

# ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ АКУШЕРСТВА.

## Неправильность схваток и потуг.

Напомним, что мышечная система матки состоит из гладких мышечных волокон. Из физиологии известно, что сокращение гладких мышц совершается гораздо медленнее поперечнополосатых, оно начинается после довольно длинного периода скрытого возбуждения (0,4—0,8 секунды). Гладкие мышцы и заложены там, где нужна не быстрота, а где нужно медленное и упорное действие мышечных сокращений.

Мышечная система матки распадается, как было сказано, на несколько групп. Каждая из групп мышц, т. е. группа мышц, идущих от правого пахового канала в матку, группа мышц, идущих от левого пахового канала в матку, внутренний круговой тонкий слой мышц, дальше широкая сзади маточная мышца, идущая от тазового дна (см. строение матки), каждая из этих групп мышц иннервируется особыми нервами, идущими из особых центров, находящихся в центральной нервной системе. Несомненно, что возбуждение центров этих нервов имеет согласованный характер. Центры родовой деятельности должны действовать или все дружно сразу или по крайней мере в строго определенном порядке, также как действуют центры для определенных координированных движений, напр. центры дыхания, хождения, испражнения. В главе о нормальных схватках и потугах было установлено, что мышечные пучки матки сокращаются дружно, все сразу, что матка при сокращении ее мышц из мешкообразной формы принимает форму башни с куполом наверху (т. е. дном), матка вытягивается в длину, получается при схватке давление на содержимое матки одновременно со всех сторон, исключая то место, где матка раскрывается, т. е. области зевов.

Далее к физиологии родов должен быть отнесен тот факт, что при каждой схватке роженица чувствует боль, но не в самом начале схватки а на известной высоте ее. Между схватками существуют паузы известной величины, во время которых отдыхает мышца матки, а также опирается ребенок, так как во время схватки пупочное кровообращение затрудняется.

### **Болезненные и спазматические (или судорожные) схватки.** **Dolores spastici et dolorifici.**

Это такой вид неправильности схваток при котором схватки становятся очень болезненными, боль возникает не на известной высоте схватки, как в норме, а с самого начала схватки, иногда же не оставляет больную и во время паузы. Паузы при этом бывают или очень коротки или даже их совсем не заметно, при всем этом часто выступают на вид явления, свидетельствующие о том, что вышеуказанная координация сокращений мышечных групп матки расстраивается; одним словом при болезненных и спазматических схватках расстраивается вся вышеописанная физиология схваток.

Расстройство координации сокращений мышечных групп матки может выразиться в том, что известная группа мышц сокращается сильнее и дольше других мышц матки. Так, нередко можно отметить при

болезненных и спазмотических схватках, что сокращаются особенно сильно те мышцы, которые опоясывают матку, т. е. идут от передней ее стенки или точнее от пахоматочного пласта по боку матки в заднюю стенку матки, получается явление, называемое кольцом сокращения; когда сама схватка прекратится и мышцы матки вообще расслабнут: то указанные мышцы все еще остаются сокращенными некоторую часть паузы и кольцо сокращения эту часть паузы остается, не исчезает; поэтому-то такие схватки и называют по русски судорожными. Когда кольца сокращения при болезненных и спазмотических схватках не бывает, то все-же иногда приходится наблюдать, что одна какая-нибудь часть матки сокращается сильнее, другая слабее. Когда же и этого не удастся подметить, то на основании логических выводов приходится подозревать, что при спазмотических схватках происходит неравномерное сокращение мышц матки, так как болезненные и спазмотические схватки вообще для родов остаются безрезультатны, т. е. роды не двигаются вперед и например открытие матки не подвигается; ведь для раскрытия шейки требуется, чтобы происходило то, на что указано в физиологии схваток, т. е. чтобы все мышцы матки сокращались равномерно и одновременно, чтобы поэтому все раскрывающие шейку мышечные пучки (см. о строении шейки матки) тянули каждый в свою сторону сразу одновременно и равномерно.

