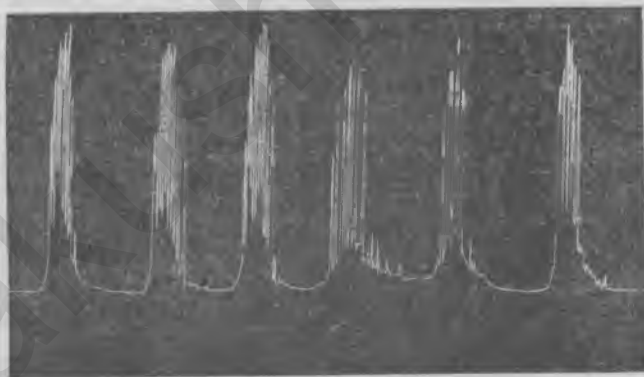
Послѣродовой періодъ протекъ безъ всякихъ осложнений. Промежность срослась первыми натяженіемъ. На 9-й день мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ два раза: въ 8 ч. 4 мин. — въ количествѣ 0,9 куб. сант. и въ 9 ч. 26 мин. — въ такомъ же количествѣ 0,9 куб. сант. Послѣ обоихъ впрыскиваній наступило замѣтное усиленіе родовой дѣятельности — послѣ перваго впрыскиванія

чрезъ 9 мин., послѣ второго — чрезъ 5 мин. При этомъ послѣ перваго впрыскиванія давленіе во время схватокъ поднялось съ 60,5 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 75,7 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 31,6 милл. до 34,6 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 28,9 милл. до 41,1 милл.; продолжительность паузъ послѣ перваго впрыскиванія уменьшилась съ 60,1 сек. до 17,4 сек., продолжительность схватокъ—съ 98,7 сек. до 81,5 сек. За вторыя и третьи 20 мин. послѣ первой инъекціи давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 61—54,5 милл., во время паузъ—24,5—24,5 милл., относительное давленіе—36,5—30 милл., продолжительность паузъ—35—55 сек.

Послѣ второго впрыскиванія дѣйствіе питуитрина оказалось нѣсколько болѣе слабымъ: средняя продолжительность схватокъ послѣ него оказалась равною 90 сек., продолжительность паузъ—12,5 сек., давленіе во время схватокъ—66,3 милл., во время паузъ—30,3 милл., относительное давленіе—36 милл.

Кривая № 16.



Прилагаемая кривая даетъ наглядное представленіе о характерѣ родовой дѣятельности въ періодъ изгнанія послѣ впрыскиванія питуитрина.

8 ч. 34 м. 37 с.	5 37 67 87	—	8 ч. 44 м. 57 с. 10 39 92 98	—
— 35 „ 49 „	5 40 72 89	—	— 46 „ 39 „	15 36 104 100 (120)
— 37 „ 6 „	5 49 77 82	—	— 48 „ 38 „	15 29 77 90 (107)
— 38 „ 28 „	10 38 83 98	—	— 50 „ 10 „	10 32 119 74 (80)
— 40 „ 1 „	10 48 92 89	—	— 52 „ 19 „	15 30 119 96 184
— 41 „ 43 „	10 38 87 106(109)	—	— 54 „ 33 „	15 32 72 80 154
— 42 „ 20 „	10 40 87 102	—	8 ч. 56 м.	Роды.

Ребенокъ родился 19IV въ 8 ч. 56 м. вѣч. Послѣдъ выдѣлился самостоятельно черезъ 34 мин. Общая продолжительность родовъ—14 час. 30 мин.: I периодъ продолжался 13 ч. 50 мин., II периодъ—6 мин. и III периодъ—34 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ, въ 3175 грм., при длинѣ въ 51 сант., родилась безъ асфиксiи. Вѣсъ послѣда—500 грм., его размѣры—15×16 сант.; длина пуповины—42 сант.

Послѣродовой периодъ нормальный. Ребенокъ и мать выписаны на 6-й день р. р. въ здоровомъ состоянiи.

Питуитринъ былъ впрыснуть во время родовъ однажды, въ 8 ч. 26 мин., въ количествѣ 1 куб. сант. Черезъ 5 мин. послѣ впрыскиванiя начались типичныя „Pituitrinwehen“: давленiе во время схватокъ поднялось съ 63,2 милл. (вычислено за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванiя) до 91,4 милл. (среднее изъ наблюденiй въ теченiе 20 мин. послѣ начала дѣйствiя питуитрина), давленiе во время паузъ—съ 30,5 милл. до 37,4 милл., собственное давленiе во время схватокъ (относительное давленiе)—съ 32,7 милл. до 54 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 34,8 сек. до 9,2 сек., продолжительность схватокъ—съ 113,5 сек. до 88 сек.

Наблюденiе 45 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26522/431).

В. Л.—на постувила въ Родильное Отдѣленiе 20IV 1912 г., въ 3 ч. 10 мин. дня, съ начавшеюся родовой дѣятельностью. Роженица—замужняя женщина, 20 л., первородящая. Въ дѣтствѣ перенесла почти всѣ дѣтскiя болѣзни (жорь, скарлатину, дифтеритъ). Первые месяцы Л-на получила 15 л., типъ ихъ установился несразу; установившись, ерови приходили черезъ 3—4 нед., продолжались 3 дня, съ болями въ первые дни. Послѣднiя регулы были

15/VII 1911 г. Беременность протекала без особенных осложнений, только в первые месяцы ей беременную мучила значительная тошнота. Родовые боли начались 20/IV в 3 часа ночи.

Размеры живота: окружность—88 сант., расстояние от лобка до пупка—20 сант., лобка до меча—35 сант., высота дна матки над лонным сочленением—26 сант. Размеры таза: D. Sp.—22¹/₂ сант., D. Ст.—26 сант., D. Тг.—29 сант., Conj. ext.—18 сант.

Грудь, наружные половые органы и промежность нормальны. Рост, весь, телосложение и питание роженницы отклонены от нормы не представляются. Наружное исследование: спинка плода обращена вправо и вперед, предлежит головка (I черепное, передний вид); сердцебиение плода (140 ударов в минуту) ясно выслушивается слева ниже пупка. Внутреннее исследование: зев открыт на 2 пальца, шейка не сглажена, пузырь цель, хотя из половых частей непрерывно выходят небольшими порциями околоплодная жидкость. Т°—37°. П.—96. Д.—30. В мочѣ бѣлка нѣтъ.

Наблюдение с тонодинамометромъ начато 21/IV в 1 часе. 20 мин., при открытии зева на 2 пальца. Пузыри цель, схватки очень слабы. Наблюдение без питумтрина продолжалось 40 мин.

Тонодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Паузы.					Схватки гезр. потуги.					Время наблюденія.	Паузы.					Схватки гезр. потуги.				
	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжительность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.			
Барабанъ № 1.																					
1 ч. 20 м.	—	с. 540	50	150	106	—	—	22 „	23 „	19	56	65	136	—	—	—	—	—			
— 31 „	30 „	535	50	166	94	—	—	23 „	47 „	6,5	60	71 ¹ / ₂	129	—	—	—	—	—			
— 43 „	11 „	349	48	133	59	—	—	25 „	5 „	6,5	65	65	129	—	—	—	—	—			
— 51 „	13 „	317	47	160	86	—	—	26 „	16 ¹ / ₂ „	6,5	66	104	141	—	—	—	—	—			
— 59 „	10 „	50	48			—	—	28 „	7 „	7	64	82	142	—	—	—	—	—			
2 ч.	Смѣна барабана.																				
Барабанъ № 2.																					
2 ч. 7 м.	—	с. 151	46	178	94	—	—	32 „	37 „	19	60	104	133 (138)	—	—	—	—	—			

2 ч. 34 м. 40 с. 19 55 71 $\frac{1}{2}$ 138 (148)
— 36 „ 10 $\frac{1}{2}$ „ 13 58 71 $\frac{1}{2}$ 132 (130)
— 37 „ 35 „ 13 57 71 $\frac{1}{2}$ 132 (144)
— 38 „ 59 $\frac{1}{2}$ „ 30 59 71 $\frac{1}{2}$ 132 (150)
— 40 „ 41 „ 13 60 78 118 —
— 42 „ 12 „ 26 55 78 $\frac{1}{2}$ 136 (143)
— 43 „ 56 „ 19 54 71 $\frac{1}{2}$ 127 (136)
— 45 „ 26 $\frac{1}{2}$ „ 19 56 78 122 (135)
— 47 „ 3 $\frac{1}{2}$ „ 19 53 98 136 (150)
— 49 „ $\frac{1}{2}$ „ 23 55 98 130 (158)
— 51 „ 1 $\frac{1}{2}$ „ 23 59 81 $\frac{1}{4}$ 124 (144)
— 52 „ 46 „ 26 56 81 122 (152)
— 54 „ 33 „ 26 52 98 128 (152)
— 56 „ 37 „ 19 54 4

2 ч. 57 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 3.

3 ч. 5 м. — с. 10 53 104 120 (144)
— 6 „ 54 „ 31 60 94 126 —
— 8 „ 59 „ 18 62 94 112 (118)
— 10 „ 51 „ 18 58 99 122 (144)
— 12 „ 48 „ 24 55 81 116 166
— 14 „ 33 „ 27 58 112 114 168
— 16 „ 52 „ 31 58 73 110 162
— 18 „ 36 „ 31 58 118 106 208
— 21 „ 5 „ 18 57 87 112 210

3 ч. 22 м. 50 с. 36 57 112 104 192
— 25 „ 18 „ 36 57 87 104 192
— 27 „ 21 „ 63 53 85 120 127
— 29 „ 49 „ 18 58 81 104 204
— 31 „ 28 „ 24 62 94 114 214
— 33 „ 26 „ 31 62 68 126 204
— 35 „ 5 „ 18 67 87 106 190
— 36 „ 50 „ 24 68 69 100 184
— 38 „ 23 „ 18 67 75 108 179
— 39 „ 56 „ 18 68 75 106 175
— 41 „ 29 „ 48 67 48 108 184

3 ч. 43 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 4.

3 ч. 45 м. — с. — — 58 — —
— 45 „ 58 „ 7 68 72 106 188
— 47 „ 17 „ 26 69 65 104 180
— 48 „ 48 „ 32 69 98 100 182
— 50 „ 58 „ 26 62 98 110 202
— 53 „ 2 „ 26 62 72 106 202
— 54 „ 40 „ 52 62 85 118 198
— 56 „ 57 „ 52 60 91 116 214
— 59 „ 20 „ 19 64 85 114 122
4 ч. 1 „ 4 „ 52 62 78 116 128
— 3 „ 14 „ 32 62 74 — 142

4 ч. 5 м. Роды.

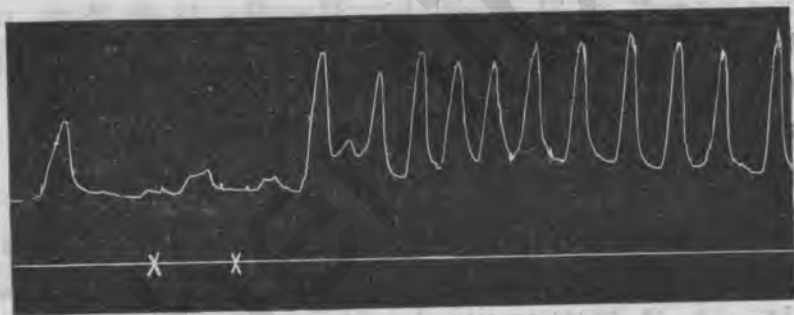
Ребенокъ родился 21/IV въ 4 ч. 5 мин. дня. Последъ вышелъ произвольно черезъ 30 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 37 час. 35 мин.: I періодъ продолжался 36 ч. 5 мин., II періодъ—1 часъ и III періодъ—30 мин.

Ребенок—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ въ 3040 грм., длиною въ 53 сант., родилась безъ асфиксiи. Вѣсъ послѣда—500 грм., его размѣры— 18×20 сант.; длина пуповины—62 сант.

Послѣродовой періодъ—безъ всякихъ осложненій. Мать и ребенокъ описаны въ здоровомъ состояніи на 6-й день.

Питуитринъ былъ вприснутъ во время родовъ два раза, съ промежуткомъ въ 3 мин., въ количествѣ 1, 2 куб. сант. (0,3 куб. сант. въ 2 ч. 13 мин. и 0,9 куб. сант. въ 2 ч. 16 мин.). Дѣйствіе его началось приблизительно чрезъ 6 мин. послѣ первой инъекціи и черезъ 3 мин.—послѣ второй ясно выраженнымъ Wehensturm'om (см. кривую № 17).

Кривая № 17.



Среднее давленіе во время схватокъ послѣ вприскиванія поднялось съ 100 милл. (вычислено за промежутокъ времени въ 20 мин. до вприскиванія) до 133,5 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 50 милл. до 59,9 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 50 милл. до 73,6; продолжительность паузъ уменьшилась съ 537,5 сек. до 15,4 сек., продолжительность схватокъ—съ 158 сек. до 76,6 сек. Къ концу часа послѣ начала дѣйствія питуитрина давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 114,2 милл. (въ теченіе слѣдующихъ 20 мин.—109,5 милл.), давленіе во время паузъ—57,5 милл. (—63,5 милл.), относительное давленіе—56,7 милл. (—46 милл.), продолжительность паузъ—25,4 сек. (—28,4 сек.), продолжительность схватокъ—97,4 сек. (—76,9 сек.).

Наблюденіе 46 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26321/433).

А. 3—ва, 23 л., I—рата, по профессіи горничная, поступила въ Родильное Отдѣленіе 20/IV 1912 г. въ 10 ч. 35 м. утра съ начинавшейся родовой дѣятельностью. Первые схватки у 3—вой появились на 16 году, установились несразу, проходили потомъ черезъ 3 нед., продолжались по 3—7 дней, съ болями внизу живота передъ мѣсячными. Последние регулы были 7/VI 1911 года. Въ началѣ беременности была сильная рвота, а во второй половинѣ беременности—сильныя отеки на ногахъ. Родовыя боли начались 20/IV въ 6 ч. утра.

Размѣры живота: окружность—99 сант.; разстояніе отъ лобка до пупка—17 сант., отъ лобка до мечевиднаго отростка—27 сант.; высота дна матки надъ леномъ—31 сант. Размѣры таза: D. Sp.—25 сант., D. Cr.—27 сант., D. Tr.—31 сант., Conj. ext.—19 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Грудь, наружныя половыя органы и промежность нормальны. Наружное исследование: спинка плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ). Внутреннее исследование: маточная шейка на сглажена, зѣвъ открытъ на 2½ пальца, пузырь цѣль; сердцебіеніе ребенка (140 ударовъ въ минуту) выслушивалось ниже пупка, слѣва отъ средней линии. Т.—36,7°. П.—79. Д.—28. Бѣлка въ мочѣ не найдено.

Наблюденіе съ тонометромъ начато 20/IV въ 11 ч. 37 м. дня при цѣломъ пузырьѣ и открытій зѣва на 3 пальца. Наблюденіе безъ раздраженія питuitрина продолжалось 42 мин.

Тонодинамометрическія наблюденія.

Время наблюденія.	Наузы. Схватки ср. потуги.				Время наблюденія.	Наузы. Схватки гесп. потуги.						
	Продолжительн. ность въ сек.	Давленіе въ милл. Hg.	Продолжительн. ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.		Продолжительн. ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Hg.	Давл. потугъ въ милл. Hg.				
Варабанъ № 1.					11 ч. 43 м. 17 с.	100	38	190	96	—		
11 ч. 37 м. — с.	—	—	40	—	—	48	7	115	39	140	78	—
— 37 „ 40 „	15	36	140	78	—	52	22	100	40	110	76-78	—
— 40 „ 15 „	12	41	30	46	—	55	52	20	40	100	52	—
— 40 „ 57 „	15	42	125	50	—	57	52	60	37	160	80	—

12 ч. 1 м. 32 с. 120 37 190 84 —

— 5 „ 12 „ 130 38 98 74 —

12 ч. 9 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 2.

12 ч. 19 м. — с. — — 47 — —

— 19 „ 47 „ 9 36 90 70 —

— 21 „ 26 „ 54 33 81 109 —

— 23 „ 41 „ 9 40 130 86⁴⁸/₇₂ —

— 26 „ — „ 27 37 130 99⁴⁸/₈₄ —

— 28 „ 37 „ 27 38 90 109⁴⁸/₇₄ —

— 30 „ 34 „ 27 42 59 70 —

12 ч. 32 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 3.

12 ч. 52 м. — с. — — 62 — —

— 53 „ 2 „ 31 44 66 6 —

— 54 „ 39 „ 9 40 195 86 —

— 58 „ 3 „ 21 36 130 90 —

1 ч. — „ 43 „ 120 40 102 90 —

— 4 „ 25 „ 31 38 157 78 —

— 7 „ 33 „ 46 40 168 92 —

— 11 „ 7 „ 41 38 152 78 —

— 14 „ 20 „ 31 40 69 — —

1 ч. 16 м. Смѣна линіи.

Линія 2-ая.

1 ч. 18 м. — с. — — 66 — —

— 19 „ 6 „ 40 32 158 90(98) —

— 22 „ 24 „ 30 34 132 74 —

1 ч. 25 м. 6 с. 39 32 174 84(86) —

— 28 „ 39 „ 79 33 160 84(96) —

— 32 „ 38 „ 82 33 127 70(78) —

— 36 „ 7 „ 26 40 126 66⁴⁸/₈₂ —

— 40 „ 19 „ 26 35 174 82(90) —

— 43 „ 39 „ 21 — — — —

1 ч. 44 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 4.

1 ч. 59 м. — с. — — 162 — —

2 ч. 1 „ 42 „ 36 31 110 54(72) —

— 4 „ 8 „ 28 33 231 90(100)⁴⁸/₈₂ —

— 8 „ 27 „ 16 33 99 80 85) —

— 10 „ 22 „ 16 40 73 60 —

— 11 „ 51 „ 16 35 214 62⁴⁸/₇₈ —

— 15 „ 41 „ 30 38 135 82(92) —

— 18 „ 26 „ 16 34 132 86(104) —

— 20 „ 54 „ 50 32 158 106(111) —

— 24 „ 22 „ 30 32 68 — —

2 ч. 26 м. Смѣна линіи.

Линія 2-ая.

2 ч. 30 м. — с. — — 66 — —

— 31 „ 6 „ 32 30 166 110(138)⁴⁸/₈₂ —

— 34 „ 24 „ 42 32 94 110(122) —

— 36 „ 40 „ 16 35 88 60 —

— 38 „ 24 „ 42 34 108 104(117) —

— 40 „ 54 „ 88 32 127 104(130) —

— 44 „ 29 „ 16 34 176 80 —

2 ч. 47 м. 41 с. 110 32 170 110(130) —

— 52 „ 21 „ 90 34 9 — —

2 ч. 54 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 5.

3 ч. — м. — с. — — 78 — —

— 1 „ 18 „ 117 30 148 104(124) —

— 5 „ 43 „ 20 40 98 96(122) —

— 7 „ 41 „ 12 38 78 116(154) —

— 9 „ 11 „ 7 48 66 108(144) —

— 10 „ 24 „ 7 46 54 110(138) —

— 11 „ 25 „ 8 42 78 118(144) —

— 12 „ 51 „ 4 51 75 91(126) —

— 14 „ 10 „ 3 55 90 110(142) —

— 15 „ 43 „ 4 46 137 98(156) —

— 18 „ 4 „ 12 48 126 98(118) —

— 20 „ 22 „ 15 39 126 106(148) —

— 22 „ 43 „ 20 38 160 108(130) —

— 25 „ 43 „ 40 39 174 98(145) —

— 29 „ 17 „ 43 33 — — —

3 ч. 30 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 6.

3 ч. 38 м. — с. — — 54 — —

— 38 „ 54 „ 60 32 172 120 155

— 42 „ 46 „ 21 36 162 94 130

— 45 „ 49 „ 40 36 216 50 136

— 50 „ 5 „ 40 37 216 106 141

— 54 „ 21 „ 40 36 108 108 160

3 ч. 56 м. 49 с. 21 40 118 92 126

— 59 „ 8 „ 27 36 189 98 160

4 ч. 2 „ 44 „ 54 38 189 110 145

— 6 „ 47 „ 10 38 124 18 150

— 9 „ 1 „ 16 38 151 94 131

— 11 „ 48 „ 21 38 108 94 132

— 13 „ 57 „ 16 37 107 — —

12 ч. 14 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 7.

4 ч. 25 м. — с. — — 105 — —

— 26 „ 45 „ 15 34 180 84 130

— 30 „ — „ 30 32 150 74 128

— 33 „ — „ 60 34 120 92 162

— 36 „ — „ 75 34 240 74(80) 140

— 41 „ 15 „ 15 35 180 82 94

— 44 „ 30 „ 60 32 105 94 132

— 47 „ 15 „ 120 38 45 — —

4 ч. 50 м. Смѣна барабана.

Барабанъ № 8.

5 ч. 2 м. — с. — — 141 — —

— 4 „ 21 „ 60 30 150 84 123

— 7 „ 51 „ 21 32 90 80 128

— 9 „ 42 „ 66 36 150 86 140

— 13 „ 18 „ 120 32 135 78 104

— 17 „ 33 „ 60 40 150 88 140

— 21 „ 3 „ 60 35 180 70 130

— 25 „ 3 „ 60 32 57 — —

5 ч. 27 м. Смѣна барабана.

Барabanъ № 9.	5 ч. 53 м. 40 с.	15	32	60	100	136
5 ч. 38 м. — с.	90	30	195	100(160) ⁸⁰ / _{св}	—	54 „ 55 „ 36 30 93 104 148
— 42 „ 45 „	30	28	75	100	175	— 57 „ 4 „ 30 32 50 96 154
— 44 „ 30 „	86	32	75	94	148	— 58 „ 24 „ 9 36 60 86 116
— 46 „ 21 „	25	30	60	94	162	— 59 „ 33 „ 30 33 90 96 178
— 47 „ 46 „	15	34	75	82	146	6 ч. 1 „ 33 „ 30 36 57 — —
— 49 „ 16 „	24	30	105	102	176	6 ч. 3 м.
— 51 „ 25 „	60	29	75	100	178	

Ребенокъ родился 20/IV въ 10 ч. 30 мин. веч. Послѣдъ вышелъ самостоятельно въ 11 час. вечера. Разрывъ промежности. Зашивание разрыва. Продолжительность родового акта равнялась 17 час.: I периодъ продолжался 15 час., II периодъ—1 ч. 30 мин. и III периодъ—31 мин.

Ребенокъ—дѣвочка, доношенная, вѣсомъ яч 3880 грм., при длинѣ въ 53 сант., родилась безъ асфикіи; вѣсъ послѣда—600 грм., его размѣры—18×19 сант., длина пуповины—60 сант.

Послѣродовой периодъ въ общемъ протекъ безъ осложнений. Промежность срослась первымъ натяженіемъ. На 6-й день ребенокъ и мать выписаны въ здоровомъ состояніи.

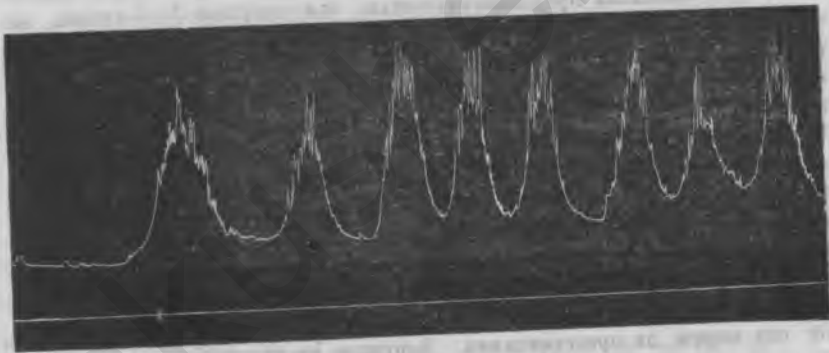
Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ три раза: въ 12 ч. 19 мин. въ количествѣ 0,9 куб. сант., въ 2 ч. 1 мин.—0,9 куб. сант. и въ 4 ч. 6 мин.—0,6—0,5 куб. сант. Послѣ всѣхъ впрыскиваній наступало усиленіе родовой дѣятельности, причемъ послѣ первой инъекціи эффектъ послѣдовалъ черезъ 2 мин., послѣ второй—черезъ 3 мин. и послѣ третьей—черезъ 2 мин. До впрыскиванія питуитрина среднее давленіе во время схватокъ за промежутокъ времени въ 20 мин. равнялось 68,2 милл., давленіе во время паузъ—39,2 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—29,1 милл., продолжительность паузъ—54,6 сек., продолжительность схватокъ—116,4 сек. Послѣ перваго впрыскиванія родовая дѣятельность усилилась почти тотчасъ же, сохраняя, однако, свой нормальный типъ: давленіе во время схватокъ (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина) поднялось до 83 милл., давленіе во время паузъ—38,2 милл., соотвѣтственно поднялось и отно-

сительное давление (до 44,8 милл.); продолжительность схваток уменьшилась до 80 сек., причем онъ, въ виду значительнаго укороченія паузъ (28,8 сек.), стали наступать почти вдвое чаще. За вторыя и третьи 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давление во время схватокъ оказалось равнымъ 82—80,4 милл., во время паузъ—40—32,7 милл., относительное давление—42—47,7 милл., продолжительность схватокъ—139,8—141,4 сек., продолжительность паузъ—42,7—46 сек.

Послѣ второй инъекціи питуитрина родовая дѣятельность усилилась по тому же типу, какъ и въ первый разъ: давление во время схватокъ равнялось 81,8 милл. (за вторыя 20 мин. съ начала дѣйствія—92,8 милл.), давление во время паузъ—34,7 милл. (—32,7 милл.), относительное давление—47,1 милл. (—60,1 милл.), продолжительность схватокъ—119,4 сек. (127,2 сек.), продолжительность паузъ—24,8 сек. (—49,4 сек.).

Черезъ 1 ч. 5 мин. послѣ второго впрыскиванія питуитрина было сдѣлано третье, какъ разъ въ періодъ „переходныхъ“ схватокъ. Черезъ 2 мин. послѣ инъекціи наступили типичныя Pituitrinwehen (см. кривую № 18).

Кривая № 18.



На этотъ разъ продолжительность паузъ въ первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина сократилась очень сильно, благодаря наступившимъ бурнымъ схваткамъ (Sturmpwehen): въ среднемъ паузы стали длиться лишь по $\frac{1}{4}$ мин.; продолжительность схватокъ равнялась 105,8 сек., причемъ давление во время схватокъ поднялось до 105,5 милл., давление во

время пауз равнялось 44 милл., относительное давление—61,5 милл. За вторые 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина давление во время схватокъ оказалось равнымъ 101,6 милл., во время пауз—36,1 милл., относительное давление—65,5 милл., продолжительность схватокъ—165,3 сек., продолжительность пауз—35,5 сек. Въ дальнѣйшемъ родовая дѣятельность стала ослабѣвать, такъ что концу второго часа послѣ впрыскиванія питуитрина давление во время схватокъ равнялось 85,3—81 милл., во время пауз—35,5—34,1 милл., относительное давление—51,7—46,9 милл., продолжительность пауз—42,5—64,5, продолжительность схватокъ—147—142,5 сек.

Наблюденіе 47 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26564/176).

Е. А—ва, 25 л., VI—рага, поступила въ Родильное Отдѣленіе 1/ч 1912 г. въ 5 ч. веч. съ начавшейся родовой дѣятельностью. Роженица—русская, крестьянка, принадлежитъ къ рабочему классу. Отъ природы половая сфера роженицы, повидимому, была нормальной. Первые регулы наступили на 18 году, установились сразу, приходили черезъ 4 нед., продолжались по 7 дней, были безболѣзненны. Полднія мenses въ августѣ 1911 года. Изъ предшествовавшихъ беременностей только двѣ (1 и 4-ая) были доношенны до конца, а всѣ остальные кончились выкидышами (на 1—3 мѣс). Въ анамнезѣ есть указанія на гоноррею. Течение предшествовавшихъ родовъ отличалось особенной продолжительностью: они тянулись 3—4 сутокъ. Къ оперативному пособію, впрочемъ, прибѣгать не приходилось. Последніе роды—2 года назадъ. Въ послѣродовомъ періодѣ отмѣчена лихорадка и знобы. Въ первую половину настоящаго беременности наблюдались рвота и тошнота, а во вторую—судороги въ ногахъ. Родовымъ боли начались 1/ч въ 10 ч. утра.

Размѣры живота: окружность—97 сант., разстояніе отъ лобка до пупка—21 сант., отъ лобка до мечевиднаго отростка—38 сант.; высота дна матки надъ лоннымъ сочлененіемъ—26 сант. Размѣры таза: D. Sp.—24 сант., D. Сг.—26½, сант., D. Тг.—30 сант., Conj. ext.—17,5 сант.

Грудь, наружные половые органы нормальны; живота старый разрывъ промежности и varices. Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе отклоненны отъ нормы не представляютъ. Наружное изслѣдованіе: спина плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (1 черепное, передній видъ); сердцебиеніе плода (130 ударовъ въ минуту) ясно выслушивается слѣва отъ средней линіи, ниже пупка. Внутреннее изслѣдованіе: маточная шейка не смягчена, очень ригидна, зѣвъ открытъ на 2 пальца, пузырь цѣль, предлежитъ головка и ручка. Т°.—36,6°. П.—60. Д.—24. Вѣска въ мочѣ нѣтъ.

Наблюденіе съ токознакометромъ начато 4/ч въ 7 ч. 58 м. вечера, при цѣломъ пузырьѣ, открытіи зѣва на 2 пальца и подвижной головкѣ. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 44 мин.

Товодинамометричеснія наблюденія.

Время наблю- денія.	Наузы.			Схватки гесп. потуги.		
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
Барабанъ № 1						
7 ч. 58 м. — с.	—	—	48	—	—	—
— 58 „ 48 „	432	17	78	64	—	—
8 ч. 7 „ 18 „	240	27	108	56 ⁴⁰	56	—
— 13 „ 6 „	138	24	108	62	—	—
— 17 „ 12 „	180	25	78	80	—	—
— 21 „ 30 „	36	6	78	50	—	—
— 23 „ 24 „	24	17	60	34	—	—
— 24 „ 48 „	18	0	48	40	—	—
— 25 „ 24 „	15	18	84	60	—	—
— 27 „ 33 „	54	19	78	26	—	—
— 29 „ 45 „	24	18	150	70	—	—
— 32 „ 39 „	150	18	78	78	—	—
— 36 „ 27 „	120	20	90	57	—	—
— 39 „ 57 „	123	20	—	—	—	—
8 ч. 42 м.	Смѣна барабана.					
Барабанъ № 2.						
8 ч. 46 м. — с.	—	—	57	—	—	—
— 46 „ 57 „	86	16	129	60	—	—
— 50 „ 32 „	14	26	86	110	—	—
— 52 „ 12 „	7	64	50	87	—	—
— 53 „ 9 „	7	72	72	114	—	—
Время наблю- денія.	Наузы.			Схватки гесп. потуги.		
Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
8 ч. 54 м. 28 с.	7	102	25	110	—	—
— 55 „ — „	3	100	25	106	—	—
— 55 „ 28 „	3	103	57	111 ¹⁰⁶	112	—
— 56 „ 28 „	10	103	40	111	—	—
— 57 „ 18 „	7	103	21	107	—	—
— 57 „ 46 „	7	102	43	113	—	—
— 58 „ 36 „	3	92	10	99	—	—
— 58 „ 49 „	3	92	10	99	—	—
— 59 „ 2 „	28	92	43	106	—	—
9 ч. — „ 13 „	7	83	86	105/117	—	—
— 1 „ 46 „	7	84	103	109 ⁸⁸	106	—
— 3 „ 36 „	21	85	81	109	—	—
— 5 „ 18 „	10	77	67	104	—	—
— 6 „ 35 „	21	65	81	94	—	—
— 8 „ 17 „	21	56	103	82	—	—
— 10 „ 21 „	21	56	134	82	—	—
— 12 „ 56 „	21	43	120	94	—	—
— 15 „ 17 „	57	26	157	97	—	—
— 18 „ 50 „	28	21	120	104	—	—
— 21 „ 18 „	28	21	96	105	—	—
— 32 „ 22 „	21	21	96	99	—	—
— 25 „ 19 „	21	22	96	100	—	—
— 27 „ 16 „	28	36	96	93	—	—

ч. 29 м. 20 с. 48 25 103 92 —	Барабанъ № 1.
— 31 „ 46 „ 28 23 103 102 —	10 ч. 54 м. — с. — — 96 — —
— 33 „ 57 „ 43 24 80 90 —	— 55 „ 36 „ 42 21 190 92 —
9 ч. 36 м. Барабанъ № 3.	— 58 „ 18 „ 18 23 102 78 (83)
9 ч. 47 м. 43 с. 14 18 74 99(102)	11 ч. — „ 18 с. 12 28 156 82 (85)
— 49 „ 11 „ 18 22 81 — —	— 3 „ 6 „ 48 22 90 100 (104)
— 50 „ 50 „ 16 19 67 104 —	— 5 „ 24 „ 6 30 102 56 —
— 52 „ 13 „ 10 27 67 109 —	— 7 „ 12 „ 12 24 102 84 (57)
— 53 „ 30 „ 7 31 76 110(113)	— 9 „ 6 „ 120 20 102 100 (107)
— 54 „ 53 „ 21 30 84 119 (122)	— 12 „ 48 „ 6 28 72 52 —
— 56 „ 38 „ 14 31 88 106 (108)	— 14 „ 6 „ 6 35 150 96 (99)
— 58 „ 20 „ 7 28 96 114 (117)	— 16 „ 42 „ 72 20 168 100(102) ²¹ 66
10 ч. — „ 3 „ 10 26 117 107 —	— 20 „ 42 „ 18 20 144 64 (69)
— 2 „ 10 36 21 88 117 (122)	— 23 „ 24 „ 12 144 88 — —
— 4 „ 14 „ 21 22 110 06 (110)	— 26 „ 12 „ 30 21 168 96 —
— 6 „ 25 „ 17 24 124 103 (109)	— 29 „ 30 „ 102 20 246 103(109) ²⁸ 60 ²⁷ 60
— 8 „ 46 „ 36 20 74 115 (118)	— 35 „ 18 „ 90 20 240 103 (105) ²⁷ 70 75) — 74
— 10 „ 36 „ 7 27 160 90 (93)	— 40 „ 48 „ 102 20 90 — —
— 13 „ 23 „ 36 21 108 104 (107)	11 ч. 44 м. Сѣйна барабана.
— 15 „ 47 „ 108 20 100 112 —	Барабанъ № 5.
— 19 „ 15 „ 14 12 108 104 (110)	12 ч. 5 м. — с. 42 20 96 91 (95)
— 21 „ 17 „ 79 21 100 110 (114)	— 7 „ 18 „ 24 20 166 68 ⁵⁴ 60
— 24 „ 16 „ 21 25 100 88 (91)	— 10 „ 28 „ 24 18 108 88 (94)
— 26 „ 17 „ 36 23 93 94 (98)	— 12 „ 40 „ 24 23 132 99 —
— 28 „ 26 „ 21 25 172 88 (90)	— 15 „ 46 „ 24 21 156 98 —
— 31 „ 39 „ 36 20 100 99 (103)	— 18 „ 16 „ 90 22 120 108/92 ³⁰ 63
— 33 „ 55 „ 36 21 89 — —	— 21 „ 46 „ 12 25 129 78 —
10 ч. 36 м. Сѣйна барабана.	— 23 „ 58 „ 15 19 168 83 —

12 ч. 27 м.	1 с.	60	16	180	99 (103)	—	40	„	19	„	90	22	360	102 ³⁰ 60 ⁸² 99
— 31 „	1 „	18	24	360	102 ²⁹ 52 ²⁸	—	47	„	49	„	60	63	71	—
— 37 „	19 „	60	22	120	94 (105)	12 ч. 50 м.								

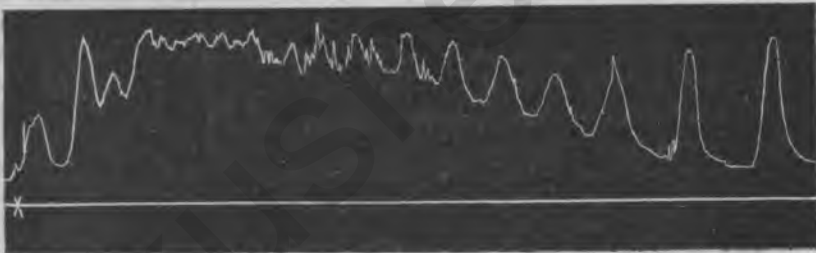
Ребенок родился 5/у в 8 ч. 50 мин. утра. Послѣдъ выдѣлился самостоятельно в 9 час. утра. Общая продолжительность родовъ равнялась 95 час.: I періодъ продолжался 94 часа, II періодъ—50 мин. и III періодъ—10 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3500 грм., длиною въ 50 сант., родился безъ асфиксіи. Вѣсъ послѣда—650 грм., его размѣры—18-19 сант.; длина пуповины—43 сант.

Послѣродовой періодъ нормальный, безъ всякихъ осложнений. На 6-й день и мать, и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи.

Питуитринъ былъ вприснутъ во время родовъ два раза, съ часовымъ промежуткомъ, въ количествѣ 0,9 и 0,9 куб. сант. Приблизительно черезъ 4 мин. послѣ перваго вприскиванія началось тетаническое сокращеніе матки, продолжавшееся около 24 мин. (см. кривую № 19).

Кривая № 19.



Сердцебиеніе ребенка на высотѣ тетаническаго сокращенія выслушивалось въ количествѣ 100 ударовъ въ минуту, послѣ окончанія tetanus'a оно постепенно выровнялось до нормы. Во время этого тетаническаго сокращенія среднее давленіе во время паузъ, если за таковыя считать небольшія колебанія давленія въ сторону его пониженія, повысилось съ 19,5 милл. (среднее давленіе за промежутковъ времени въ 20 мин. передъ вприскиваніемъ) до 85 милл., давленіе во время схватокъ—съ 51,8 милл. до 102,9 милл. (доходило до 114

милл.), относительное давление понизилось почти вдвое—съ 32,3 милл. до 17,9 милл.; средняя продолжительность паузъ уменьшилась съ 62,6 сек. до 10,7 сек., продолжительность схватокъ—съ 83,2 сек. до 47,9 сек. Въ дальнѣйшемъ родовая дѣятельность приняла правильный ритмическій характеръ, причѣмъ давление во время схватокъ оказалось равнымъ 96,2 милл., во время паузъ—25,4 милл., относительное давление—70,8 милл., продолжительность схватокъ—113 сек., продолжительность паузъ—30,5 сек.

Послѣ второго впрыскиванія черезъ 3 мин. начался Wehensturm, длившійся 8 мин.; затѣмъ схватки приняли нормальный физиологическій характеръ. Среднее давление во время схватокъ, высчитанное за нѣсколько промежутковъ времени въ 20 мин., оказалось равнымъ 110—98—80,5—86 милл., давление во время паузъ—26—22,5—25,7—20,3 милл., относительное давление—84—75,5—54,8—65,7 милл., продолжительность схватокъ—90—119—105,7—151,5 сек., продолжительность паузъ—16,9—43,8—30—56 сек.

Наблюденіе 48 (Лихач. Род. Отд., 1912 г., № 26558/470).

М. Б—ва, 36 л., I-рага, замужняя, жена швейцара, поступила въ Родильное Отдѣленіе 29/IV 1912 г. въ 3 ч. 40 м. дня, для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ по поводу некомпенсированнаго порока сердца (Insufficiencia valv. mitralis). Роженица низкаго роста, правильнаго телосложенія, удовлетворительнаго питанія. Въ дѣтствѣ никакими заболеваниями, кромѣ кори, не страдала. Перми регулы получила на 16 году, типъ ихъ установили сразу, а именно, черезъ 4 нед. по 5 дней, при томъ крови приходили совершенно безъ болей. Последнія мензесъ были въ концѣ августа 1911 года. Первое движеніе ребенка замѣтила въ началѣ января.

Размѣры живота: окружность—89 сант., расстояние отъ лобка до пупка—18 сант., отъ лобка до меча—30 сант.; высота дна матки надъ лоннымъ—27 сант. Размѣры таза: D. S.—24 сант., D. Cr.—26 сант., D. Tr.—29 сант., Conj. ext.—17 $\frac{1}{2}$ сант.

Груди нормальны; наружные половые органы и промежность сильно отечны. Наружное изслѣдованіе: спинка плода опредѣляется справа и спереди, предлежитъ головка (II черепное, передній видъ); сердцебиеніе ребенка (145 ударовъ въ минуту) выслушивается ясно ниже пупка, справа отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: влагалищная часть сформирована, шейка закрыта. Т°.—36,7. Ц.—80. Д.—38. Въ мочѣ имѣется бѣлокъ (0,6‰ по Essbach'у).