Подозрение, основанное на указанных логических выводах, подтверждается клиническими наблюдениями. Это видно из клинических наблюдений тех случаев, когда мы, действуя на центральную нервную систему, изменяем условия иннервации и устраняем ее неправильности. Например, бывают такие случаи. Первородящая, схватки крайне болезненны. Так как боль получается не только с самого начала схватки, но даже и в промежутках не прекращается, то роженица все время стонет, кричит, мечется в страшных мучениях без перерыва. Такие схватки продолжаются сутки. Внутреннее исследование показывает, что открытия наружного зева или совсем еще нет, или он открыт для прохождения одного пальца. Еще через 12 часов таких мучений исследование показывает то же самое, т. е. открытие не подвижилось несколько. Еще через 12 часов—то же самое. Словом, жестокие по мучительности роды кажутся бесконечно затянувшимися, при чем поистине адские мучения роженицы являются совершенно напрасными. При этом таз нормальный и других отклонений от нормы, кроме болезненных схваток, нет. Теперь изменим условия иннервации матки в центральной нервной системе, т. е. в головном и спинном мозгу, подействуем на головной мозг хлороформом. Больная при описываемых схватках сильно ажитирована и болью и испугом, деятельность всей центральной нервной системы взбудоражена. Хлороформированием мы понизим это сильное возбуждение головного мозга и дадим покой всей центральной нервной системе. После хотя непродолжительного и легкого хлороформного сна условия иннервации изменяются в благоприятную сторону: появляются паузы; ритм, продолжительность схваток становятся нормальными, матка во время схватки на ощупь оказывается равномерно плотна; если было явление кольца сокращения или другой неравномерности маточных сокращений, то все это исчезает. В результате: через полчаса, через час шейка оказывается открытой вполне и роды начинают быстро двигаться вперед. В одном случае болезненных схваток роженица мучилась больше суток. Головка стояла во входе и открытие больше как на 1<sup>1</sup>, пальца не подвигалось, мы начали давать хлороформ и через 20 минут вдруг, к удивлению нашему, под одеялом услышали крик ребенка, так неожиданно скоро

роды пришли к благополучному концу. Сон, обезболивание схваток, появление пауз, все это настолько успокаивает нервную систему, что иннервация мышц матки делается нормальной, восстанавливается координация их движений, что доказывается быстрым движением родов вперед.

Из всего сказанного видно, что строгая координация сокращений маточных мышц безусловно необходима для успеха родов, что без этой координации роды при спазматических схватках останавливаются. Приведенные ниже цифровые данные категорически подтверждают, что спазматические и болезненные схватки действительно не способны двигать роды вперед и ведут к неблагоприятному окончанию родов гораздо чаще, чем даже сужение таза 2-й степени.

Иногда происходит так называемая стриктура матки (*strictura uteri*). Это отмечается рукой, введенной в нижний отрезок матки: прощупывается у внутреннего зева или выше сплошное мышечное кольцо, суживающее просвет матки. Это кольцо ощущается иногда и в промежутках между схватками; кольцо не расслабляется, получается таким образом тетаническое сокращение. Такое судорожное кольцевое сокращение иногда можно наблюдать почти воочию и даже демонстрировать: при ягодичных родах бывало так, что предлежавший ягодичами ребенок родился до шеи, головка же задержалась вследствие того, что шейка матки крепко обхватывала шею плода; ребенок недоношенный, а таз роженицы нормальный, препятствие к освобождению головки было только в шейке; попытки освободить головку из образовавшейся крепкой петли на месте стриктуры не удавались, форсированные манипуляции в этом направлении подвергли бы шейку опасности разрыва, оставалось только перфорировать головку или начать хлороформировать большую; мы предпочитали последнее, под влиянием хлороформа стриктура расслаблялась, головка сама выпадала и ребенок родился сам собой и даже иногда живой.

Бывают также случаи, правда редкие, когда в состоянии тетанического сокращения приходят все мышцы матки, происходит так называемый тетанус матки (*tetanus uteri*). Так, например, при запущенных поперечных положениях после излития всех вод матка может прийти в состояние тетанического сокращения и обхватить плод так крепко всюду, что при всякой попытке не только поворота, но даже перемещения какой-нибудь части плода движется вся матка, как будто бы ее стенки срослись с плодом.

### Э т и о л о г и я .

К болезненным и спазматическим схваткам расположены, по нашим наблюдениям, первородящие интеллигентных профессий, требующих большого расхода нервных сил, или женщины из рабочего класса больших городов, нервная система которых отягчена и плохими гигиеническими условиями жизни, и плохой наследственностью, а иногда и каким-нибудь отравлением.