Въ виду некомпенсированнаго порока сердце было рѣшено сдѣлать искусственные преждевременные роды. Предварительно были сдѣланы на-сѣчки на большихъ половыхъ губахъ. 30/IV въ 12¹/₂ ч. дня вставленъ бужъ по Krause. Мочи 480,0, бѣлка (0,6‰). Digitalis. 2/IV бужъ удаленъ, введенъ кольпейринтеръ. Больная жалуется на головную боль. Мочи 510, бѣлка — тоже количество: 3/IV въ 2 ч. дни кольпейринтеръ вышелъ. При внутреннемъ исследованіи, зѣвъ открытъ на 2¹/₂ пальца, шейка не сглажена, голова подвижна. Головная боль. Мочи 450,0, бѣлка—0,6‰. На слѣдующій день открытіе только на 1¹/₂—2 пальца, схватки выражены слабо. Chinin по 0,3 нѣсколько разъ весь день. Ванна. Родовая дѣятельность in statu quo. Рѣшено было выпрыснуть нитугитринъ, причемъ заранѣе была оговорена возможность тетаническаго сокращенія матки въ виду рѣзко выраженной ригидности шейки, что при небольшомъ открытіи зѣва у первородящихъ и при цѣломъ пузырь являлось почти неизбежнымъ.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 5/IV въ 10 ч. 30 м. дня. Пузырь цѣлъ, зѣвъ открытъ на 2 пальца, шейка не сглажена, очень ригидна.

Токодинамометрическое наблюденіе пришлось кончить въ 1 ч. 15 м. дня въ виду того, что кольпейринтеръ вышелъ изъ матки въ рукавъ. Приблизительно черезъ часъ послѣ того у роженицы наблюдался первый приступъ эклампси, за которымъ скоро послѣдовали новыя приступы, что заставило быстро кончать роды. При исследованіи было найдено: зѣвъ открытъ на 4 пальца, пузырь напряженъ, голова подвижна. Предварительно было сдѣлано (д—ръ В. Н. Агафоновъ) подъ общимъ хлороформнымъ наркозомъ расширеніе зѣва пальцами, послѣ чего разорванъ пузырь, и произведенъ поворотъ сначала на одну ножку, а затѣмъ и на другую ножку. При извлеченіи плода за тазовый конецъ запрокинутыя руки съ большимъ трудомъ были освобождены при помощи тупого крючка. Благодаря ригидности зѣва, служенію таза, а также и довольно объемистой головкѣ, послѣдняя не могла пройти черезъ тазовый входъ, почему пришлось прибѣгнуть къ перфорациі послѣдующей головки мертваго ребенка. Разрывъ промежности 2 степени. Зашиваніе разрыва. Матка промыта 2‰ растворомъ ас. carbolicі. Ребенокъ извлеченъ 5/IV въ 4 ч. 48 мин. дня. Послѣдъ вышелъ самостоятельно въ 5 ч. 15 м. дня. Кровотеченія не было. Эclamptическіе приступы больше не повторялись.

Ребенокъ — дѣвочка, недоношенная, вѣсъ ея — 2575 грм. (безъ мозга), длина—45 сант. Вѣсъ плаценты—600 грм., ея размѣры—18-19 сант.; длина—пуповины 43 сант.

Послѣродовой періодъ протекъ безъ всякихъ осложненій. Въ первые дни послѣ родовъ моча выдѣлялась въ нормальномъ количествѣ, бѣлка—0,6‰. Промежность срослась рег ргітамъ. Роженица выписана въ здоровомъ состояніи на 7-й день.

Термодинамометрические наблюдения.

Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гевр. погум.				Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гевр. погум.				
	Продолжитель- ность въ сел. Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сел. Давл. съмотель въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сел. Давл. съмотель въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сел. Давл. погумъ въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сел. Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сел. Давл. съмотель въ милл. Нг.		Продолжитель- ность въ сел. Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сел. Давл. съмотель въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сел. Давл. погумъ въ милл. Нг.				
Барabanъ № 1.							11 ч. м. 26 18 с.	7 89	90 64	134 (150)				
10 ч. 30 м. — с.	—	—	84	—	—	—	— 27 „ 29 „	3 118	57 147	(162)				
— 31 „ 24 „	102	—	120	—	—	— 28 „ 29 „	7 124	80 140	(160)					
— 35 „ 6 „	36 144	—	—	—	—	— 29 „ 56 „	3 120	60 132	(147)					
— 38 „ 6 „	42 156	—	—	—	—	— 30 „ 59 „	7 118	540	Даальше идетъ наденіе давле- нія постепенно до 118 милл.					
— 41 „ 24 „	60 96	—	—	—	—	— 40 „ 6 „	7 78	86 95	(108)					
10 ч. 44 м. Смѣна линія.						— 41 „ 39 „	7 78	223 86	(100)					
Линія 2-ая.						— 45 „ 29 „	7 82	163 94	(100) ⁸¹ 94(110)					
10 ч. 55 м — с.	30 42	132 94	(122)			— 48 „ 19 „	7 70	140 96	(110)					
— 57 „ 42 „	42 43	90 108	(132)			— 49 „ 46 „	10 67	88 116	(123)					
— 59 „ 54 „	36 60	102 98	(108)			— 51 „ 24 „	10 56	72 116	(150)					
11 ч. 2 „ 12 „	24 41	120 94	(113)			— 52 „ 46 „	14 62	93 106	(114)					
— 4 „ 36 „	12 40	120 104	(120)			— 54 „ 33 „	10 58	72 107	(110)					
— 6 „ 48 „	12 42	120 94	(108)			— 55 „ 55 „	10 56	82 104	(108)					
— 9 „ — „	12 44	114 92	(108)			— 57 „ 27 „	10 53	72 130	(142)					
— 11 „ 6 „	60 39	120 110	(144)			— 58 „ 44 „	10 64	86 96	(110)					
— 14 „ 6 „	54 39	— —	—			12 ч. — „ 25 „	7 50	79 108	(138)					
11 ч. 15 м. Смѣна барабана.						12 ч. 1 м. 51 с.	10 48	86 110	(132)					
Барabanъ № 2.						— 3 „ 27 „	7 52	67 90	(134) ⁸⁹ 90(108)					
11 ч. 23 м. — с.	— —	112 106	(114)			— 4 „ 41 „	10 52	165 96	(112) ⁸⁹ 89/99					
— 24 „ 52 „	14 44	72 100	116— 123			— 7 „ 36 „	7 50	100 100	(120)					

— 9 „ 23 „ 10 48 163 104 (138) 50110(128)	— 46 „ 24 „ 50 46-45 108 106 (144)
— 12 „ 16 „ 7 43 37 — —	— 49 „ 2 „ 21 47-45 96 106 (134)
12 ч. 13 м. Смѣна барабана.	— 50 „ 59 „ 36 46-45 108 88 ⁶⁰ 98
Барабанъ № 3.	— 53 „ 23 „ 28 45 108 104 (112)
12 ч. 25 м. — с. — — 50 — —	— 55 „ 39 „ 28 43 123 98/115
— 25 „ 50 „ 10 45 194 65 (91) 5098(120)	— 58 „ 9 „ 36 43 108 104 (106)
— 29 „ 14 „ 14 45 110 102 (120)	1 ч. — „ 33 „ 36 43 108 106 (119)
— 31 „ 18 „ 14 46 122 80 (88)	— 2 „ 57 „ 21 43 90 94 (122)
— 33 „ 34 „ 14 44 129 80 (104)	— 4 „ 48 „ 36 43 144 106 (121)
— 35 „ 57 „ 10 46 180 82 (98)	— 7 „ 48 „ 28 38 108 110 (120)
12 ч. 37 м. 55 с. 21 44 122 94 (108)	— 10 „ 42 „ 21 43 81 82 (138)
— 40 „ 18 „ 21 48 86 108 (150)	— 11 „ 46 „ 63 38 73 84 (92)
— 42 „ 5 „ 28 45 108 90 (114)	— 14 „ 1 „ 36 38 23 — —
— 44 „ 21 „ 10 45 113 90 —	1 ч. 15 м. —

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ однажды въ 11 ч. 25 мин. дня въ количествѣ 0,9 куб. сант. Уже черезъ минуту началось тетаническое сокращеніе матки, продолжавшееся не меньше 20 мин (см. кривую № 20).

Кривая № 20.



Сердцебиеніе ребенка пало во время tetanus'a до 90—85 ударовъ въ минуту и долгое время не могло выровняться до

нормы. Давленіе во время тетаническаго сокращенія поднялось съ 100,5 милл. (среднее давленіе за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 119 милл., доходя до 140 даже 147 милл. съ небольшими колебаніями въ сторону пониженія—до 100,8 (среднее изъ такихъ колебаній въ теченіе tetanus'a). Въ теченіе первыхъ 20 мин. послѣ окончанія тетаническаго сокращенія, когда родовая дѣятельность приняла физиологическій характеръ, давленіе во время схватокъ равнялось 108 милл., во время паузъ—55,2 милл. (вмѣсто 42,2 милл., бывшихъ до впрыскиванія), относительное давленіе—52,8 милл. (было 58,3 милл.); продолжительность паузъ уменьшилась съ 31,3 сек. до 9,3 сек., продолжительность схватокъ—съ 114,7 сек. до 88,1 сек. Въ дальнѣйшемъ давленіе во время схватокъ оказалось равнымъ 90,7—103 милл., во время паузъ—45,3—44,3 милл., относительное давленіе—45,4—58,7 милл., продолжительность паузъ—15,7—32,4 сек., продолжительность схватокъ—112,3—100,5 сек.

Наблюденіе 49 (Ануш. Кл., 1913 г., № 3/3).

В. 0—ва, 39 л., XV-рага, жена священника, поступила въ акушерское отдѣленіе Клиникъ 16|IX въ 5 ч. 15 м. вѣч. съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые мenses у 0—вой неявились на 15 году, приходили черезъ 4 нед., по 7 дней, безъ болей. Последняя менструація была 25/XI 1911 г. Всѣ предшествовавшія беременности кончились нормальными своевременными родами, изъ которыхъ первые были 22 года, а послѣдніе—1 г. 5 м. тому назадъ. Послѣродовой періодъ—всегда нормальный. Настоящая беременность протекала безъ всякихъ осложненій. Родовыя боли начались 16|IX въ 7 ч. утра.

Размѣры живота: окружность—108 сант., расстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—43 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—39 сант., надъ пупкомъ—19 сант. Размѣры таза: D. Sp.—26 сант., D. Cr.—27 сант., D. Tr.—30¹/₂ сант., Conj. ext.—20 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительны. Грудь нормальная, на промежности нѣтъ разрывъ отъ прежнихъ родовъ, вагинальныя стѣнки сильно пролабируются. Наружное исследованіе: сфинктеръ ануса обращенъ влѣво и впередъ, предлежитъ головка (1 черепное, передній видъ); сердцебиеніе ребенка выслушивается (140 ударовъ въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее исследованіе: шейка не сглажена, пузырь цѣль, зѣвъ открытъ на 3¹/₂ пальца. Т°.—36,5°. П.—72. Д.—18. Бѣлка въ мочѣ не найдено.

Наблюденіє съ токодинамометромъ начато 16/IX въ 8 ч. 45 м. вечера при открытіи зѣва на $3\frac{1}{2}$ пальца и при цѣломъ пузырѣ. Наблюденіє безъ интуйтрина продолжалось 32 мин.

Токодинамометричеснія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.					Схватки евр. потуги.			Время наблю- денія.	Паузы.					Схватки гевр. потуги.			
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.		Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ ммл. Нг.	Давл. потугъ въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ ммл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ ммл. Нг.
Барабанъ № 1.									9 ч. 46 м.	2 с.	12	50	54	90	—			
8 ч. 45 м. — с.	135	36	120	66	—				— 47 „	8 „	15	50	60	86	—			
— 49 „ 15 „	210	34	116	60	—				— 48 „ 23 „	24 „	42	72	90	—				
— 54 „ 41 „	210	32	110	65	—				— 49 „ 59 „	24 „	46	60	88	—				
9 ч. — „ 1 „	210	30	116	60	—				— 51 „ 23 „	18 „	46	75	86	—				
— 5 „ 27 „	240	28	108	64	—				— 52 „ 56 „	24 „	46	84	80	—				
— 11 „ 15 „	210	26	116	62	—				— 54 „ 44 „	36 „	40	78	104	—				
— 16 „ 41 „	19	26	114,3	60	—				— 56 „ 38 „	36 „	38	84	90	—				
9 ч. 17 м.									— 58 „ 38 „	36 „	39	84	89	(98)				
Барабанъ № 2.									10 ч. — „ 38 „	42 „	38	80	86	—				
9 ч. 30 м. — с.	180	—	82	60	—				— 2 „ 40 „	36 „	37	89	80	(101)				
— 34 „ 22 „	135	26	85	62	—				— 4 „ 45 „	42 „	37	90	78	(98)				
— 38 „ 2 „	18	34	78	90	—				— 6 „ 57 „	42 „	39	85	82	—				
— 39 „ 38 „	12	38	60	92	—				— 9 „ 4 „	38 „	40	86	90	120				
— 40 „ 50 „	18	44	72	84	—				— 11 „ 8 „	32 „	36	72	80	140				
— 42 „ 20 „	12	49	66	80	—				— 12 „ 52 „	30 „	34	72	72	352				
— 43 „ 38 „	12	46	132	86 ⁶⁴ 69					10 ч. 15 м.						Роды.			

Ребенокъ родился 16/IX въ 10 ч. 15 мин. веч. Последъ вышелъ само-
стоятельно черезъ 42 мин. Общая продолжительность родовъ равнялась 15

час. 57 мин.: I периодъ продолжался 15 ч. 10 мин., II периодъ—5 мин. и III периодъ—42 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 4690 грм., длиною въ 55 сант., родился безъ асфиксис. Вѣсъ послѣда—650 грм., его размѣры—15-18 сант., длина пуповины—51 сант.

Послѣродовой периодъ—безъ осложнений. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 6-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ во время родовъ былъ впрыснуть однажды, въ 8 ч. 34 мин., въ количествѣ 1 куб. сант. Черезъ 4 мин. наступило усиленіе схватокъ, причеиъ давленіе во время послѣднихъ поднялось съ 62,8 милл. (вычислено за промежутокъ временъ въ 20 мин. до впрыскиванія) до 88,3 милл. (среднее изъ наблюденій въ теченіе 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина), давленіе во время паузъ—съ 31 милл. до 43,7 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе) съ 31,8 милл. до 44,6 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 202,5 сек. до 18,5 сек., продолжительность схватокъ—съ 114,3 сек. до 70,3 сек.

Наблюденіе 50 (Ануш. Кл., 1912 г., № 22/21).

П. Ч—ва, 22 л., I-рага поступила въ акушерское отдѣленіе Клиники 28/IX 1912 г. въ 3 ч. утра съ начавшейся родовой дѣятельностью. Первые мензесы у Ч—овой появились на 17 году, приходили черезъ 4 нед., по 5—7 дней, безъ болей. Послѣдняя менструація была 24/XII 1911 года. Беременность протекла безъ осложнений. Родовыя боли начались 27/IX въ 8 ч. веч.

Размѣры живота: окружность—101 сант., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—39 сант.; высота дна матки надъ лобкомъ—34 сант., надъ пупкомъ—18 сант. Размѣры таза: D. Sp.—27 сант., D. Ст.—29 сант., D. Тг.—31 сант., Conj. ext.—20 сант.

Ростъ, вѣсъ, тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Груды, наружныя половыя органы и промежность нормальны. Наружное изслѣдованіе: синіея плода обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка (I черепное, передній видъ); сердцебиеніе плода выслушивается (128 ударовъ въ минуту) ниже пупка, слѣва отъ средней линіи. Внутреннее изслѣдованіе: шейка почти сглажена воды сошли дома, зѣвъ раскрытъ на 1½, пальца. Т.°—36,7. П.—80. Д.—28. Въ мочѣ бѣлка не найдена.

Наблюденіе съ токодинамометромъ начато 28/IX въ 4 ч. 30 м. дня при полномъ открытіи зѣва. Наблюденіе безъ питуитрина продолжалось 30 мин.

Тонодинамометрическія наблюденія.

Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гестр. потуги.			Время наблю- денія.	Паузы.		Схватки гестр. потуги.		
	Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.		Продолжитель- ность въ сек.	Давленіе въ милл. Нг.	Продолжитель- ность въ сек.	Давл. схватокъ въ милл. Нг.	Давл. потугъ въ милл. Нг.
Барабанъ № 1.						5 ч. 22 м. 36 с.	12	49	150	95 ⁰⁰	95
5 ч. 30 м. — с.	117	37	120	82	(84)	— 25 „ 18 „	12	43	66	120	(132)
— 33 „ 57 „	215	38	114	86	(92)	— 26 „ 36 „	12	47	72	100	(109)
— 39 „ 26 „	190	37	114	80	(88)	— 28 „ — „	18	45	90	108	(111)
— 44 „ 30 „	225	36	117	88	(92)	— 29 „ 48 „	12	43	90	94	(106)
— 50 „ 12 „	215	36	114	89	(94)	— 31 „ 30 „	30	38	60	120	140
— 55 „ 41 „	225	36	34	—	—	— 33 „ — „	24	44	90	90	160
5 ч.						— 34 „ 54 „	108	40	198	95 ⁰⁰	86 180
Барабанъ № 2.						— 40 „ — „	48	39	144	85	150
5 ч. 12 м. — с.	—	—	180	82	(84)	— 43 „ 12 „	24	38	90	90	160
— 15 „ — „	90	38	150	96	(100)	— 45 „ 6 „	24	37	150	90	180
— 19 „ — „	60	38	78	110	—	— 48 „ — „	80	37	40	—	—
— 21 „ 18 „	12	46	66	97	—	5 ч. 50 м.					Роды.

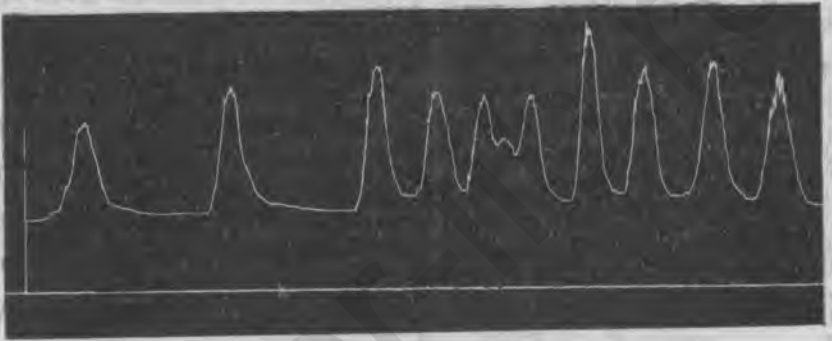
Ребенокъ родился 28/IX въ 5 ч. 50 мин. вечера. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 10 мин. Во время родовъ была сдѣлана двусторонняя энзиотомія. Запихиваніе разрывовъ. Общая продолжительность родовъ равнялась 22 часамъ: I періодъ продолжался 17 ч. 30 м., II періодъ—4 ч. 20 мин. и III періодъ—10 мин.

Ребенокъ—мальчикъ, доношенный, вѣсомъ въ 3580 грм., длиною въ 53 сант., родился безъ асфиксии. Вѣсъ послѣда—600 грм., его размѣры—15-18 сант.; длина пуповины—52 сант.

Въ послѣродовомъ періодѣ—однократное повышеніе t° до 38° на 6-й день послѣ родовъ (задержка лохий). Промежность срослась рег primam. Мать и ребенокъ выписаны въ здоровомъ состояніи на 11-й день послѣ родовъ.

Питуитринъ былъ впрыснутъ во время родовъ одинъ разъ, въ 5 час. 18¹/₂ мин., въ количествѣ 1,5 куб. сант., почти при полномъ отсутствіи потугъ и при рѣдкихъ схваткахъ. Черезъ 1¹/₂ мин. послѣ впрыскиванія наступило замѣтное усиленіе схватокъ (см. кривую № 21), причемъ черезъ нѣкоторое время появились у роженицы и потуги.

Кривая № 21.



Давленіе во время схватокъ поднялось съ 84 милл. (вычислено за промежутокъ времени въ 20 мин. до впрыскиванія) до 103,6 милл., давленіе во время паузъ—съ 37 милл. до 43,8 милл., собственное давленіе во время схватокъ (относительное давленіе)—съ 47 милл. до 59,8 милл.; продолжительность паузъ уменьшилась съ 186,7 сек. до 26,6 сек., продолжительность схватокъ—съ 116,2 сек. до 76,5 сек.

Общие выводы и заключение.

Обозрѣвая приведенныя выше данныя, мы видимъ, что питуитринъ примѣнялся мною какъ у первороженицъ, такъ и у повторнородившихъ, притомъ въ различные моменты родовъ. Изъ общаго числа 50 наблюдений на первородившихъ пришлось 23 наблюдения, на повторнородившихъ—27. Далѣе, въ первомъ періодѣ родовъ питуитринъ былъ примѣненъ мною 45 разъ (у 20 первороженицъ и у 25 родившихъ повторно), а въ періодѣ изгнанія—лишь 5 разъ (у 3 первородившихъ и у 2 родившихъ повторно); впрочемъ, если присоединить повторныя выпрыскиванія, то окажется, что во второмъ періодѣ родовъ питуитринъ былъ примѣненъ мною 9 разъ: 6 разъ у первороженицъ и 3 раза у повторнородившихъ. При нормальной родовой дѣятельности средство было примѣнено въ 31 случаѣ и при ослабленной—въ 19.

По возрасту первородившія въ моемъ матеріалѣ распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

въ возрастѣ	18 лѣтъ	было	3	роженицы,
"	"	"	"	1
"	"	"	"	4
"	"	"	"	1
"	"	"	"	6
"	"	"	"	3
"	"	"	"	2
"	"	"	"	1
"	"	"	"	1
"	"	"	"	1

Среди рожавшихъ повторно

въ возрастѣ	20 лѣтъ	была	1	роженица,
"	"	"	"	2
"	"	"	"	2
"	"	"	"	1
"	"	"	"	3

"	"	25	"	"	1	"
"	"	26	"	"	1	"
"	"	27	"	"	2	"
"	"	28	"	"	2	"
"	"	30	"	"	5	"
"	"	32	"	"	1	"
"	"	35	"	"	1	"
"	"	36	"	"	1	"
"	"	38	"	"	2	"
"	"	39	"	"	1	"
"	"	43	"	"	1	"

Среди повторныхъ рожилицъ

9 были	II-рагае,	2 были	VII-рагае,
3 "	III-рагае,	1 была	VIII-рага,
2 "	VI-рагае,	2 были	IX-рагае,
2 "	V-рагае,	1 была	XI-рага и
4 "	VI-рагае	1 "	XV-рага.

Обращаясь, далѣе, къ результатамъ своихъ товодинамометрическихъ наблюдений, я долженъ прежде всего вообще признать, — въ соответствии тому, что на этотъ счетъ имѣется въ литературѣ, — что питуитринъ несомнѣнно является средствомъ, можно сказать — специфически дѣйствующимъ на матку, а именно, усиливающимъ ея сокращения при родахъ. Что въ данномъ случаѣ дѣло идетъ именно о специфическомъ дѣйствіи средства, а не о простомъ рефлекторномъ раздраженіи, въ которому, какъ извѣстно, матка вообще, а беременная въ особенности, необыкновенно чувствительна, — въ этомъ я могъ убѣдиться прямыми наблюдениями: простыя впрыскиванія физиологическаго раствора, многократно продѣланныя мною у рожилицъ въ цѣляхъ контроля, никогда не давали того эффекта, какой обыкновенно даетъ питуитринъ; послѣ инъекцій солевого раствора можно было наблюдать, и то далеко не всегда, лишь незначительныя и кратковременныя колебанія кривой, вродѣ тѣхъ, какія имѣютъ мѣсто непосредственно послѣ введенія баллона въ матку. Лишь въ трехъ случаяхъ (№№ 6, 12 и 30) изъ 50 питуитринъ не оказалъ никакого дѣйствія на матку, причемъ, — замѣчательно, — здѣсь не получилось и того раздраженія, которое обыкновенно наблюдается, какъ результатъ самой процедуры впрыскиванія.

Отчего зависит способность питуитрина усиливать родовую дѣятельность маточной мышцы,—этотъ вопросъ не рѣшается моими наблюденіями, да и не можетъ быть рѣшенъ путемъ того метода изслѣдованія, какой былъ избранъ мною. Обзорѣвая литературу предмета, мы видѣли, что первые изслѣдователи, работавшіе съ питуитриномъ (Bell, Dale), причину дѣйствія его относили насчетъ непосредственнаго возбужденія маточной мускулатуры, безъ всякаго отношенія къ иннервации. Другіе (Winter), наоборотъ, предполагали, что питуитринъ дѣйствуетъ именно на нервные центры, завѣдующіе родовой дѣятельностью. Гиненевичъ думаетъ, что питуитринъ, какъ таковой, не возбуждаетъ дѣятельности центровъ, завѣдующихъ родовымъ актомъ, а вызываетъ или усиливаетъ родовыя боли только въ то время, когда эти центры предварительно уже были возбуждены къ работѣ. Третьи изслѣдователи полагаютъ, что питуитринъ не создаетъ какой-нибудь новой силы, а только мобилизуетъ запасную силу органа (Keesker), дѣлая матку болѣе чувствительной къ раздраженію, сенсibiliзируя ее (Foges и Hofstätter, Hofbauer, Eisenbach). Въ этомъ отношеніи питуитринъ можетъ быть до извѣстной степени противопоставленъ эрготину, который *только* вызываетъ сокращенія матки. По Riesk'у, впрочемъ, питуитринъ по своему дѣйствію ничѣмъ не отличается отъ эрготина... Какъ-бы то ни было, вопросъ о томъ, что лежитъ въ основѣ дѣйствія питуитрина на матку, я считаю до сихъ поръ открытымъ, причемъ для выясненія его являются необходимыми спеціальныя экспериментальныя изслѣдованія.

Гораздо больше могу я сказать, на основаніи своихъ изслѣдованій, по второму вопросу, касающемся дѣйствія питуитрина, а именно, по вопросу о томъ, можетъ-ли вызываемая питуитриномъ дѣятельность матки быть названа физиологической, а Pituitrinwehen—признаны за нормальныя родовыя схватки, только усиленныя. И этотъ вопросъ, какъ мы видѣли изъ разбора литературныхъ данныхъ, рѣшается различными авторами различно: одни склонны думать, что питуитринъ *intra partum* вызываетъ совершенно правильную, ритмическую родовую дѣятельность матки, другіе, напротивъ, находятъ, что Pituitrinwehen не суть физиологическія родовыя схватки. Если мы будемъ сравнивать кривыя схватокъ и потугъ

послѣ впрыскиванія питуитрина (см. кривыя №№ 13, 14, 16, 7, 18 и 21) съ кривыми, представленными мною въ качествѣ образца физиологическаго сокращенія матки и мускулатуры брюшного пресса (см. кривыя №№ 1, 2, 3, 4 и 5), то при первомъ взглядѣ должны будемъ признать, что въ конструкции тѣхъ и другихъ существеннаго различія какъ будто не имѣется. Pituitrinwehen, какъ и физиологическія схватки, отличаются нормальнымъ ритмомъ, онѣ отдѣляются другъ отъ друга паузами, въ каждой схваткѣ можно отличать періодъ нарастанія, аспе и періодъ паденія. Если, далѣе, мы будемъ разсматривать отдѣльныя части тѣхъ и другихъ кривыхъ, анализировать форму ихъ, то и здѣсь найдемъ, повидимому, почти полное тождество. Единственное отличіе, которое бросается иногда въ глаза, при сравненіи кривой родовыхъ сокращеній матки при питуитринѣ и безъ такового,—это то, что послѣ впрыскиванія питуитрина кривая схватки начинается нѣсколько болѣе крупнымъ подъемомъ, а главное—кончается болѣе отвѣснымъ паденіемъ. Съ другой стороны, однако, мы не можемъ игнорировать такихъ особенностей родовой дѣятельности при питуитринѣ, каковы: рѣзкое сокращеніе продолжительности паузъ, а главное—повышеніе внутриматочнаго давленія во время послѣднихъ. Какъ мы увидимъ ниже, паузы послѣ впрыскиванія питуитрина становятся вдвое, втрое, а иногда—даже во много разъ короче, чѣмъ раньше, до впрыскиванія. Давленіе во время паузъ повышается, правда, не такъ рѣзко,—обыкновенно въ предѣлахъ не свыше 10 милл. Hg.,—однако и такое повышеніе, при рѣзкомъ учащеніи схватокъ, заставляетъ болѣе критически относиться къ Pituitrinwehen: въ нихъ,—если такъ можно выразиться,—имѣется ядро, изъ котораго могутъ развиваться тетаническія сокращенія. Подмѣченныя большинствомъ авторовъ Sturmwhehen, которыя по моимъ наблюденіемъ развиваются почти въ каждомъ случаѣ примѣненія питуитрина,—въ нѣкоторыхъ случаяхъ особенно рѣзко (см. кривыя №№ 13, 17 и 21),—являются дальнѣйшей переходной ступенью къ настоящимъ судорожнымъ сокращеніемъ матки. Правда, схватки эти, насколько мнѣ позволяютъ высказаться собственныя наблюденія, обыкновенно не сопровождаются вредными послѣдствіями: ни для плода, ни для матери; однако при извѣстныхъ условіяхъ онѣ могутъ явиться угро-

жающими, особенно для ребенка. Наконец, иногда,—в ранних стадиях периода раскрытия,—питуитринъ можетъ вызвать и настоящій tetanus матки. Такое явленіе было наблюдаемо мною 5 разъ (см. случаи №№ 7, 21, 33, 47 и 48, кривыя №№ 12, 15, 19 и 20). Въ концѣ концовъ, такимъ образомъ, на основаніи характера дѣятельности матки по токодинамометрическимъ даннымъ, полученнымъ мною, придется сказать, что Pituitrinwehen и физиологическія схватки—далеко не одно и то же.

Переходя, далѣе, къ болѣе детальному анализу цифровыхъ данныхъ, полученныхъ мною при токодинамометрическихъ наблюденіяхъ, я прежде всего остановлюсь на случаяхъ примѣненія питуитрина въ концѣ періода раскрытія (зѣвъ на 3 пальца и болѣе). Среди этихъ случаевъ въ свою очередь можно различать двѣ группы: случаи, гдѣ до впрыскиванія питуитрина имѣла мѣсто ослабленная родовая дѣятельность матки (слабость потугъ), и случаи, гдѣ онъ примѣнялся при нормальной родовой дѣятельности.

Основной характеръ дѣйствія средства въ тѣхъ и другихъ случаяхъ былъ одинаковъ: у всѣхъ роженицъ данныхъ группъ имѣло мѣсто рѣзкое учащеніе схватокъ при одновременномъ значительномъ повышеніи внутриматочнаго давленія во время нихъ и при сравнительно менѣе выраженномъ, но все же довольно замѣтномъ, повышеніи давленія во время паузы.

Если теперь мы возьмемъ особо случаи, гдѣ питуитринъ примѣнялся при нормальной родовой дѣятельности (случаи №№ 8, 10, 18, 19, 25, 28, 30, 31, 43, 44 и 46), то получимъ слѣдующія данныя: продолжительность паузы послѣ впрыскиванія питуитрина въ количествѣ около 1 куб. сант. обыкновенно рѣзко уменьшалась; въ среднемъ для первыхъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина уменьшеніе это равнялось 62,5 сек., для вторыхъ—53,7 сек., для третьихъ—19 сек. Замѣтно укорачивалась послѣ введенія питуитрина и продолжительность схватокъ,—въ среднемъ для первыхъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина на 27,2 сек., для вторыхъ—на 18,7 сек., для третьихъ—на 16 сек. Въ этомъ отношеніи результаты моихъ наблюденій рѣзко расходятся съ результатами наблюденій Вентинъ, видѣвшаго отъ питуитрина удлинненіе схватокъ. Что касается, далѣе, внутриматоч-

наго давленія во время схватокъ, то подъ вліяніемъ питуитрина оно въ разбираемыхъ случаяхъ рѣзко повышалось, а именно, среднее максимальное давленіе во время схватокъ въ теченіе первыхъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина поднималось на 23,1 милл., въ теченіе вторыхъ 20 мин.—на 15,1 милл. и въ теченіе третьихъ—на 6,2 милл. Среднее максимальное давленіе во время паузъ также возрастало, хотя на небольшую, сравнительно, величину, а именно, для первыхъ 20 мин. разница равнялась 3,7 милл., для вторыхъ 20 милл.—1,8 милл. Для относительнаго давленія (давленіе во время схватокъ минусъ давленіе во время паузъ), которымъ мы условились опредѣлять собственную работу схватокъ, среднее повышение въ теченіе первыхъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина оказалось равнымъ 19,3 милл., въ теченіе вторыхъ—19 милл. и въ теченіе третьихъ—11,6 милл.

На основаніи приведеннаго цифрового матеріала можно установить, что максимумъ своего дѣйствія на матку питуитринъ развиваетъ въ первыя 20 мин. послѣ обнаруженія этого дѣйствія, за вторыя 20 мин. послѣднее значительно ослабѣваетъ, а къ концу часа отъ начала дѣйствія вліяніе питуитрина сводится до minimum'a. Лишь въ одномъ случаѣ (№ 25) относительное давленіе во второй 20-минутный промежутокъ оказалось выше, чѣмъ оно было въ первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина; но и въ этомъ случаѣ причину повышения относительнаго давленія слѣдуетъ отнести главнымъ образомъ насчетъ рѣзкаго пониженія (на 4,5 милл.) давленія во время паузъ. Послѣднее за вторыя 20 мин. нерѣдко (№№ 10, 25, 38 и 43) значительно уменьшалось (въ среднемъ на 5,7 милл.) по сравненію съ тѣмъ, какъ оно стояло до вприсъиванія питуитрина.

Въ литературѣ имѣется цѣлый рядъ указаній (Марковскій, Albert) на то, что питуитринъ лучше дѣйствуетъ у повторнородящихъ, чѣмъ у первородящихъ. Многие (Hofbauer, Voigts, Richter, Heilborn) впрочемъ никакой разницы въ этомъ отношеніи не наблюдали. Мои наблюденія, относящіяся къ разбираемой группѣ (ср. случаи №№ 10, 30, 46 и 19, 25, 28), показываютъ, что, повидимому, въ концѣ періода раскрытія при нормальной родовой дѣятельности питуитринъ даетъ дѣйствительно лучший эффектъ у М—рагае. Изъ трехъ случаевъ примѣненія питуитрина у

первородящихъ въ одномъ (№ 30) онъ совсѣмъ не далъ никакого эффекта, а въ другомъ (№ 10) эффектъ отъ него былъ слишкомъ недостаточенъ, чтобы замѣтнымъ образомъ повліять на теченіе родового акта. Относительное давленіе у первороженицъ поднялось въ первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина въ среднемъ только на 9,5 милл., тогда какъ относительное давленіе у многородившихъ, за тотъ же промежутокъ времени, повысилось на 29,2 милл. (за вторыя 20 мин. — на 27,5 милл.). Продолжительность паузъ у I-рагае уменьшилась на 41,9 сек., а у M-рагае — на 96,8 (за вторыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина — на 75,4). Схватки, наоборотъ, оказались въ среднемъ болѣе продолжительными у многородившихъ (продолжительность схватокъ уменьшилась только на 12,7—13,3 сек.), чѣмъ у первороженицъ (продолжительность схватокъ уменьшилась на 41,9 сек.).

По наблюденіямъ Гиненевича, далѣе, питуитринъ дѣйствуетъ быстрѣе при отсутствіи водъ, каковое обстоятельство Гиненевичъ объясняетъ тѣмъ, что здѣсь играетъ роль, въ качествѣ раздражающаго условія, болѣе тѣсное соприкосновеніе стѣнокъ матки и плода. Сравнивая дѣйствіе питуитрина, въ концѣ періода раскрытія, при цѣломъ околоплодномъ пузырьѣ (случаи №№ 8, 18, 25, 31 и 44) и при отсутствіи водъ (случаи №№ 19, 28 и 43), я замѣтной разницы не нашель. Относительное давленіе при цѣломъ пузырьѣ поднялось въ первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина въ среднемъ на 21,6 млл., а при отсутствіи пузыря — на 22,1 млл. Продолжительность паузъ уменьшилась послѣ впрыскиванія питуитрина въ случаяхъ, гдѣ воды сошли до впрыскиванія, на 75 сек., а тамъ, гдѣ плодный пузырь былъ цѣлъ, — на 63 сек. Наконецъ, продолжительность схватокъ въ первомъ случаѣ уменьшилась на 17,4 сек., во второмъ — на 26,6 сек.

Изъ побочныхъ нежелательныхъ дѣйствій питуитрина, при примѣненіи его въ концѣ періода раскрытія въ случаяхъ съ нормальной родовой дѣятельностью, слѣдуетъ отмѣтить возникновеніе бурныхъ схватокъ (Wehensturm), которыя въ большей или меньшей степени наблюдались почти въ каждомъ случаѣ примѣненія питуитрина. Особенно рѣзко выраженныя Sturmwehen имѣли мѣсто въ случаяхъ №№ 31 и 44. Средняя продолжительность такихъ, напоминавшихъ столбнякъ,

сворачиванія матки рѣдко превышала 10—15 мин. Какихъ-либо неприятныхъ осложненій *Sturmwehen*, по крайней мѣрѣ для плода, за собою не вели,—всѣ дѣти родились живыми и безъ асфиксїи. Въ одномъ случаѣ этого рода (№ 31) произошло задержаніе хоріона, потребовавшее ручного его удаленія съ послѣдующимъ промываніемъ матки. Послѣродовой періодъ протекъ въ этомъ случаѣ нормально.

Вторую группу случаевъ, гдѣ питуйтринъ былъ мною примѣненъ въ концѣ періода раскрытія, составляютъ случаи родовъ, осложненныхъ слабостью маточныхъ потугъ (случаи №№ 1, 3, 5, 9, 17, 22, 26, 29, 32, 34, 40, 41 и 49). Какъ извѣстно, въ различныхъ случаяхъ неправильность эта можетъ имѣть различный характеръ и происхождение: акушеры отличаютъ, прежде всего, абсолютную и относительную слабость потугъ, далѣе—первичную и вторичную, наконецъ, слабость, зависящую отъ недостаточной частоты родовыхъ схватокъ,—отъ недостаточной продолжительности ихъ и—отъ недостаточной ихъ силы (*Walther*). Въ моемъ матеріалѣ встрѣчались случаи родовой слабости различнаго рода,—были здѣсь случаи первичной слабости и, по видимому, вторичной, абсолютной и до извѣстной степени относительной. Среди этиологическихъ моментовъ, которые могли играть извѣстную роль въ возникновеніи слабости въ этихъ случаяхъ, надо отмѣтить: суженіе таза (случаи №№ 5, 9 и 35), преждевременное прерываніе беременности при узкомъ тазѣ (сл. № 41), сухіе роды (сл. №№ 1 и 29), *venter prorepens* (сл. № 34), свополаминъ-пантопоновый наркозъ (сл. №№ 3 и 17), наконецъ, ослабленіе сократительной дѣятельности матки на почвѣ слишкомъ частыхъ родовъ (сл. №№ 22, 26 и 49). По характеру большинство случаевъ слабости потугъ, въ которыхъ мною былъ примѣненъ питуйтринъ, можно рассматривать, какъ случаи замедленной родовой дѣятельности на почвѣ недостаточной частоты схватокъ.

Въ литературѣ имѣются указанія, что питуйтринъ является одинаково полезнымъ при различныхъ видахъ слабости потугъ, напр., при первичной и при вторичной (*Гентеръ*) и пр. Некоторые наблюдатели (*Овчиницъ*, *Раабъ*) находятъ, однако, что средство это хорошо примѣнять лишь при первичной слабости потугъ, и что оно не даетъ эффекта при вторичной слабости. Въ нашемъ матеріалѣ послѣ вприскиванія питуйтрина имѣло мѣсто во всѣхъ случаяхъ разби-

раемой группы рѣзкое усиленіе сократительной дѣятельности матки, причемъ дѣйствіе средства здѣсь сказалось даже болѣе сильно, чѣмъ это было въ случаяхъ съ нормальной родовой дѣятельностью. Особенно рѣзко уменьшилась продолжительность паузъ: для первыхъ 20 мин. послѣ обнаруженія дѣйствія питуитрина она сократилась на 172,1 сек., для вторыхъ—на 109,4 сек., для третьихъ—на 135 сек. Продолжительность схватокъ послѣ впрыскиванія питуитрина также сильно укоротилась—въ среднемъ на $1\frac{1}{2}$ мин. (въ первыя 20 мин.—на 38,6 сек., во вторыя—на 30 сек.). Среднее максимальное давленіе во время схватокъ поднялось въ первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина на 26,1 милл., во вторыя 20 мин.—на 25,5 милл. и даже въ третьи—на 25,7 милл. Напротивъ, внутриматочное давленіе во время паузъ только въ первый 20-минутный промежутокъ послѣ начала дѣйствія питуитрина поднялось довольно значительно (на 6,7 милл.); за вторыя 20 мин. въ большинствѣ случаевъ оно понизилось,—въ среднемъ на 2,9 милл. (исключеніе составляли лишь случаи №№ 3, 5, 9 и 41, гдѣ давленіе во время паузъ въ среднемъ поднялось на 2 милл.); за третьи 20 мин. давленіе во время паузъ во всѣхъ случаяхъ понизилось на 1,7 милл. Относительное давленіе во время схватокъ, конечно, соотвѣтственно повысилось—въ первыя 20 мин. на 23,4 милл., во вторыя—на 25,6 милл. и въ третьи—на 26,7 милл.