Мы собрали за 19 лет 393 случая болезненных и спазматических схваток; в 166 из этих случаев были первородящие, что составляет 42,5%. Столь высокий процент показывает, что первородящие вообще более предрасположены к судорожным схваткам, чем многородящие.

Есть довольно настойчивые указания на то, что механическое препятствие во время родов способно вызывать спазматические схватки. Частота случаев со спазматическими схватками при сужении таза известна из приведенных таблиц в главе о сужении таза. Далее, среди случаев со спазматическим характером схваток насчитывается необычно

большое количество лобных положений и задне-затылочных без перехода; на 153 случая спазматических схваток с нормальным тазом насчитывается 7 лобных положений, это 4% с лишним, процент огромный для такого редкого явления, как лобное положение (одно лобное положение в нашем материале встречается на 2437 родов).

Из этих 153 случаев оказалось 30 с большим ребенком, имеющим вес 4000 и более, это составляет 20%, процент тоже необычно большой, показывающий, что механическое препятствие со стороны большой величины ребенка, также способно само по себе вызывать болезненный и судорожный характер схваток.

При поперечном положении отмечается очень мало случаев с болезненными схватками. Очевидно схватки при поперечных положениях принимают судорожный характер главным образом при раздражении матки какими либо манипуляциями.

Из 393 случаев раннее излитие вод констатировано было несомненно в 160 случаях, что составляет 40%, этот процент показывает также, что раннее излитие вод действительно, как и говорится в учебниках, предрасполагает к судорожному характеру схваток. Ведь обыкновенный процент случаев раннего излития вод 20%—25%.

*Влияние спазматических схваток на течение родов.* Приведенная таблица А процентов количества родов разной продолжительности со спазматическими схватками при нормальных и узких тазах, составленная нами из нашего материала (393 случая) ясно указывает, что при спазматических схватках роды с малой и нормальной продолжительностью — в меньшинстве (4%, 15%, 7,8%, 2%, 16% и т. д.) и что процент затянувшихся родов вообще очень высок (см. часть таблицы, очерченную двойной линией).

Если мы для сравнения посмотрим таблицу продолжительности родов с узкими тазами (см. таблицы в главе о рахитическом плоском тазе Б и В) то увидим, что случаи сужения таза с нормальными схватками дают роды в несколько раз более легкие (см. первые цифры каждой клетки); даже роды при очень узких тазах дают гораздо более легких родов, чем роды со спазматическими схватками и нормальными тазами. Так например легкие роды с продолжительностью менее 12 часов в случаях с очень узкими тазами и нормальными схватками (см. таблицу В, в главе о плоском рахитическом тазе) с доношенным ребенком (весом от 3100 до 3500) встречаются в большем проценте (у многоплодных—71%, у первородящих—20%), чем роды со спазматическими схватками и нормальными тазами (4% для многоплодных и 7,8% для первородящих, как обозначено в таблице А).

Так что получается логически неизбежный вывод, что спазматические схватки являются гораздо более частой помехой для родов, чем сужение таза. Как ни красноречив язык цифр, все таки вывод может показаться слишком смелым, парадоксальным. Но этому выводу есть такое основательное подтверждение, что не может оставаться никакого сомнения в том, что спазматические схватки есть чрезвычайно важный патологический фактор, дающий слишком часто неблагоприятный исход родов и заслуживающий того, чтобы старались его устранить независимо от других патологических явлений. Оказывается, что из 153 родов со спазматическими схватками и нормальными тазами 100 окончились оперативно (главным образом операцией шипцов, затем перфорацией и меньшинство поворотом), это составляет 65% оперативных родов. Знаменательно, что из 100 операций 33 было перфораций. Это явный признак неправильного направления врачебной деятельности. Ошибка состояла в том, что не обращали внимания на устране-

Т А Б Л И Ц А А.

Таблица процентов количества родов разной продолжительности со спазматическими схватками при нормальных и при узких тазах.