Если теперь мы будемъ разсматривать случаи примѣненія питуитрина, осложненные слабостью потугъ, отдѣльно у первороженицъ и многородившихъ, при цѣломъ плодномъ пузырьѣ и при отсутствіи околоплодныхъ водъ, то рѣзкой разницы въ дѣйствіи питуитрина не найдемъ. При одинаковой средней продолжительности паузъ (у I-рагае продолжительность паузъ уменьшилась въ среднемъ на 172,8 сек., у M-рагае—на 172 сек.) и схватокъ (у I-рагае—на 38,9 сек., у M-рагае—на 38,3 сек.) относительное давленіе у первороженицъ въ среднемъ оказалось даже болѣе высокимъ, чѣмъ у повторнородившихъ (разница въ относительномъ давленіи до и послѣ впрыскиванія у I-рагае выражалась цифрами 28,4—27,2 милл., а у M-рагае—17,7—20,2 милл.). Далѣе, у многородившихъ относительное давленіе въ случаяхъ, гдѣ плодный пузырь былъ цѣлъ, послѣ впрыскиванія питуитрина поднялось

не такъ высоко, какъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ овоплодныя воды отсутствовали (при цѣломъ пузырьѣ относительное давленіе поднялось въ среднемъ на 15,3 милл., а при отсутствіи пузыря—на 29,7 милл.), и схватки въ случаяхъ второй группы участились болѣе, чѣмъ въ случаяхъ первой группы (продолжительность паузъ уменьшилась при отсутствіи пузыря на 326,7 сек., а при цѣломъ пузырьѣ—только на 141,2 сек.); но, съ другой стороны, у первороженицъ съ цѣлымъ пузыремъ относительное давленіе послѣ впрыскиванія питуитрина поднялось выше, чѣмъ въ случаяхъ, гдѣ плоднаго пузыря не было (въ послѣднемъ случаѣ относительное давленіе поднялось въ среднемъ на 26,1 милл., а въ первомъ—на 29,3 милл.), хотя продолжительность паузъ сдѣлалась меньше у I-рагае съ отсутствующимъ пузыремъ (средняя продолжительность паузъ у I-рагае съ цѣлымъ пузыремъ уменьшилась на 152,3 сек., а у I-рагае съ отсутствующимъ пузыремъ—на 221,8 сек.).

Sturmwehen можно было констатировать послѣ примѣненія питуитрина при родахъ, осложненныхъ слабостью потугъ, почти такъ же часто, какъ это наблюдалось и въ случаяхъ примѣненія его при нормальныхъ родахъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (напр., въ случаѣ № 5) бурныя схватки были выражены настолько рѣзко, что напоминали тетаническія, особенно въ первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина (давленіе во время паузъ поднялось въ этомъ случаѣ съ 21 милл. до 48,7 милл.). Какихъ-нибудь неприятныхъ послѣдствій, впрочемъ, такія бурныя схватки въ разбираемой серіи родовъ не имѣли ни для матери, ни для ребенка. Въ случаѣ № 34 ребенокъ, правда, родился въ легкой асфиксіи, но послѣдняя могла зависѣть отъ обвитія шейки ребенка тугозатянутой пуповиной.

Изъ другихъ неприятныхъ побочныхъ дѣйствій питуитрина, помимо Sturmwehen, можно отмѣтить разстройства въ видѣ шума въ ушахъ, блѣдности лица, сердцебіенія и пр., имѣвшія мѣсто въ случаѣ № 9.

Въ періодѣ изгнанія питуитринъ далъ мнѣ такіе же результаты, какъ и въ концѣ періода раскрытія, даже, пожалуй, еще лучшіе. Такъ, въ случаяхъ съ нормальной родовой дѣятельностью (№№ 4 и 11) средство это несомнѣнно проявило во второмъ періодѣ родовъ болѣе энергичное дѣйствіе, чѣмъ

въ концѣ періода раскрытія,—по крайней мѣрѣ что касается внутриматочнаго давленія во время схватокъ герп. относительнаго давленія. Среднее максимальное давленіе во время схватокъ въ этомъ періодѣ въ первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина поднялось на 31,5 милл. (относительное давленіе—на 28,9 милл.), а за вторыя 20 мин.—на 15,4 милл. (относительное давленіе—на 17,5 милл.). Въ случаяхъ съ замедленной родовой дѣятельностью (№№ 16, 20 и 50) внутриматочное давленіе во время схватокъ,—въ противоположность тому, что мы видѣли въ концѣ періода раскрытія,—оказалось болѣе низкимъ, а именно, въ первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина оно поднялось въ среднемъ только на 25,2 милл. (относительное—на 21,2 милл.), не достигнувъ такимъ образомъ величины средняго максимальнаго давленія во время конца перваго періода родовъ (см. выше). Разница въ продолжительности паузъ до и послѣ впрыскиванія питуитрина при нормальныхъ родахъ въ періодѣ изгнанія выразилась въ моихъ опытахъ числами 77,8 и 51,2 сек. (продолжительность схватокъ—23,1—14,5 сек.), при родахъ же съ замедленной родовой дѣятельностью она оказалась болѣе значительною—въ 129 сек. (продолжительность схватокъ повысилась на 38,2 сек.).

Особенной разницы въ дѣйствіи питуитрина, въ періодѣ изгнанія, у первороженицъ и повторнородившихъ—мнѣ подмѣтить не удалось.

Бурныя схватки (Wehensturm) послѣ питуитрина наблюдались и въ періодѣ изгнанія, притомъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ (случай № 50) очень рѣзкія (см. кривую № 21). Опасныхъ осложненій Sturmwehen, однако, ни въ одномъ случаѣ не вызвали. Въ одномъ случаѣ (№ 20), правда, ребенокъ родился въ асфиксіи, но послѣдняя могла зависѣть отъ 2-кратнаго обвитія шейки его тугозатянутой дуповиной (ребенокъ легко оживленъ).

Подводя итоги этимъ даннымъ, я считаю возможнымъ применить къ мнѣнію большинства наблюдателей, что въ концѣ періода раскрытія и въ періодѣ изгнанія питуитринъ даетъ оптимумъ своего дѣйствія, являясь при этомъ, съ одной стороны, средствомъ весьма дѣйствительнымъ въ смыслѣ усиленія родовой дѣятельности, а съ другой—средствомъ вполне безопаснымъ какъ для матерн, такъ и для плода; возникающія

въ эти періоды подъ вліяніемъ питуитрина маточныя схватки могутъ быть, до известной степени, приравнены въ нормальному, физиологическому типу.

Въ болѣ раннихъ стадіяхъ періода раскрытія (открытие вѣва менѣе 3 пальцевъ) питуитринъ, наоборотъ, обнаруживаетъ максимумъ своихъ отрицательныхъ свойствъ при болѣ слабомъ полезномъ эффектѣ. Въ этомъ легко убѣдиться, если разсматривать соответствующіе случаи моего матеріала (случаи №№ 2, 6, 7, 12, 13, 14, 15, 21, 23, 24, 27, 33, 36, 37, 39, 42, 45, 47 и 48). Прежде всего въ двухъ изъ этихъ случаевъ (№№ 6 и 12) средство вовсе не оказало никакого усиливающего дѣйствія на матку, причемъ въ случаѣ № 6 послѣ второго впрыскиванія у роженицы развился цѣлый рядъ неприятныхъ побочныхъ явленій, каковы: головокруженіе, тошнота и чувство замиранія въ области сердца. Далѣе, въ четырехъ случаяхъ (№№ 15, 24, 27 и 37) дѣйствіе питуитрина оказалось слишкомъ недостаточнымъ, по крайней мѣрѣ замѣтнаго поступательнаго движенія родовъ здѣсь не было, несмотря на усилившуюся родовую дѣятельность. *Sturmwehen* въ данной группѣ по сравнению съ тѣми, которыя наблюдались въ концѣ періода раскрытія и въ періодѣ изгнанія, были выражены гораздо рѣзче, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ (случаи №№ 14, 23, 39, 42 и 45; см. также кривыя №№ 13 и 17) достигали почти тетаническаго характера, такъ что только на токодинамометрической кривой можно было опредѣлить короткія (въ среднемъ отъ 10 до 15 сек.) паузы, при простомъ же изслѣдованіи рука ощущала непрерывное маточное сокращеніе. Наконецъ, въ 5 случаяхъ данной группы (№№ 7, 21, 33, 47 и 48) питуитринъ вызвалъ настоящій, типичный *tetanus uteri* (см. кривыя №№ 12, 15, 19 и 20).

Случаи столбняка матки будутъ разсмотрѣны мною впоследствии отдѣльно. Равнымъ образомъ отдѣльно разсмотрю я и три случая (№№ 2, 13 и 45) примѣненія питуитрина въ раннихъ стадіяхъ перваго періода родовъ, гдѣ имѣла мѣсто рѣзкая слабость потугъ. Послѣ впрыскиванія питуитрина во всѣхъ этихъ трехъ случаяхъ наступило замѣтное усиленіе сопротавительной дѣятельности матки, причемъ особенно рѣзко участились схватки: въ среднемъ продолжительность паузы въ первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина сокра-

тилась на 383,3 сек., во вторых 20 мин.—на 364,8 сек., в третьих—на 353,1 сек.; продолжительность схватокъ также ясно уменьшилась: для соответствующихъ промежутковъ времени разница въ продолжительности схватокъ равнялась 56,1—42,2—80 сек. Среднее максимальное давление во время схватокъ, а равно и относительное давление, повысились очень значительно по сравненію съ тѣмъ, какъ они стояли до впрыскиванія: разница въ давленіи до и послѣ впрыскиванія для первыхъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина равнялась 33,9 милл. (разница въ относительномъ давленіи—27,1 милл.), для вторыхъ 20 мин.—30,7 милл. (въ относительномъ—25,3 милл.), а къ концу часа разница эта увеличилась даже до 37,4 милл. (разница въ относительномъ давленіи—до 48 милл.). При этомъ эффектъ питуитрина у первородящихъ и родившихъ повторно былъ почти совершенно одинаковъ.

Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ разбираемой группы, въ которыхъ родовая дѣятельность была не такъ сильно замедлена, вліяніе питуитрина сказалося значительно слабѣе. Внутриматочное давление во время схватокъ въ среднемъ поднялось послѣ впрыскиванія только на 22,9 милл. въ первыхъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина, на 24 милл.—во вторыхъ и на 23,6 милл.—въ третьихъ. Относительное давление въ соответствующіе промежутки времени повысилось на 17,6 милл., 21,4 милл. и 20,6 милл. Средняя продолжительность паузъ уменьшилась, по сравненію съ разобранными выше 3 случаями, также на меньшую величину, а именно, для первыхъ 20 мин. только на 103,8 сек. (продолжительность схватокъ—на 30,7 сек.), для вторыхъ 20 мин.—на 95,5 сек. (продолжительность схватокъ—на 26,5 сек.), для третьихъ—на 82 сек. (продолжительность схватокъ даже увеличилась на 3,9 сек.).

Разницы въ дѣйствіи питуитрина у первородившихъ и родившихъ повторно мнѣ и на этотъ разъ подмѣтить не удалось.

Хотя, такимъ образомъ, въ данной группѣ питуитринъ усиливъ сократительную дѣятельность матки болѣе значительно, чѣмъ въ случаяхъ, гдѣ впрыскиваніе его производилось въ концѣ періода раскрытія и въ періодѣ изгнанія,—хотя, далѣе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ разбираемой группы инъекція средства была произведена повторно,—два (случаи №№ 15,

24 и 27), даже три раза (случай № 37),—все же замѣтное ускоряющее вліяніе его на ходъ родовъ обнаружилось далеко не во всѣхъ случаяхъ: въ 4 случаяхъ (изъ 11) оно оказалось слишкомъ незначительнымъ.

Изъ побочныхъ неблагопріятныхъ послѣдствій надо отмѣтить легкую степень асфиксіи ребенка въ случаѣ № 39, которую съ значительной долей вѣроятности можно отнести насчетъ бурной родовой дѣятельности (Wehensturm), вызванной питуитриномъ.

Переходя къ разбору 5 случаевъ столбняка матки, вызваннаго впрыскиваніями питуитрина, я долженъ предварительно замѣтить, что въ литературѣ можно встрѣтить довольно много указаній на то, что питуитринъ иногда можетъ повести къ тетаническимъ сокращеніямъ. Такъ, Stickel, напр., наблюдалъ столбнякъ кроличьей матки послѣ обратной дозы питуитрина. Maskenrodt сообщилъ о случаѣ маточнаго столбняка послѣ впрыскиванія питуитрина у одной роженицы со смертельнымъ исходомъ для ребенка. Voigts, White, Ham, Rieck и др. также опубликовали случаи, которые, повидимому, должны быть разсматриваемы, какъ случаи судорожныхъ сокращеній матки подъ вліяніемъ питуитрина.

Всѣ пять случаевъ, въ которыхъ я наблюдалъ tetanus uteri послѣ впрыскиванія питуитрина (сл. 7, 21, 33, 47 и 48), относятся къ числу такихъ, гдѣ названное средство было примѣнено въ раннихъ стадіяхъ періода раскрытія. Три изъ нихъ (№№ 7, 21 и 48) имѣли мѣсто у первороженицъ, въ одномъ случаѣ (№ 33) дѣло шло о женщинѣ, беременной повторно, но рожавшей въ срокъ впервые, ибо первая беременность у ней кончилась выкидышемъ на V мѣсяцѣ, и лишь одна роженица (№ 47) была въ собственномъ смыслѣ много-родившей (VI-para). Если сдѣлать по этимъ случаямъ, то, повидимому, однимъ изъ главныхъ условій возникновенія тетануса послѣ впрыскиванія питуитрина является ригидность зѣва у роженицъ; такая ригидность была съ несомнѣнностью отмѣчена въ трехъ случаяхъ (№№ 33, 47 и 48) и представлялась весьма вѣроятною въ четвертомъ (№ 21), такъ какъ здѣсь дѣло шло о пожилой первороженицѣ. Заслуживаетъ также вниманія то обстоятельство, что во всѣхъ пяти случаяхъ околплодный пузырь былъ цѣлъ. Напротивъ, при

отсутствіи пузыря, даже у рожениць, представлявшихъ благоприятныя условія для развитія судорожныхъ сокращеній (пожилыя первородящія), tetanus'a отъ питуитрина не получалось, хотя-бы впрыскиваніе его и производилось при очень небольшомъ раскрытіи зѣва. Почему именно питуитринъ, будучи впрыснутъ въ раннихъ стадіяхъ періода раскрытія, особенно у перворожениць, при цѣломъ пузырьѣ вызываетъ tetanus uteri, а при отсутствіи водъ—не вызываетъ,—объяснить этого я не могу. Не могу даже сказать и того, есть-ли это случайное совпаденіе, или, напротивъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ явленіемъ закономѣрнымъ.

Въ параллель со случаями настоящаго tetanus'a uteri упомяну объ одномъ случаѣ (№ 5) примѣненія питуитрина при 3 $\frac{1}{2}$ пальцахъ открытія у I-parae, опять-таки съ цѣлымъ пузыремъ, гдѣ Pituitrinwehen въ первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія средства по своему характеру близко подходили къ тетаническому типу (внутриматочное давленіе во время паузъ поднялось съ 21 милл. до 48,7 милл., продолжительность паузъ сократилась съ 128 сек. до 13,9 сек.).

Тетаническія сокращенія матки въ моихъ опытахъ въ среднемъ продолжались до 18 мин. Въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ маточныя сокращенія приобрѣтали физиологическій характеръ и нормальный ритмъ. Повидимому, tetanus uteri можетъ наступить и при введеніи очень малыхъ дозъ питуитрина, какъ показываетъ случай № 7, гдѣ судорожныя сокращенія наступили послѣ впрыскиванія всего 0,5 куб. сант. средства; впрочемъ за то въ данномъ случаѣ они и продолжались вдвое меньше времени, чѣмъ во всѣхъ остальныхъ случаяхъ. Среднее максимальное давленіе во время тетаническихъ сокращеній почти не превышало тѣхъ цифръ, которыя даетъ питуитринъ обычно, а именно, разница въ давленіи до впрыскиванія и во время tetanus'a въ среднемъ равнялась 25,8 милл.; но на такой высотѣ, какъ показываютъ соответствующія кривыя (№№ 12, 15, 19 и 20), давленіе остается за то продолжительное время, причѣмъ совершеннаго расслабленія органа не происходитъ. Тетаническія сокращенія получались у меня только послѣ перваго впрыскиванія питуитрина; повторныя впрыскиванія (см. случаи №№ 21 и 47) tetanus'a не вызывали, хотя въ первыя 20 мин. послѣ начала дѣйствія средства схватки и послѣ повторныхъ впрыскиваній имѣли

иногда резко выраженный бурный характер (Wehensturm), какъ это можно видѣть на кривой № 13.

Сердцебиеніе плода во время тетаническаго сокращеній падало до 80—60 ударовъ въ минуту (случай № 21), но въ дальнѣйшемъ сердечная дѣятельность выравнивалась, и дѣти рождались живыми и безъ асфиксіи, за исключеніемъ случая № 48, гдѣ пришлось, въ виду ригидности зѣва и суженія таза, сдѣлать перфорацию мертваго плода послѣ неудавшейся попытки извлечь его за тазовый конецъ.

Такимъ образомъ, на основаніи разбора случаевъ примѣненія питуитрина въ раннихъ стадіяхъ періода раскрытія можно сдѣлать выводъ, что въ этомъ періодѣ родовъ питуитринъ даетъ бблшій % неудачъ (въ 2 случаяхъ изъ 21 полное отсутствіе эффекта и въ 4 лишь частичный эффектъ) и максимумъ неприятныхъ осложненій до tetanus'a матки включительно.

На всѣ 50 случаевъ, такимъ образомъ, придется три случая (№№ 6, 12, 30), гдѣ питуитринъ, будучи вприснутъ въ нормальной дозѣ, не вызвалъ никакого дѣйствія,—въ 2 (№№ 12 и 30) несмотря на повторныя вприскиванія. Всѣ три случая относятся къ раннимъ стадіямъ періода раскрытія, причемъ въ двухъ случаяхъ (№№ 6 и 12) плодный пузырь отсутствовалъ. Причину неудачи вприскиванія установить трудно. Можно предполагать, что препаратъ случайно оказался плохо приготовленнымъ, какъ это наблюдалъ проф. Словцовъ. Съ другой стороны, нельзя не согласиться съ Eisenbach'омъ, что гормонъ hypophysis cerebri по существу не можетъ обладать постоянствомъ своего состава, а, слѣдовательно, и дѣйствія; какъ мы знаемъ, функція железъ съ внутренней секреціей у разныхъ индивидуумовъ и въ разное время бываетъ различна, почему количество (концентрація) и качество гормонов а ргіогі надо признать подверженными значительнымъ колебаніямъ.

Мнѣ остается еще сказать нѣсколько словъ о дозировкѣ питуитрина, о вліяніи повторныхъ дозъ его, о продолжительности его дѣйствія, о вліяніи питуитрина на послѣдовый и послѣродовой періоды и, наконецъ, о показаніяхъ и противопоказаніяхъ въ примѣненію этого препарата.

Доза питуитрина въ 1 куб. сант., какъ мы видѣли, является вполне достаточной, а поэтому можетъ быть признава-

за нормальную дозу. Наибольшая однократная доза, примененная мною съ хорошимъ успѣхомъ, равнялась 1,5 куб. сант. (случай № 50). По мнѣнію Hoff'a и Hell'я экстрактъ изъ *hypophysis cerebri* (они применяли питугладоль) можно давать въ гораздо большихъ дозахъ, до 4—12 куб. сант. На такія дозы, однако, никто не рѣшается, хотя эксперименты на животныхъ указываютъ на ихъ безвредность.

Половинныя и вообще раздѣльныя малыя дозы питуитрина дѣйствуютъ гораздо слабѣе, какъ это наглядно показываетъ нашъ случай № 35. Доза питуитрина въ 0,5 куб. сант. вызвала въ этомъ случаѣ повышеніе внутриматочнаго давленія во время схватокъ только на 2,6 милл. (относительное давленіе повысилось на 5,3 милл.), тогда какъ нормальная доза въ этомъ же случаѣ, даже повторно примененная, дала повышеніе на 45,2 милл. (относительное давленіе поднялось на 39,4 милл.). Средняя продолжительность паузъ послѣ впрыскиванія 0,5 куб. сант. питуитрина, хотя сократилась, но опять-таки гораздо меньше, чѣмъ послѣ повторнаго впрыскиванія 0,9 куб. сант.: въ первомъ случаѣ продолжительность паузъ въ среднемъ уменьшилась на 38,2 сек. (продолжительность схватокъ—на 54,2 сек.), а во второмъ—на 56,1 сек. (продолжительность схватокъ—на 106,4 сек.). Не надо, впрочемъ, забывать, что, съ другой стороны, при извѣстныхъ условіяхъ и доза въ 0,5 куб. сант. питуитрина можетъ вызывать настоящій *tetanus uteri*, какъ то было въ нашемъ случаѣ № 7.

Основываясь на томъ же случаѣ № 35, мы должны связать, что однократная полная доза питуитрина, будучи впрыснута за одинъ разъ, дѣйствуетъ сильнѣе, чѣмъ та же доза, но впрыснутая въ два приема, раздѣленныхъ небольшимъ промежуткомъ. По крайней мѣрѣ это слѣдуетъ связать относительно средняго максимальнаго давленія во время схватокъ: послѣднее послѣ впрыскиванія питуитрина раздѣльными дозами (по 0,5 куб. сант. съ промежуткомъ въ 17 мин.) поднялось на 19,8 милл. (относительное давленіе—на 14,4 милл.), тогда какъ послѣ полной (повторной) дозы питуитрина оно повысилось на 45,2 милл. (относительное давленіе—на 39,4 милл.).

Первые экспериментаторы, работавшіе съ питуитриномъ (Oliver и Schäfer, Howell, Schäfer и Vincent),

установили положеніе, что повторныя дозы его не даютъ вторичнаго подъема кривой кровяного давленія. По отношенію къ матѣй Frank-Hochwart и Fröhlich также высказались въ томъ смыслѣ, что дѣйствительнымъ оказывается только первое впрыскиваніе питуитрина, повторныя же дозы его эффекта не даютъ. Изъ клиницистовъ въ этомъ же направленіи высказались Klotz и Aarons. Послѣдній нашель, что вторичныя дозы питуитрина вызываютъ лишь частичный эффектъ, если онѣ не даются спустя значительное время послѣ первой дозы. Изъ другихъ авторовъ нѣкоторые (напр., Hofbauer), наоборотъ, утверждаютъ, что повторныя дозы питуитрина вызываютъ такое же энергичное дѣйствіе, какъ и первая.

На основаніи своихъ товодинамометрическихъ наблюденій я могу сказать, что повторныя дозы питуитрина всегда являются дѣйствительными, когда-бы онѣ не примѣнялись; вторичная доза питуитрина, данная вскорѣ послѣ первой, даетъ всегда, съ небольшими варіаціями, вторичный подъемъ независимо оттого, продолжается еще или уже превратилось дѣйствіе первой дозы.

Если мы, въ частности, возьмемъ случаи примѣненія повторныхъ дозъ питуитрина въ концѣ періода раскрытія при нормальныхъ родахъ (случаи №№ 10, 43 и 46), то можемъ сказать, что дѣйствіе питуитрина послѣ этихъ дозъ по существу ничѣмъ не отличается отъ дѣйствія питуитрина послѣ перваго впрыскиванія. Слѣдуетъ впрочемъ отмѣтить, что давленіе во время паузъ при повторныхъ дозахъ почти всегда стояло ниже, чѣмъ оно было до перваго впрыскиванія, почему относительное давленіе, даже при менѣе выраженномъ максимальномъ давленіи во время схватокъ, стояло всегда высоко. Такъ, напр., въ случаѣ № 46 давленіе во время паузъ послѣ повторнаго впрыскиванія понизилось на 4,4 милл. противъ нормы (т. е. противъ того уровня, на которомъ оно стояло до перваго впрыскиванія); поэтому относительное давленіе,—несмотря на то, что среднее давленіе во время схватокъ поднялось ниже, чѣмъ это было послѣ первой инъекціи,—поднялось на 18 милл. (послѣ первой инъекціи—на 14,7 милл.). То же самое наблюдалось и въ случаѣ № 10.

Повторныя инъекціи питуитрина въ случаяхъ примѣненія его въ концѣ періода раскрытія при замедленной родо-

вой дѣятельности вызвали усиленіе послѣдней, причемъ, однако, степень усиленія была ниже той, которая являлась слѣдствіемъ первой инъекціи питуитрина.

Въ раннихъ стадіяхъ періода изгнанія повторныя дозы питуитрина также всегда давали вторичный подъемъ, причемъ онѣ никогда не вызывали тетаническихъ собращеній. Даже будучи впрыснуты вторично послѣ tetanus'a (случай №№ 21 и 47) питуитринъ вызывалъ только рѣзкій Wehensturm (кривая № 13), который черезъ нѣкоторое время переходилъ въ нормальную родовую дѣятельность.

Третичныя дозы питуитрина по существу дѣйствія ничѣмъ не отличаются отъ вторичныхъ.

Большинство повторныхъ впрыскиваній питуитрина было сдѣлано мною черезъ $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ ч. послѣ первой инъекціи. Лишь въ одномъ случаѣ (№ 10) вторичная инъекція сдѣлана черезъ 5 часовъ послѣ первой. При этомъ особенной разницы въ дѣйствіи повторныхъ дозъ питуитрина въ зависимости отъ времени ихъ введенія я не замѣтилъ.

Средняя продолжительность дѣйствія одной дозы питуитрина (1 куб. сант.) равняется, какъ мы уже видѣли, приблизительно 1 часу: къ концу третьихъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія питуитрина послѣднее, за рѣдкими исключеніями (случай № 42), обыкновенно ослабѣваетъ до minimum'a. Что касается начала дѣйствія питуитрина, то, при подкожномъ введеніи, онъ начинаетъ дѣйствовать обычно черезъ 2—10 мин. (въ среднемъ черезъ 5,2 мин.) послѣ момента впрыскиванія. Разницы въ быстротѣ дѣйствія между I—рагае и M—рагае нѣтъ. Мѣсто впрыскиванія (рука, нога, животъ) на быстроту дѣйствія также никакого вліянія не оказываетъ.

Многими авторами (Bagger-Jørgensen, Краешер, Voigts, Benthin, Тигеръ, Grünbaum и др.) указывалось на то, что питуитринъ вызываетъ послѣ рожденія плода атоническія кровотеченія. Hofbauer отмѣчаетъ, что въ началѣ своихъ опытовъ съ питуитриномъ, когда имъ примѣнялись малыя дозы, онъ нѣсколько разъ имѣлъ случаи наблюдать атонію матки, при примѣненіи же большихъ дозъ пересталъ встрѣчать таковое осложненіе. Я въ своихъ опытахъ атоніи матки послѣ впрыскиванія питуитрина—въ большихъ или малыхъ дозахъ—не наблюдалъ ни разу. Равнымъ образомъ не было въ моихъ случаяхъ и какихъ-либо раз-

стройствъ въ выдѣленіи послѣда, за исключеніемъ одного случая (№ 31) задержанія хоріона; у большинства роженицъ послѣдъ отдѣлялся самостоятельно, и лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ (случаи №№ 36 и 41) былъ примѣненъ способъ Credé, и то больше ради педагогическихъ цѣлей.

Послѣродовой періодъ протекъ для большинства случаевъ вполне нормально. У нѣсколькихъ роженицъ, правда, отмѣчено повышеніе t° , но только въ одномъ случаѣ (№ 4) повышеніе это было обусловлено задержкой лохий, во всѣхъ же другихъ оно зависѣло отъ постороннихъ причинъ, какъ-то: инфлюенцы (случай № 19), верхушечнаго катарра легкихъ (случай № 5), бронхита (№ 34). Отмѣченнаго нѣкоторыми авторами благоприятнаго вліянія питуитрина на мочеотдѣленіе въ послѣродовомъ періодѣ я подтвердить не могу. Напротивъ, въ одномъ изъ моихъ случаевъ (№ 7) наблюдалось даже задержка мочеиспусканія.

Изъ 50 дѣтей одинъ родился мертвымъ (послѣ перфораци, случай № 48), а двое другихъ умерли на другой день послѣ родовъ. Оба послѣднихъ ребенка (случаи №№ 21 и 41) были недоношенные, и смерть ихъ нельзя поставить въ связь съ примѣненіемъ питуитрина.

Неприятныя побочныя дѣйствія питуитрина мною уже были отмѣчены выше. Въ одномъ случаѣ (№ 6) роженица жаловалась на головокруженіе, тошноту и чувство замиранія въ области сердца, въ другомъ (№ 8) питуитринъ вызвалъ блѣдность лица, сердцебиеніе, шумъ въ ушахъ. Припадки эти, по всей вѣроятности, надо отнести насчетъ вызываемаго питуитриномъ повышенія кровяного давленія.

У плода питуитринъ вызываетъ ясное замедленіе сердцебиенія, которое можно наблюдать въ каждомъ случаѣ его примѣненія. Во время Sturmwehen это замедленіе выступаетъ рѣзче, а во время tetanus'a, какъ мы видѣли, оно достигаетъ maximum'a. Отчего зависить это замедленіе сердцебиенія, — есть-ли это результатъ непосредственнаго вліянія питуитрина на *p. vagus* и на сердце, или же оно является слѣдствіемъ усилившейся сообразительной дѣятельности матери, — вопросъ остается невыясненнымъ. Во всякомъ случаѣ угрожающаго характера оно не имѣетъ: дѣти въ случаяхъ примѣненія питуитрина рождались живыми, асфиксія у новорожденныхъ наблюдалась лишь три раза, да и то причину асфиксiи лишь

въ одномъ случаѣ (№ 39) можно видѣть въ питуитринѣ, въ двухъ же остальныхъ (№№ 20 и 34) асфиксія была вызвана тугозатянутой вокругъ шейки пуговиной.

Переходя къ послѣднему вопросу, — о показаніяхъ и противопоказаніяхъ къ примѣненію питуитрина, — я сначала перечислю тѣ показанія для примѣненія этого средства, которыя фигурируютъ въ литературѣ. Различными авторами питуитринъ считается показаннымъ: 1) при слабости родовой дѣятельности матки, 2) при кесарскомъ сѣченіи — въ качествѣ профилактическаго средства для предупрежденія атоническаго кровотечения, 3) при предлежаніи послѣда (T garl, F i s c h e r, S c h m i d, H i r s c h, H o f b a u e r), 4) при незначительныхъ степеняхъ суженія таза, 5) при родахъ въ лицевыхъ и тазовыхъ предлежаніяхъ плода, 6) при угрожающей эклампсии (H o f b a u e r, А н т е ц к і й и З а к р ж е в с к і й), 7) при лихорадочной т^о у роженицъ, 8) для вызванія преждевременныхъ родовъ и аборта и 9) при атоническихъ кровотеченияхъ.

На основаніи своихъ наблюденій я полагаю, что питуитринъ можно считать показаннымъ главнымъ образомъ для усиленія родовой дѣятельности въ концѣ періода раскрытія и въ періодѣ изгнанія, причемъ особенно хорошо онъ дѣйствуетъ при родахъ съ замедленной родовой дѣятельностью.

Противопоказаніями для примѣненія этого средства являются: 1) рѣзкое несоотвѣтствіе между тазомъ и головкой (узкій тазъ, hydroscephalus, неправильныя вставленія головки, уродства плода), 2) угрожающій разрывъ матки, 3) патологическіе случаи съ ясно выраженнымъ повышеніемъ кровяного давленія (нефритъ, зобатое сердце, нѣкоторыя формы артеріосклероза), 4) случаи, гдѣ поврежденная сосудистая стѣнка недостаточно устойчива къ колебаніямъ кровяного давленія (артеріосклерозъ) и 5) наконецъ, случая, гдѣ больное сердце вообще не можетъ вынести усиленія работы.

Можно-ли примѣнять питуитринъ у роженицъ съ заболѣваніями сердца и почекъ, — по этому вопросу различные авторы держаться разныхъ взглядовъ. Нѣкоторые изъ нихъ (Pfeiffer, Kraemer, Voigt) считаютъ указанные заболѣванія противопоказаніемъ для примѣненія питуитрина, другіе (Studeny, Steuernagel) рекомендуютъ при нихъ быть только осторожнымъ съ примѣненіемъ питуитрина, третьи

(Ширшовъ, Богдановъ), наконецъ, не считаютъ питуитринъ противопоказаннымъ при этихъ заболѣваніяхъ.

Наблюдавшуюся мною въ одномъ случаѣ (№ 48) эклампсію послѣ впрыскиванія питуитрина нельзя, конечно, поставить въ этиологическую связь съ послѣднимъ. Я имѣлъ возможность наблюдать въ акушерскомъ отдѣленіи Клиники почти аналогичный случай, гдѣ отказался отъ впрыскиванія питуитрина, опасаясь его дѣйствія на разстроенныя почки, и гдѣ какъ разъ развилась эклампсія, которую съ такимъ же правомъ, какъ и въ случаѣ № 48, можно было-бы поставить въ связь съ питуитриномъ, если-бы послѣдній былъ впрыснутъ. Во всякомъ случаѣ, однако, съ назначеніемъ питуитрина у роженицъ съ заболѣваніями почекъ слѣдуетъ быть по меньшей мѣрѣ осторожнымъ. За это говорятъ опыты Thаоn'a, который, впрыскивая двумъ овцамъ вытяжку, приготовленную изъ свѣжихъ мозговыхъ придатковъ того же рода животныхъ наблюдалъ у обоихъ животныхъ похуданіе, появленіе гематурии и наступленіе смерти по прошествіи двухъ мѣсяцевъ. При вскрытіи почки были найдены въ состояніи подостраго гломерулонефрита и сильной гипереміи.

Подводя итоги полученнымъ мною съ помощью токодинамометра результатамъ, я могу формулировать ихъ въ видѣ слѣдующихъ положеній:

1. Питуитринъ несомнѣнно является средствомъ, специфически дѣйствующимъ на матку, а именно, усиливающимъ ея родовыя сокращенія.

2. Усиливающаяся подъ вліяніемъ питуитрина родовая дѣятельность матки, при соответствующей дозировкѣ средства и при подборѣ подходящихъ случаевъ, до известной степени сохраняетъ свой физиологическій характеръ: „Pituitrinwehen“ имѣютъ нормальный ритмъ, сокращенія матки при нихъ усиливаются постепенно и постепенно же ослабѣваютъ, между отдѣльными схватками наблюдаются ясныя перемежки.

3. Optimum дѣйствія питуитрина при родахъ падаетъ на періодъ изгнанія и конецъ періода раскрытія. Будучи примѣненъ въ эти періоды питуитринъ представляетъ собою средство вѣрное по своему дѣйствію и въ то же время вполне безопасное какъ для матери, такъ и для плода. Усилившаяся подъ вліяніемъ питуитрина въ эти періоды родовая дѣятельность матки сохраняетъ обычно въ значительной мѣрѣ свой физиологическій характеръ.

4. Въ начальныхъ стадіяхъ періода раскрытія питуитрина проявляетъ maximum своихъ отрицательныхъ свойствъ при слабѣ выраженіи эффектѣ. Усиливаясь въ этомъ періодѣ родовая дѣятельность въ большинствѣ случаевъ никоимъ образомъ не можетъ быть названа физиологической.

5. Говодинамометрическая кривая при питуитринѣ по своему основному характеру представляетъ переходъ отъ физиологическаго типа къ тетаническому. Она характеризуется рѣзкимъ учащеніемъ маточныхъ сокращеній при значительномъ повышеніи внутриматочнаго давленія во время схватокъ, меньшей ихъ продолжительностью и сравнительно небольшимъ, но всегда ясно констатируемымъ повышеніемъ давленія во время паузы, по крайней мѣрѣ въ теченіе первыхъ 20 мин. послѣ начала дѣйствія средства.

6. Продолжительность паузъ послѣ вприскиваній питуитрина сильно сокращается: въ среднемъ разница до и послѣ вприскиванія питуитрина въ концѣ періода раскрытія равнялась въ моихъ случаяхъ 67—59,4 сек. для нормальныхъ родовъ и 172,1—109,4 сек. для родовъ съ замедленной родовой дѣятельностью; та же разница для періода изгнанія была равна 77,8—51,2 сек.—для случаевъ съ нормальной родовой дѣятельностью и 129 сек.—для случаевъ съ замедленной родовой дѣятельностью; въ раннихъ стадіяхъ періода раскрытія средняя продолжительность паузъ уменьшалась на 103,8—95,5—82 сек. для нормальныхъ родовъ и на 383,3—364,8—353,1 сек. для родовъ съ замедленной родовой дѣятельностью.

7. Продолжительность схватокъ послѣ вприскиваній питуитрина ясно уменьшается: въ среднемъ уменьшеніе это въ концѣ періода раскрытія колебалось у меня отъ 23 до 16,3 сек. для нормальныхъ родовъ и отъ 38,6 до 30 сек.—для родовъ съ замедленной родовой дѣятельностью; въ періодѣ изгнанія уменьшеніе это равнялось 23,1—14,5 сек. для случаевъ съ нормальной родовой дѣятельностью и 38,2 сек.—для случаевъ съ замедленной родовой дѣятельностью; наконецъ, въ раннихъ стадіяхъ перваго періода оно колебалось въ предѣлахъ отъ 30,7 до 28,5 сек. для нормальныхъ родовъ и отъ 56, до 42,2 сек. для родовъ съ замедленной родовой дѣятельностью.

8. Среднее максимальное давленіе во время схватокъ, равно какъ и относительное давленіе, подъ вліяніемъ питуитрина значительно повышается; разница въ давленіи до и

послѣ впрыскиванія питуитрина колебалась, судя по моимъ наблюденіямъ, отъ 23 до 13,9 милл. Hg. (въ относительномъ давленіи—отъ 19,2 до 18 милл.) для нормальныхъ родовъ въ концѣ періода раскрытія и отъ 26,1 до 25,5 милл. Hg. (въ относительномъ давленіи—отъ 23,4 до 25,6 милл.) для родовъ съ замедленной родовой дѣятельностью въ концѣ того же періода; для періода изгнанія эта разница являлась равною 31,5—15,4 милл. Hg. (въ относительномъ давленіи—28,9—17,5 милл.) для случаевъ съ нормальной родовой дѣятельностью и 25,2 милл. Hg. (въ относительномъ давленіи—21,2 милл.) для случаевъ съ замедленной родовой дѣятельностью; наконецъ, въ раннихъ стадіяхъ періода раскрытія разница въ давленіи во время схватокъ равнялась 22,9—24 милл. Hg. (въ относительномъ давленіи—17,6—21,4 милл.) для нормальныхъ родовъ и 33,9—30,7 милл. Hg. (въ относительномъ давленіи—27,1—25,3 милл.) для родовъ съ замедленной родовой дѣятельностью.

9. Внутриматочное давленіе во время паузъ послѣ впрыскиваній питуитрина также возрастаетъ, хотя на незначительную, сравнительно, величину, а именно, въ среднемъ разница въ давленіи до и послѣ впрыскиваній питуитрина равнялась, по моимъ наблюденіямъ, 3,8—1,8 милл. Hg. при нормальныхъ родахъ въ концѣ періода раскрытія и 6,7—2 милл. Hg.—въ случаяхъ съ замедленной родовой дѣятельностью въ томъ же періодѣ; въ періодѣ изгнанія разница эта равнялась 2,1 милл. Hg. для нормальныхъ родовъ и 3,9 милл., для родовъ съ замедленной родовой дѣятельностью; наконецъ, въ раннихъ стадіяхъ періода раскрытія она колебалась въ предѣлахъ отъ 5,2 до 3,3 милл. Hg. при нормальныхъ родахъ и въ предѣлахъ отъ 6,8 до 5,4 милл. при родахъ съ замедленной родовой дѣятельностью.

10. Имѣющіяся въ литературѣ указанія на то, что питуитринъ лучше дѣйствуетъ у повторныхъ роженицъ, притомъ съ разорваннымъ плоднымъ пузыремъ, не находятъ себѣ подтвержденія въ моихъ наблюденіяхъ.

11. Подмѣченныя нѣкоторыми авторами „Sturmwehen“, по моимъ наблюденіямъ, встрѣчаются почти въ каждомъ случаѣ примѣненія питуитрина—то въ большей, то въ меньшей степени. Наиболѣе рѣзко выражены бываютъ бурныя схватки тогда, когда питуитринъ примѣняется въ раннихъ стадіяхъ

периода раскрытія. Средняя продолжительность тавныхъ, напоминающихъ столбнякъ, сокращеній матки равняется приблизительно 10—15 мин. Какихъ-либо вредныхъ послѣдствій, впрочемъ, „Sturmwehen“, повидимому, за собой не ведутъ— ни для матери, ни для плода.

12. Въ раннихъ стадіяхъ періода раскрытія,—у первородящихъ при дѣломъ околоплодномъ пузырьѣ, а у повторнородящихъ, кромѣ того, при особой ригидности мягкихъ тканей полового канала,—питуитринъ можетъ вызвать настоящій столбнякъ матки. Такія тетаническія сокращенія въ моемъ матеріалѣ встрѣтились 5 разъ (10%), причемъ въ среднемъ они продолжались до 18 мин. Въ дальнѣйшемъ теченіи маточныя сокращенія приобрѣтали физиологическій характеръ и нормальный ритмъ. Tetanus uteri наблюдался въ моемъ матеріалѣ только послѣ первой инъекціи питуитрина; повторныя впрыскиванія тетаническихъ сокращеній не вызывали. Сердцебіеніе плода падало во время тетаническихъ сокращеній до 80—60 ударовъ въ минуту, но въ дальнѣйшемъ сердечная дѣятельность плода выравнивалась, и дѣти рождались живыми и безъ асфиксіи.