Многородящие.		Первородящие.	
Нормальные тазы.	Суженные тазы.	Нормальные тазы.	Суженные тазы.
Продолжительность родов менее 12 час.			
4%	15,2%	7,8%	2%
Продолжительность родов от 12 до 24 час.			
16%	38,8%	24%	15%
ЗАТЯНУВШИЕСЯ РОДЫ. Продолжительность родов от 24 до 48 час.			
40%	44,4%	40%	46%
Продолжительность родов более 48 час.			
18%	17%	34,5%	29,7%

ние спазматических схваток. Из 240 случаев с болезненными и спазматическими схватками при сужении таза (в которых были собраны все случаи, где была только одна пометка, что схватки болезненны и спазматичны) дали тоже ужасный процент оперативных родов (94%, 83%, 95% и т. п. см. таблицу Б).

Все это данные, неожиданно новые в акушерской литературе, требующие того, чтобы на изучение схваток, как нормальных, так и болезненно измененных было обращено особое внимание научных врачей и чтобы при каждом роде с болезненными и измененными схватками были применены все способы исправления схваток и после того уже выработывались те или иные меры облегчения родов, если роды все же затягивались. В главе об узких тазах мы приводим цифры, убедительно и ясно указывающие, что болезненные и спазматические схватки ухудшают течение родов в гораздо большей мере, чем само сужение таза.

Цифры, представленные нами в этой главе, вполне подтверждают громадную важность спазматических схваток и при нормальных тазах.

Лечение судорожных и болезненных схваток заключается главным образом в применении обезболивающих и успокаивающих средств, начиная от общих теплых ванн и кончая хлороформом. Следовательно: клизмы из 2 столовых ложек воды с 15—20 капель трае орії, хлорал-

гидрат в клизмах, впрыскивание морфия (не более 0,015) и наконец самое лучшее, самое верное средство и при умелом употреблении безопасное средство—хлороформ. Применение хлороформа осторожное и умелое безопасно тогда, когда до хлороформирования не было применения других narcotica.

Мы применяли при спазмотических схватках хлороформирование по способу a la reine, как говорят французы, т. е. давали небольшие понюшки хлороформа только во время схватки, при чем роженицы оставались с не вполне затемненным сознанием и в промежутках между схватками обычно они слышали, что им говорят и сами разговаривали. При таком способе можно долго хлороформировать (от 2-х до 10 часов даже более) без вреда для матери и ребенка; а в случае, если обнаружится какое нибудь нежелательное действие хлороформа, то хлороформирование мы прекращали. Если нежелательные явления при хлороформировании проходили, мы вновь начинали осторожно хлороформировать. В этой возможности бесконечно индивидуализировать и изменять дозировку нужно видеть больше преимущество хлороформа перед другими средствами, служащими для обезболивания схваток.

Мы лично в начале хлороформирования даем все-таки настолько хлороформа, чтобы больная в первое время немного (минут 10—15) поспала глубоко, чтобы хорошенько понизить ту страшную возбужденность нервной системы, которая бывает при судорожных болезненных схватках.

О благодетельном действии хлороформирования при судорожных и болезненных схватках мы говорили. Иногда судорожные схватки исправляются только после перемены положения роженицы, это тогда, когда дно матки сильно отклонилось в сторону, чаще всего в правую; в положении на левом боку в этом случае схватки могут исправиться и роды могут быстро двигаться вперед. Исправление схваток от перемены положения из спинного в боковое демонстрировал Schäffer на кимографической кривой.

Tetanus uteri требует глубокого хлороформного наркоза, иногда с прибавлением впрыскивания под кожу морфия.

Расслабление тетанически сокращенной мышцы матки лучше вызывает, по свидетельству Walthard'a, эфирный наркоз.

Нужно иметь в виду, что после tetanus' а может быть атония матки вследствие утомления ее мышц, что может повести к кровотечению в последовом и послеродовом периодах.

#### Задачи на спазмотические схватки.

1. (№ 4349, 1897 г.). 36 лет 10-я беременность. Таз 31, 23, 25, 19. Роды срочные, продолжаются 20 часов, пузырь цел, открытие матки на 1½, пальца, предлежит головка, вступила во вход таза, сердцебиение плода слышно хорошо. Частые болезненные спазмотические схватки, из за которых была сделана ванна в 30°, была поставлена клизма с опиумом три раза. Указанные меры не приносили существенной пользы. Что делать?