13. Доза питуитрина въ 1 куб. сант., вполне достаточна для лечебнаго эффекта. Половинныя и вообще раздѣльныя малыя дозы дѣйствуютъ слабѣе. Наибольшая однократная доза, примѣненная мною съ хорошиимъ успѣхомъ, равнялась 1,5 куб. сант.

14. Повторныя дозы питуитрина всегда даютъ эффектъ, когда-бы онѣ не примѣнялись; разница въ дѣйствіи между первой дозой и повторными—только количественная.

15. Дѣйствіе питуитрина начинается спустя 2—10 мин.—въ среднемъ, въ моихъ опытахъ, черезъ 5,8 мин.— послѣ момента впрыскиванія. Мѣсто впрыскиванія (рука, нога, животъ) на быстроту дѣйствія вліянія не оказываетъ.

16. Средняя продолжительность дѣйствія одной дозы питуитрина (1 куб. сант.) равняется приблизительно 1 часу.

17. Въ трехъ случаяхъ изъ 50 (6%) питуитринъ не далъ мнѣ совершенно никакого эффекта, а въ 4 другихъ (8%) не оказалъ замѣтнаго вліянія на поступательное движеніе родовъ.

18. Послѣдовый и послѣродовой періоды послѣ примѣненія питуитрина протекли въ прослѣженныхъ мною случаяхъ.

безъ осложненій. Послѣдъ отдѣлялся самостоятельно. Атоніи матери послѣ примѣненія питуитрина я не наблюдалъ ни разу.

19. Изъ неприятныхъ побочныхъ явленій послѣ впрыскиванія питуитрина со стороны матери слѣдуетъ отмѣтить: тошноту, сердцебіеніе, блѣдность лица, чувство замиранія въ области сердца. Такія явленія встрѣтились въ двухъ случаяхъ (4⁰/₁₀). Неприятное дѣйствіе питуитрина на ребенка свазывается замедленіемъ его сердцебіенія, каковое замедленіе можетъ, повидимому, повести къ асфиксії плода.

20. Заболѣванія сердца и почекъ у рожениць требуютъ по меньшей мѣрѣ осторожности въ примѣненіи питуитрина.

21. Подкожныя впрыскиванія питуитрина безболѣзненны.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ для себя долгомъ высказать искреннюю благодарность своему глубокоуважаемому учителю, проф. Викторину Сергѣевичу Груздеву, за предложенную тему и за постоянное, незамѣнимое руководство при ея выполненіи и при выполненіи другихъ работъ, а также за свое клиническое образованіе, полученное подъ его руководствомъ.

Прив.-доц. В. В. Николаева прошу принять мою благодарность за полезныя указанія при обработкѣ кривыхъ.

Завѣдующему Лихачевскимъ родильнымъ отдѣленіемъ, Казанской губернской земской больницы д-ру Б. Н. Агафонову за разрѣшеніе работать въ завѣдуемомъ имъ отдѣленіи приношу товарищескую благодарность.

Литература.

1. Aarons. On the use of pituitary extract in Obstetrics and Gynaecology. V-e Congrès internation. d'obstétrique et de gynécologie. Travaux du Congrès, II vol., p. 948.
2. Acconci. Sulla contrazione e sull'inerzia dell'utero. Torino, 1891. Цит. по Wasenius'у.
3. Albrecht. Ueber die Anwendung des „Pituglandol Roche“ bei Abortus und Frühgeburt. Bayerische Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in München. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1912, № 37, S. 1225.
4. Anderes. Hypophysenextrakt, das Pituitrin, resp. Pituglandol, als Wehenmittel. Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte, 1912, № 12, S. 454.
5. Andriezen. The morphology, origin and evolution of function of the pituitary body and its relation. Цит. по Нарбуту.
6. Антецкий и Забржевский. Случай успешнаго примѣненія питуитрина при эклампсiи роженицъ. Медысина і Кроника lekarska, 1912, № 15. Ref. Русс. Врачъ, 1912, № 24, стр. 1049.
7. Они же. Примѣненіе питуитрина въ акушерствѣ. Ref. Русс. Врачъ, 1912, № 42, стр. 1772.
8. Aschner. Ueber die Funktion der Hypophyse. Pflüger's Arch. f. d. gesammte Physiologie, 1912, Bd. 146, H. 1—3, S. 1.
9. Онъ же. Ueber die Beziehung zwischen Hypophysis und Genitale. Arch. f. Gyn., Bd. 97, H. 2, S. 200.

10. Ascoli u. Legnani. Die Folgen der Exstirpation der Hypophyse. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 10, S. 518.
11. Aubert. Die Anwendung von Pituitrin. Gynaecologia helvetica, 1912. Peф. Zentralbl. f. Gyn., 1912, № 43, S. 1447.
12. Bab. Behandlung der Osteomalacie mit Hypophysenextrakt. Münch. med. Wochenschr., 1911, № 34, S. 1814.
13. Bagger-Jørgensen. Pituitrin als wehentreibendes Mittel. Zentralbl. f. Gyn., 1911, № 37, S. 1305.
14. Bell. The pituitary body. Brit. Med. Journ., 1909, p. 1609.
15. Bell a. Hick. Observations on the physiologie of the female genital organs. British Med. Journ., 1909, pp. 517, 592, 655, 716, 777.
16. Benda. Beiträge zur norm. und pathologischen Histologie der menschlichen Hypophysis cerebri. Berliner klin. Woch., 1900, № 52, S. 1205.
17. О н ъ ж е. Ueber den normalen Bau und einige pathologische Veränderungen der menschlichen Hypophysis cerebri. Arch. f. Anat. u. Physiol., Physiologische Abtheilung, 1900, S. 373.
18. Benthin. Die Wirkung des Hypophysenextraktes zur Differentialdiagnose zwischen Schwangerschaft und Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 70, H. 1, S. 60.
19. Berkley. The finer anatomy of the infundibular region of the cerebrum including the pituitary gland. Brain, part IV, 1894, p. 515.
20. Biedl. Innere Sekretion. Wien, 1911.
21. Bondy. Pituitrin in der geburtshilflichen Praxis. Berlin. klin. Wochenschr., 1911, № 32, S. 1461.
22. Borchardt. Funktion und funktionelle Erkrankungen der Hypophyse. Ergebn. der inn. Med. u. Kinderheilk. Цит. по Aschner'y.

23. Bovermann. Ueber unerwünschte Nebenwirkung bei Hormonal — und Pituitrininjektionen. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 28, S. 1553.
24. Bramer. Pituitrin als wehentreibendes Mittel. Hospitalstiftende, 1912, № 14. Ref. Münch. medic. Wochenschr., 1912, № 40, S. 2184.
25. Бужоемскій. Къ вопросу объ акушерской анестезиі дыханіями эфира и хлороформа. Дисс., Петербургъ, 1895.
26. Буховцевъ. Къ вопросу о вліяніи гидрата хлорала на сокращенія матки во время родовъ. Дисс., 1873, Петербургъ.
27. Cahn. Die Bedeutung des Pituitrins für die Geburtshilfe. Inaug.-Diss., 1911, Freiburg.
28. Caselli. Ipofisi e glicosuria. Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale, 1900, v. 26, p. 120.
29. Онъ же. Influenza della funzione dell'ipofisi. Riv. speriment. di fren., v. 26, 1900, p. 176.
30. Онъ же. Sui rapporti funzionale della glandola pituitaria. Тамъ же, 1900, v. 26, 468.
31. Chassagny et Joulin. Ref. Arch. f. Gyn., Bd. III, H. 1, S. 60.
32. Cerletti. Effets des inject. de suc d'hypoph. sur l'accroissement somatique. Arch. ital. de biol., v. 47, 1907. Цит. по Aschner'у.
33. Cohn. Glanduitrin, ein neues Hypophysenextrakt. Berlin. klin. Wochenschr., 1912, № 48.
34. Comte. Contribution à l'étude de l'hypophyse etc. Ziegler's Beitr., Bd. 23, S. 90.
35. Cramer. Note on the action of pit. extr. upon the enucl. froys eye. Quart Journ. of exper. phys., vol. 1, p. 189, 1908. Цит. по Aschner'у.
36. Cushing. The hypophysis cerebri. Цит. по Aschner'у.
37. Cyon. Die Verrichtungen der Hypophyse. Pflüger's Arch., Bd. 70, 71, 72, 73, 77, 81, 87, 101. Цит. по Aschner'у.

38. Dale. On some physiological actions of ergot. Journ. of Physiol., vol. 34, p. 163, 1906.
39. О н ъ ж е. The action of extracts of the pituitary body. Biochemical Journal, 1909. Цѣт. по А а r o n s ' y .
40. Dastre. Rivista sperimentale di freniatria, 1892, p. 526. Цѣт. по Н а р б у т у .
41. Delille. L'hypophyse et la médication hypophysaire, Paris, 1900. Berl. klin. Wochenschr., 1909, Sammelref.
42. D ö n h o f f . Ueber die Einwirkung des Chloroforms auf den normalen Geburtsverlauf nach Untersuchungen mit dem Tokodynamometer. Arch. f. Gyn., Bd. 42, H. 2, S. 305.
43. Duncan. Ref. Arch. f. Gyn., Bd. III, H. 1, S. 61.
44. Ebelер. Anwendung des Pituitrins bei Wehenschwäche und Harnverhaltung der Wöchnerinnen. Ref. Mediz. Klinik, 1911, № 29, S. 1139.
45. Eisenbach. Ueber Erfahrungen mit Pituglandol in der Geburtshilfe. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 45, S. 2445.
46. Eppinger, Falta u. Rudinger. Ueber die Wechselwirkung der Drüsen mit innerer Sekretion. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 66—67.
47. Erdheim u. Stumme. Ueber Schwangerschaftsveränderung der Hypophyse. Ziegler's Beitr., 1909, Bd. 46, H. 1, S. 1.
48. Exner. Implantation von Hypophysen. Centralbl. f. Chir., 1910.
49. Falta. Weitere Mitteilungen zur Wechselbeziehung der Drüsen mit innerer Secretion. Wien. klin. Wochenschr., 1909, № 27, S. 984.
50. Falta u. Ivovic. Offizielles Protokoll der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitz. vom 17 Dezember 1909. Ref. Wien. med. Wochenschr., 1909, № 51, S. 1806.

51. Fellenberg. Ueber Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1911, № 35, S. 1227.
52. Fischer. Hypophysis, Akromegalie und Fettsucht. Frankf. Zeitschr. f. Pathol., Juli, 1910. Цит. по Aschner'y.
53. Fischer. Pituitrinwirkung in 50 geburtshilflichen Fällen. Zentralbl. f. Gyn., 1912, № 1, S. 15.
54. Fischer. Pituitrin (Pituglandol) als Mittel zur Erzeugung und Verstärkung der Wehen. Lijecnicki vijesnik, 1912, № 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1912, № 25, S. 825.
55. Flatau. Pituitrin als Wehenmittel. Aerztliche Verein in Nürnberg. Sitzung vom 5 Oktober 1911. Ref. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 2, S. 116.
56. Флоринский. Хлороформъ, употребление его при нормальныхъ родахъ. Протоколы О-ва Русскихъ врачей въ Петербургѣ, 1867—1868, стр. 109. Цит. по Пуло.
57. Foges. u. Hofstätter. Ueber Pituitrinwirkung bei Post-partum-Blutungen. Zentralbl. f. Gyn., 1910, № 46, S. 1500.
58. Franchini. Die Funktion der Hypophyse und die Wirkungen der Injektion ihres Extraktes bei Tieren. Berlin. klin. Wochenschr., №№ 14—16, 1910.
59. Frankl—Hochwart u. Fröhlich. Zur Kenntnis der Wirkung des Hypophysins auf das sympathische und autonome Nervensystem. Wien. klin. Wochenschr., 1909, № 27, S. 982.
60. Ониеже. Zur Kenntnis der Wirkung des Hypophysins (Pituitrins Parke-Davis) auf das sympathische und autonome Nervensystem. Arch. f. exp. Path. u. Pharm., 1910, Bd. 63, H. 5—6, S. 316.

61. Friedmann u. Maas. Ueber Exstirpation der Hypophysis cerebri. Berl. klin. Wochenschr., 1900, № 52, S. 1213.
62. Friedmann. Noch einige Erfahrungen über Exstirpation der Hypophysis cerebri etc. Berlin. klin. Wochenschr., 1902, № 19, S. 436.
63. Fries. Klinische und poliklinische Erfahrungen mit Pituitrin als wehenanregendem und wehenverstärkendem Mittel. Münch. med. Wochenschr., 1911, № 46, S. 2438.
64. Fries. Die Behandlung der Wehenschwäche, mit besonderer Berücksichtigung der Hypophysenextraktpräparate als Wehenmittel. Deutsche med. Wochenschr., 1912, № 37, S. 1730.
65. Fühner. Das Pituitrin und seine wirksamen Bestandteile. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 16, S. 852.
66. Gemelli. Contrib. à la phys. de l'hypophyse. Arch. di fisiol., t. 3, 1905. Цит. по Aschner'y.
67. Онъ же. Ulteriori contributo alla conoscenza della funzione dell'ipofisi cerebrale. Ref. Rif. med., 1908, p. 77.
68. Гентеръ. Питуитринъ при слабыхъ родовыхъ боляхъ. Врач. Газ., 1911, № 50, стр. 1627.; Засѣд. Акуш.-Гинеѣ. Об-ва въ Петербургѣ 3 ноября 1911 г. Реф. Жур. Акуш. и Женск. Бол., 1912, № 2, стр. 264.
69. Гиненевичъ. Клиническія наблюденія надъ дѣйствіемъ питуитрина въ акушерствѣ. Русс. Врачъ, 1912, № 1, стр. 18.
70. Gisel. Ueber die Wirkung von Pantopon und Pituglandol in der Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gyn., 1913, № 5, S. 167.
71. Gley. Compt. rend. soc. de biol., 1891, p. 845. Цит. по Aschner'y.
72. Golla. Lancet, 1902, Febr. 15. Цит. по Aarons'y.

73. G o e b e l. Pituglandol (Roche) als Wehenmittel. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 30, S. 1669.
74. G o t t f r i e d. Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Zentralbl. f. Gyn., 1911, № 14, S. 542.
75. G r ü n b a u m. Weitere Erfahrungen über die Wirkung des Hypophysenextraktes in der Geburtshilfe. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 38, S. 2048.
76. G r ü t z n e r. Die glatten Muskeln. Ergebnisse der Physiologie. Dritter Jahrgang, Abth. 2, S. 12.
77. Г у с е в ь. Вытяжка изъ мозгового придатка (extr. hypophyseos), какъ средство, возбуждающее родовыя боли. Русс. Врачъ, 1911, № 52, стр. 217.
78. H a g e r. Pituitrin als Mittel zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Übertragung der Frucht. Zentralbl. f. Gyn., 1912, № 10, S. 304.
79. H a h l. Die Verwendbarkeit des Pituitrins in der Geburtshilfe. Praktische Ergebnisse d. Geb. u. Gyn., IV Jahrgang, H. 2, S. 243.
80. H a l l i o n e t C a r r i o n. Sur l'essai exper. de l'extrait ophothérapieutique d'hypophyse. Цит. по Bied'ю.
81. H a m m. Hypophysenextrakt als Wehenmittel bei rechtzeitigiger und vorzeitiger Geburt. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 2, S. 77.
82. H a n d e l s m a n n a. H o r s l e y. Vorläufige Mitteilung über experimentelle Untersuchungen der Hypophyse, Br. med. J., 4. XI 1911. Ref. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 17, S. 945.
83. H e d b o m. Ueber die Einwirkung verschiedener Stoffe auf das isolirte Säugethierherz. Scandinav. Arch. f. Physiol., 1898, Bd. VIII, S. 147.
84. H e i l. Ueber eine ungewöhnliche Wirkung des Hypophysenextraktes auf den gebärenden Uterus. Zentralbl. f. Gyn., 1912, № 42, S. 1398.

85. Heilborn. Zur Wirkung des Hypophysenextraktes in der Geburt. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 42, S. 2279.
86. Hengge. Hypophysenextrakt und Dämmer Schlaf in der praktischen Geburtshilfe. Bayerische Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in München. Sitzung 7 Juli 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1912, № 37, S. 1225; Münch. med. Wochenschr., 1912, № 51, S. 2814.
87. Hensen. Ueber den Einfluss des Morphiums und des Aethers auf die Wehentätigkeit des Uterus. Arch. f. Gyn., Bd. 55, H. 1, S. 129.
88. Herff u. Hell. Secacornin oder Pituitrin unter der Geburt? Münch. med. Wochenschr., 1912, № 3, S. 132.
89. Онѣ же. Secacornin. Arch. f. Gyn., Bd. 97, H. 3.
90. Herring. The action of pituitary extracts on the heart and circulation of the frog. Journ. of Phys., v. 31, p. 429.
91. Hertwig. Элементы эмбриологии. 1908.
92. Hirsch. Pituitrin in der Geburtshilfe. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 18, S. 984.
93. Hirsch. Ueber die Anwendung der Hypophysenextrakte in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Therapeutische Monatshefte, 1912, H. 11, S. 790.
94. Hofbauer. Pituitrin und Digitalis in der geburtshilflichen Praxis. XIX Kongress der Deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1911, № 27, S. 964.
95. Онѣ же. Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Zentralbl. f. Gyn., 1911, № 4, S. 137.
96. Онѣ же. Pituitrin und Digitalis in der geburtshilflichen Praxis. Monatschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 34, H. 3.

97. О н ъ ж е. Die Verwertung der Hypophysenextrakte in der praktischen Geburtshilfe. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 12, S. 668.
98. О н ъ ж е. Die Verwertung der Hypophysenextrakte in der praktischen Geburtshilfe. Münch. med. Wochenschrift., 1912, № 22, S. 1210.
99. Hofstätter. Die Therapie der Blutungen post partum. Geburtshilflich-gynäkologische Gesellsch. in Wien. Sitzung vom 11 Januar 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1910, № 45, S. 1458.
100. Horsley. Functional nervous disorders due to loss of thyroid gland and pituitary body. Lancet, vol. 1, p. 5, 1886; Brit. med. Journ., vol. 1, p. 323; vol. 2, p. 411, 1906. Цит. по Aschner'y.
101. Howell. The physiol. effects of extracts of pit. body. Journ. of exper. Med., vol. 3, p. 215, 245, 1898. Цит. по Aschner'y.
102. Humpstone. Hypophysenextrakt bei inertio uteri. Amer. Journ. of obst. and dis. of w. and children, 1912, september. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1913, № 1, S. 43.
103. Jaeger. Versuche zur Verwendung des β -Imidazolyläthylamins in der Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gyn., 1913, № 8, S. 265.
104. О н ъ ж е. Ueber Pituitrinwirkung. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 6, S. 297.
105. К а л а б и н ъ. О вызываніи маточныхъ схватокъ при родахъ помощью питуитрина. Практ. Врачъ, 1912, № 36.
106. Kecker. Wehenmittel in alter und neuer Zeit, mit besonderer Berücksichtigung des Hypophysen-Extraktes. Inaug.-Diss., 1912, Berlin.
107. Kehrer. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Mutterkornpräparate. Arch. f. Gyn., Bd. 84, H. 3, S. 2.

108. О н ъ ж е. Die medikamentöse Therapie der Uterusblutungen und der jetzige Stand der Mutterkornfrage. *Medicin. Klinik*, 1908, № 20—22.
109. О н ъ ж е. Der überlebende Uterus als Testobject für die Wertigkeit der Mutterkorn-Präparate. *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmacol.*, Bd. 58, S. 366.
110. О н ъ ж е. Die Wehentätigkeit des menschlichen Uterus. *Ref. Zentralbl. f. Gyn.* 1911, № 28, S. 1006.
111. О н ъ ж е. Die motorischen Functionen des Uterus und ihre Beeinflussung durch Wehenmittel. *Gesellschaft 1. Natur—und Heilkunde zu Dresden. Sitzung vom 27 April 1912. Münch. med. Wochenschr.*, 1912, № 33, S. 1831.
112. О н ъ ж е. Diskussion zu Kehrer's Vortrag. „Die subcutane Symphysiotomie in der Therapie des engen Beckens“. *Gynaekol. Gesellsch. zu Dresden. Sitzung vom 17 Oktober 1912. Zentralbl. f. Gyn.*, 1913, № 4, S. 138.
113. О н ъ ж е. Die subkutane Symphysiotomie in der Therapie des engen Beckens. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1913, № 4, S. 138.
114. К е п и н о в ъ. Къ вопросу о физиологическомъ дѣйстви вытяжки мозговой железы (*Hypophysis cerebri*). *Русс. Врачъ*, 1912, № 30, стр. 1267.
115. К л а н г ъ. *Hypophysis cerebri; extractum glandulae pituitariae—puititrin (ext hypophysini)* и его терапевтическое примѣненіе. *Журн. Акуш. и Женск. Болѣзней*, 1911, стр. 1092 и 1264.
116. К л и к о в и с ч. Ueber das Stickstoffoxydul als Anästheticum bei Geburten. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 18, H. 1, S. 81.
117. К л о т з. Ueber die therapeutische Anwendung von Puititrin (*Hypophysenextrakt*) mit besonderer Berücksichtigung seiner blutdrucksteigernden Komponente. *Münch. med. Wochenschr.*, 1911, № 21, S. 1119.

118. Koefoed. Om Anvendelsen af Anæsthetica under Fødsel ved Natura. Kjöbenhavn, 1883. Цит. по Wasenius'y.
119. Kohn. Sammelref. Münch. med. Wochenschr., 12 Juli, 1910.
120. Онъ же. Ueber das Pigment der Neurohypophyse des Menschen. Arch. f. mikr. Anat., Bd. 75, S. 337.
121. Koldé. Untersuchungen von Hypophysen bei Schwangerschaft und nach Kastration. Arch. f. Gyn., Bd. 98, H. 3, S. 505.
122. XIV Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie zu München 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1911, № 27—29.
123. Kratochvil. Pituitrin und seine Anwendung. Časopis lékařuv českých, 1912, № 32. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1913, № 1, S. 45.
124. Kraus. Studien der lipoiden Substanzen der menschlichen Hypophyse. Sitzungsbericht d. Wissenschaftl. Gesellsch. deutscher Aerzte in Böhmen. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 49, S. 2706.
125. Kristeller. Monatsschr. f. Geburtskunde u. Frauenkrankheiten, 1861, Bd. 17, S. 166. Цит. по Wasenius'y.
126. Kroemer. Pituitrin als Vorbereitung zum Kaiserschnitt und als Mittel gegen Wehenschwäche. Zenbl. f. Gyn., 1911, № 39, S. 1361.
127. Kupfer. Die Deutung des Hirnanhanges. Цит. по Нарбуту.
128. Kupferberg. Aertzlicher Kreisverein Mainz. Offizielles Protokol. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 20, S. 1131.
129. Курдиновскій. Физиологическіе и фармакологическіе опыты на изолированной маткѣ. Дисс., 1903, Петербургъ.

130. Онъ же. Ueber die reflektorische Wechselbeziehung zwischen den Brustdrüsen und dem Uterus und über die wichtige Rolle der reflectorischen Einflüsse im Allgemeinen, sowohl in der Physiologie als auch in der Pathologie des graviden und nichtgraviden Uterus. Arch. f. Gyn., Bd. 81, H. 2, S. 340.
131. Онъ же. Основы рациональнаго (экспериментально-клиническаго) изученія маточныхъ средствъ вообще и питуитрина въ частности. Врач. Газ., 1913, №№ 2—4.
132. Лавдовскій. Основанія въ изученію микроскопической анатоміи человѣка и животныхъ, 1887 г.
133. Lannois et Mulon. Études sur l'hypophyse humaine à la fin de la gestation. Arch. d. gyn. et d'obstetr., 1904. Цит. по Aschner'у.
134. Lehmann. Zur Wirkung der Hypophysenextrakte. Zentralbl. f. Gyn., 1912, № 35, S. 1147.
135. Liepmann. Der Hypophysenextrakt in der Geburtshilfe. Therapeutische Monatshefte, 1912, H. 8, S. 569.
136. Linzenmeier. Die Bedeutung der Hypophysenpräparate für die Hebosteotomie. Zentralbl. f. Gyn., 1913, № 5, S. 159.
137. Livon. Pénétration par la voie nerveuse de la sécrétion interne d'hypophyse. Compt. rend. Soc. biol., t. 65, p. 744, 1908.
138. Lomonaco e v. Rynberk. Sulla funzione dell'ipofisi cerebrale. Цит. по Aschner'у.
139. Marie. Sur deux cas d'acromégalie, hypertrophie singulière non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphaliques. Rev. de Méd., 1886, p. 298. Цит. по Aschner'у.
140. Онъ же. L'acromégalie. 1886. Цит. по Нарбуту.

141. **Marinesco.** De la destruction de la glande pituitaire chez le chat. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1892, séance du 11 Juin, p. 509.
Цит. по **Aschner'y.**
142. **Mayer E.** Ueber die Beziehungen zwischen Keimdrüsen und Hypophysis. Arch. f. Gyn., Bd. 90, H. 3, S. 600.
143. **Meyer u. Hauch.** Pituitrin als Ekbolikum. Hospitalstiftende, 1912, № 14. Ref. Münch. med. Woch., 1912, № 40, S. 2184.
144. **Merkel.** Münch. med. Wochenschr., 1912, № 35 (?).
Реф. Русск. Врачъ, 1912, № 44, стр. 1844.
145. **Mory.** Pituitrin als Wehenmittel. Inaug.-Diss., 1912, Strassburg.
146. **Mummery a. Sumes.** Some points on the experimental production and control of the vascular atony of surgical shock. Brit. Med. Journ., vol. 2, p. 786, 1908.
147. **Нарбутъ.** Мозговой придатокъ и его значеніе для организма. Дисс., Петербургъ, 1903.
148. **Nagy.** Wehenerregung und Wehenverstärkung durch Pituitrin. Zentralbl. f. Gyn., 1912, № 10, S. 300.
149. **Neu.** Untersuchungen über die Bedeutung des Suprarenins für die Guburtshilfe. Arch. f. Gyn., Bd. 85, H. 3, S. 617.
150. **Онъ же.** Zur Pharmakologie und klinischen Dignität der Uterustonica. Munch. med. Wochenschr., 1911, № 11, S. 565.
151. **Онъ же.** Ueber einen durch Pituitrin günstig beeinflussten Fall von Osteomalakie. Zentralbl. f. Gyn., 1911, № 35, S. 1233.
152. **Новиковъ.** Нѣсколько наблюдений надъ дѣйствиємъ питуитрина. Засѣд. Кіевскаго Акуш.-Гинек. Об-ва 27 апр. 1912. Врач. Газ., 1912, № 22, стр. 867.

153. Н ю р е н б е р г ъ. Фундція придатка мозга и ея нарушенія. Обзорніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи, 1911, № 11—12, стр. 709.
154. Oliver a. Schäfer. On the physiol. action of extracts of pit. body. Journ. of Physiol., vol. 18, p. 277, 1897. Цит. по Aschner'y.
155. Pal. Ueber die Gefässwirkung des Hypophysentraktes. Wien. med. Wochenschr., 1909, № 3, S. 138.
156. Онъ же. Wien. klin. Wochenschr., 1909, № 27.
157. Онъ же. Ueber die Gefässwirkung des Hypophysenextraktes. Zentralbl. f. Physiol., № 23, 1909.
158. Parache. Hypophysenextrakt bei der Geburt. Ref. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 45, S. 2475.
159. Parisot. Recherches sur la toxicité de l'extrait d'hypophyse. Comptes rendus hebdomadaires de Séances et Memoires de la Societé de Biologie, 1909, vol. 67, p. 71.
160. Parisot et Spire. La médication hypophysaire en obstétrique. Annal. de gynécologie et d'obstétrique, 1911, décembre, p. 689.
161. Patek. Ueber eine ungewöhnliche Wirkung des Hypophysenextraktes auf den gebärenden Uterus. Zentralbl. f. Gyn., 1912, № 33, S. 1083.
162. Paulesco. L'hypophyse du cerveau, Paris, 1908. Цит. по Aschner'y.
163. Pfeifer, Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Zentralbl. f. Gyn., 1911, № 22, S. 814.
164. Питуитринъ на 4-мъ Съѣздѣ Об-ва Россійскихъ Акушеровъ и Гинекологовъ въ Петербургѣ 1911 г. Реф. Врач. Газ., 1912, № 1, стр. 22.
165. Polailon. Arch. f. physiologie, 1880, S. 1. Цит. по Wasenius'y.

166. По пандопуло. Питуитринъ, какъ средство усиливаю-
щее родовыя схватки. Врач. Газ., 1912, № 36.
167. Poppel. Monatsschr. f. Geburtskunde u. Frauenkrankh.,
Bd. 22, S. 1. Цит. по Wasenius'y.
168. Pouillet. Arch. de tocologie, fevrier, 1880. Цит. по W a-
senius'y.
169. Проскуракова. Лѣчебное примѣненіе вытяжки изъ
мозгового придатка въ акушерствѣ и гинеко-
логии. Русс. Врачъ, 1912, № 49, стр. 2018.
170. Пулло. Вліяніе хлороформа на нормальные роды. Дисс.,
1875, Москва.
171. Раабъ. О вліяніи препаратовъ hypophysis на родовую
дѣятельность. Врачеб. Газ., 1912, № 51,
стр. 1853.
172. Rath. Ein Beitrag zur Kasuistik der Hypophysentumo-
ren. Dissert., Göttingen, 1888. Цит. по
Aschner'y.
173. Reynolds. Der Gebrauch des Hypophysenextrakts in
der Geburtshilfe. Amer. Journ. of obst. and
dis. of w. and children, 1912, oktober. Ref.
Zentralbl. f. Gyn., 1913, № 1, S. 44.
174. Ribemont. Arch. de tocologie, Nov., 1879. Цит. по
Wasenius'y.
175. Richter. Wehenschmerzmildernde und wehenanregende
Mittel in der Geburtshilfe. Wien. klin. Wo-
chenschr., 1912, № 13, S. 478.
176. Rieck. Pituitrin als Wehenmittel im Privathause nicht
zu empfehlen. Münch. med. Wochenschr., 1912,
№ 15, S. 816.
177. Онъ же. Wider und für Pituitrin. Münch. med. Wo-
chenschr., 1912, № 52, S. 2872.
178. Roemer. Pituglandol in der geburtshilflichen Polikli-
nik. Münch. med. Woch., 1912, № 38, S. 2046.
179. Ross. Ueber Extractum hypophysis als Mittel zur Anre-
gung der Wehentätigkeit. Zentralbl. f. Gyn.,
1911, № 34, S. 1208.

180. R ü b s a m e n. Untersuchungen über die Höhe und die Bedeutung des Blutverlustes beim klassischen Kaiserschnitt und bei Placenta praevia. VI Internationaler Kongress für Geb. u. Gyn. in Berlin, 1912. Zentralbl. f. Gyn., 1912, № 40, S. 1297.
181. Salmon. Sur l'origine du sommeil. Rév. de méd., t. 26, p. 368, 1906.
182. Schatz. Beiträge zur physiologischen Geburtskunde. Arch. f. Gyn., Bd. 13, H. 1, S. 58.
183. О н ъ ж е. Ueber die Formen den Wehencurve und über die Peristaltik des menschlichen Uterus. Arch. f. Gyn., Bd. 27, H. 2, S. 284.
184. Schäfer P. Erfahrungen mit Pituglandol. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 2, S. 75.
185. Schäfer. Functions of the pituitary body. Proc. of the Royal Soc. of London, vol. 81, p. 550, Oct., 1909. Цит. по Aschner'y.
186. Schäfer a. Vincent. On the action of the extr. of pit. inject. intraven. Journ. of Phys., vol. 24, p. 19, 1899; vol. 25, p. 87, 1899. Цит. по Aschner'y.
187. Schäfer a. Magnus. The action of pituitary extracts upon the kidney. Journ. of Physiol., vol. 27, p. 9, 1901—02.
188. Schäfer a. Herring. The action of pit. extr. upon de kidney. Proc. of the Royal Soc. of London, vol. 77, p. 571, 190. Цит. по Aschner'y.
189. Schacffer. Die austreibenden Kräfte. Winckel's Handbuch der Geburtshilfe, Bd. 1, H. 2, S. 872. По этому источнику мною цитированы работы Frommel'a, Heddaeus'a, Spiegelberg'a, Keifer'a, Ahlfeld'a, Cohnstein'a, Glaevecke, Hoffmann'a и Werth'a.
190. Schiff. Beeinflussung des Stoffwechsels d. Hypophysis u. Thyreoidpräp. Zentralbl. f. klin. Med., Bd.

- 32, Suppl., S. 284—290, 1897; Wien. klin. Wochenschr., 1897.
191. Schirmer. Pituitrin, das neu Wehenmittel. Deutsche medic. Gesellsch. in Chicago. Sitzung vom 2 November 1911. Ref. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 7, S. 391.
192. Широковъ. Случай примѣненія питуитрина въ акушерствѣ. Русс. Врачъ, 1912, № 26, стр. 1108.
193. Шлапоберскій. Къ вопросу о примѣненіи питуитрина. Русс. Врачъ, 1912, № 26, стр. 1107.
194. Schmid. Ueber die Anwendung von Pituitrin und Pantoron in der Geburtshilfe. Gyn. Rundschau, 1911, № 15.
195. Онъ же. Ueber die Anwendung von Pituitrin in der praktischen Geburtshilfe. Verein Deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 24 November 1911. Ref. Münch. med. Wochenschr., 1912, № 1, S. 61.
196. Онъ же. Zur Behandlung atonischer Blutungen. Deutsche med. Wochenschr., 1912, № 41.
197. Schneider—Sievers. Kasuistische Mittheilungen aus der geburtshilflichen Praxis. Geburtsh. Gesellsch. zu Hamburg. Sitzung vom 9 Januar 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1912, № 12, S. 368.
198. Словцовъ. Засѣд. Саратовскаго Физико-Медиц. Об-ва 1911 г. 12 декабря. Врач. Газ., 1912, № 6, S. 241.
199. Смольскій. О вліяніи хлористоводороднаго хинина на сокращенія матки при родахъ. Дисс., 1876, Петербургъ.
200. Spaeth. Hypophysenextrakt in der Geburtshilfe. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1912, № 12, S. 369.
201. Stiassny. Eine neue Indikation zur Anwendung des Pituitrin. Gyn. Rundschau, 1912, № 13. Ref.

- Журн. Акуш. и Женских Бол., 1912, стр. 1017.
202. Starke nstein. Zur Pharmakologie des Pituitrins. Prager med. Wochenschr., 1912, № 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1912, № 25, S. 825.
 203. Stern. Wehenverstärkung und Wehenerregung durch Pituitrin. Zentralbl. f. Gyn., 1911, № 31, S. 1113; Berlin. klin. Wochenschr., 1911, № 32.
 204. Steuernagel. Ueber Pituitrin. Inaug.-Diss., 1911, Marburg.
 205. Stöhr. Учебникъ гистологии и микроскопической анатомии человека, 1904 г.
 206. Stolper. Hypophysenextrakt und Spätgeburt. Zentralbl. f. Gyn., 1913, № 5, S. 162.
 207. Stolz. Zur Verwertbarkeit der Hypophysenextrakte in der rechtzeitigen und vorzeitigen Geburt. Gynäkologische Rundschau, 1912, H. 21—24. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1913, № 9, S. 320.
 208. Studeny. Bericht über die Anwendung des Pituitrins in der Brünner Landesgebäranstalt. Wien. klin. Wochenschr., 1912, № 51.
 209. Студзинскій. О физиологическомъ дѣйствии вытяжекъ изъ мозгового придатка (hypophysis cerebri). Русс. Врачъ, 1911, № 17—19.
 211. Thаon. Ref. Вр. Газ., № 44, 1910, стр. 1303.
 212. Тигеръ. Къ вопросу о питуитринѣ, какъ о средствѣ, усиливающемъ родовыя боли. Врачеб. Газ., 1912, № 31, стр. 1141.
 213. Трапl. Kann man den Hypophysenextrakt dem Praktiker zur Leitung der Geburt empfehlen? Časopis lékařův českých, 1912, № 32. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1913, № 1, S. 45.
 214. Трапl. Hypophysenextrakt in der Behandlung der Placenta praevia. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 36, H. 4.

215. Valenti. Sullo sviluppo dell'ipofisi. *Anatom. Anzeiger*, 1895, Bd. 10, S. 538. Цит. по Нарбуту.
216. Vassale e Sacchi. Sulla distruzione della ghiandola pituitaria. *Rivista sperim. di fren.*, 1892, p. 525.
217. Voigt. Ueber die Wirkung des Pituitrins und seine Anwendung in der Geburtshilfe. *Frauenarzt*, 1911, H. 5, S. 214.
218. Voigts. Erfahrungen über Pituitrinwirkung in der Klinik und Poliklinik. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1911, № 49, S. 2286. Diskussion zum Vortrag des Herrn Voigts, *Zentralbl. f. Gyn.*, 1912, № 23, S. 750.
219. Voll. Pituitrinbehandlung. *Munch. med. Wochenschr.*, 1912, № 38, S. 2050.
220. Wasenius. Experimentelle Untersuchungen über die Uteruscontraktionen bei der Geburt, sowie über den Einfluss des Aeters und des Morphiums auf dieselben. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 84, H. 3, S. 539.
221. Weil et Boyé. Action différente des lobes hypophysaires sur la coagulation du sang chez l'homme et le lapin. *Compt. rend. de biol.*, vol. 67, p. 428, 1909.
222. Weil et Boyé. Essais de prévention et de correction de l'incoagulabilité hirudinique du sang chez le lapin. *Compt. rend. de Biolog.*, vol. 67, p. 192.
223. White. *British med. Journal.*, 1910, январь. Цит. по Проскуряковой.
224. Westermarck. Experimentelle Untersuchungen über die Wehentätigkeit des menschlichen Uterus bei der physiologischen Geburt. *Skandinav. Arch. f. Physiol.*, Bd. 4, S. 331.
225. Онъ же. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Chloroformnarkose auf die Wehen-

thätigkeit des menschlichen Uterus bei der physiologischen Geburt. Arch. f. Gyn., Bd. 61, H. 1, S. 134.

226. Winckel. Von der Einwirkung des Chloroforms auf die Wehenthätigkeit. Monatsschr. f. Geburtskunde., Berlin, 1865, S. 241, Bd. 25.
227. В и р ш у б с к і й. Къ распознаванію и леченію опухолей мозгового придатка. Практ. Врачъ, 1912, №№ 1—2.
228. Я с т р е б о в ъ. Значеніе данныхъ экспериментальной физиологіи родового канала у животныхъ для пониманія и объясненія явленій родового акта у женщины. Журн. Акуш. и Женскихъ Бол., 1912, сентябрь, стр. 1045.
-

Оглавленіе.

	<i>Стр.</i>
Глава I. Краткія свѣдѣнія объ анатомическомъ строеніи мозгового придатка (hypophys cerebri) и его значеніи для организма	5
Глава II. Вытяжки изъ задней (инфундибулярной) части мозгового придатка (питуитринъ, питугландоль, вапороль), ихъ фізіологическое дѣйствіе и примѣненіе въ акушерствѣ по литературнымъ даннымъ	29
Глава III. Измѣреніе силы маточныхъ сокращеній.—Токодинамометръ Schatz'a и его модификаціи.—Техника токодинамометріи въ нашихъ наблюденіяхъ съ питуитриномъ	118
Глава IV. Фізіологическая работа изгоняющихъ силъ при родахъ на основаніи изслѣдованій съ токодинамометромъ.—Паузы.—Кривая фізіологическихъ схватокъ, ея типъ.—Переходныя схватки.—Кривая потугъ.—Случайныя колебанія токодинамометрической кривой	138
Глава V. Протоколы токодинамометрическихъ наблюденій съ питуитриномъ.—Общіе выводы и заключеніе	155
Литература	319

Замѣченныя опечатки.

<i>Стр.:</i>	<i>Строна:</i>	<i>Напечатано:</i>	<i>Слѣдуетъ читать:</i>
9	16 снизу	железы	железы.
9	1 —	Leipno is и Mellon'омъ	Laipno is et Mellon'омъ
11	9 сверху	долю	долю.
12	10 —	Meуer'a.	Maуer'a.
15	1 —	Rynberg'a	Rynberk'a
—	8 —	Rynberg	Rynberk
19	6 —	1906	1908
33	6 снизу	Jaeger	Jaeger
33	12 —	Jaeger	Jaeger
34	14 —	Cleghorn	Cleghom
43	15 сверху	Gala	Golla
48	21 —	давать	давать
57	14 снизу	Bagger-Jørgensen'a	Bagger-Jørgensen'a
59	6 сверху	періодъ	періодъ
62	1 снизу	10 мъ	10-мъ
85	10 —	(Франкфуртъ)	(Франкфуртъ)
96	7 сверху	большинствѣ	большинствѣ
—	10 —	подкожные	подкожное
—	17 снизу	наблюдалъ	наблюдать
97	8 сверху	Кромѣ того	Кромѣ того,
98	1 —	очень	очень
99	9 —	нерводящихъ	первородящихъ
102	1 —	достаточныхъ	достаточнымъ
110	21 сверху	вырсыкиванія	вырсыкиванія
163	17 снизу	питуитрина;	питуитрина