2. (№ 231, 1890 г.) 26 лет 2-я беременность. Таз 32, 23, 25, 20. Роды срочные, продолжаются 2 сут. 5 часов. Предлежит головка, находится неподвижно над входом, головка очень твердая; открытие полное, пузырь цел. Крайне болезненные, частые спазмотические схватки. Пузырь плохо наливается, сердцебиение плода хорошее. Что делать?

3. (№ 1083, 1909 г.) 31 год 1-я беременность. Таз 30, 24, 26, 20.

Роды срочные, продолжаются 2 суток 3 часа. Предлежит головка, находится над входом. Пузырь цел, открытие полное. Спазмотические болезненные схватки. Сердцебиение плода хорошее, но роженица истощена, силы ее ослабели. Что делать?

4. (№ 663 1896 г.) 36 лет 1-я беременность. Таз 29, 23, 25, 20. Роды срочные, продолжаются 1 сутки 8 часов. Предлежит головка, находится во входе неподвижно, открытие полное уже 3 часа. Пузырь цел, прощупывается особая твердость оболочек. Схватки спазматические. Сердцебиение плода хорошее. Что делать?

5. (№ 483, 1897 г.) 36 лет 7-я беременность. Таз 33, 27, 29, 19. Роды срочные, продолжаются 2 сут. 11 часов, предлежит головка над входом. Схватки сначала были только слабые, потом сделались спазматическими. I-й период (т. е. период открытия) продолжался 2 суток. Была поставлена клизма с опиумом. При полном открытии произведен искусственный разрыв пузыря. Роды затянулись еще на 11 часов. При исследовании головка оказалась в заднем теменном предлежании, подвижность ее сохранена, задних вод достаточно. Сердцебиение плода есть. Что делать?

6. (№ 280, 1910 г.) 30 лет 2-я беременность. Таз 30, 23, 26, 19. Роды срочные, продолжаются 1 сут. 1 час. Преждевременное излитие вод. Открытие на 4 пальца. Предлежит головка, неподвижно стоит в тазу в течение 6-7 часов. Судорожные схватки, измучившие роженицу. Сердцебиение плода стало неровным. Что делать?

7. (№ 2342, 1906 г.) 37 лет 10-я беременность. Таз 32, 23, 27, 21. Роды срочные, продолжаются 24 часа. Воды прошли 6 часов тому назад. Предлежат ягодицы, неподвижно стоят во входе около 6 часов после полного открытия. Схватки спазматические. Сердцебиение плода есть. Что делать?

8. (№ 1578, 1894 г.) 35 лет, 1-я беременность. Таз 29, 26, 28, 20. Роды срочные, продолжаются 2 суток 11 часов. Предлежат ягодицы, находятся в полости таза у выхода. Спазматические схватки, вследствие которых делались ванны, клизма с опиумом. Открытие полное уже 4 часа. Полное истощение сил роженицы. Сердцебиение плода слабое, неровное. Что делать?

### О т в е т ы.

1. Нужно применить легкий (акушерский) хлороформный наркоз, что и было в данном случае исполнено; под влиянием наркоза схватки стали правильными, матка начала открываться, головка опускаться; через 3 часа прошли воды, еще через 3 часа полное открытие, наркоз оставлен и через 4 часа родился живой ребенок весом 4350.

2. В данном случае таз нормальный, но роды крайне затянулись вследствие того, что головка тверда и схватки спазматические. При таких схватках нельзя рассчитывать, что они произведут изгнание плода, головка которого находится еще над входом после родовой работы в течение 2-х суток и 5 часов. Для шипцов, не смотря на полное открытие условия неблагоприятны, так как головка еще даже не во входе. Единственно, что может дать надежду на успех, это поворот тем более, что воды еще не прошли. В данном случае был произведен искусственный разрыв пузыря, после чего зев спался до открытия на 3 пальца. Были наложены шипцы, но без успеха, дело окончилось перфорацией. Вынут ребенок 3200 (без мозга).

3. В этом случае препятствие для родов только в спазматическом характере схваток. Если разорвать пузырь и ждать окончания родов



головкой, то есть риск, что роды, тянущиеся 3-ьи сутки затянутся на неопределенно долгое время при таком расстройстве родовой деятельности. Так что здесь хотя и нет классических показаний к повороту, все же можно решиться на него, от него можно ожидать скорых результатов, а ведь таз нормальный и извлечение, нужно думать не встретит серьезных препятствий. В данном случае и был произведен поворот, получился живой ребенок весом 3200.

4. В этом случае спазмотический характер схваток, повидимому, зависит от того препятствия, которое создается со стороны твердости оболочек, которым пора уже разрываться, но они не рвутся. Нужно их искусственно разорвать. Так и было сделано. Через 2 ч. 15 мин. самопроизвольно родился ребенок весом 3400.

5. Здесь искусственный разрыв пузыря не дал желаемых результатов: головка не опускается. Для щипцов условия не благоприятны, так как головка даже еще не во входе. Здесь можно еще использовать один шанс: головка еще подвижная сзади нее сохранилось еще некоторое количество вод, под глубоким наркозом сделать поворот. Так и было сделано. Получился ребенок 4200 весом в асфиксии, оживлен.

6. Наложить щипцы.

7. Сделать низведение ножки. Так и было сделано. Затем сделано извлечение, получился живой ребенок весом 4250. (Спазмотические схватки могли возникнуть в данном случае вследствие механического препятствия, оказанного большими ягодицами большого ребенка. При спазмотических схватках не лишнее—поискать, нет—ли в чем нибудь механического препятствия).

8. Произвести извлечение за ягодицы. В данном случае ягодицы были извлечены за левый пах с большим трудом по причине короткости пуповины. Получился ребенок в асфиксии, оживлен не был, весом 3150. И в данном случае спазмотический характер схваток был вызван препятствием, оказываемым короткостью пуповины.

#### **Слишком сильные схватки.**

Приходится наблюдать течение родов такого рода. Плоский таз, емкость таза кроме уменьшения *conjugata vera*, удовлетворительная. Головка во входе, т. е. в суженном месте родовых путей. Схватки встречают здесь препятствие и становятся все сильнее и сильнее, все чаще, все настойчивее стремятся протолкнуть головку через суженное место. Иногда схватки становятся настолько сильные, что больная приходит в сильное беспокойство от болей и частых схваток. Но как только головка проходит через суженное место и вступает в полость таза, так схватки принимают нормальный характер. Чем непреодолимее препятствие, тем более усиливаются схватки. Если сильные схватки не преодолевают препятствие, то мышца матки переутомляется и наступает вторичная слабость схваток.

Иногда бывают слишком сильные схватки и без какого-либо особого препятствия. У некоторых женщин при каждых родах схватки отличаются особой силой. Cazeaux наблюдал слишком сильные схватки у женщин, принадлежащих одной семье в нескольких поколениях. Такие схватки при нормальном тазе и при отсутствии препятствий со стороны мягких родовых путей могут повести к очень быстрым родам.

Вообще есть особая категория родов, происходящих чрезвычайно быстро (*partus praecipitatus*). Причиной таких родов считается слишком сильные схватки. На самом деле не всегда бывает так, т. е. внезапное, быстрое окончание родов может произойти и не от слишком

сильных схваток, а, например, при следующих обстоятельствах. Роженица или скрывает долго свои схватки, или просто терпит их и ходит или даже не чувствует, как, напр., при параплегиях или при особом виде безболезненных схваток. Потом вдруг во время хождения или стояния лопаются пузырь, изливаются воды и за ними под влиянием брюшного пресса сейчас же выскакивает ребенок, который при этом падает на землю, на пол; пуповина при таких случаях чаще всего разрывается. Такие случаи довольно часто попадают на рассмотрение судебных медиков.

При слишком быстром течении родов могут произойти разрывы мягких родовых путей, так происходят иногда при слишком быстром опущении головки при еще не вполне раскрытой шейке надрывы последней, иногда дающие кровотечение.

Далее могут наступить более или менее сильные разрывы влагалищной стенки, разрывы промежности, разрывы больших или малых губ, разрывы в области клитора и даже отверстия мочеиспускательного канала.

Но странно: замечается сравнительно мало разрывов при тех родах, которые произошли или на извошике, или когда женщина шла, стояла. Здесь, повидимому, играет роль то обстоятельство, о котором мы говорили в главе о механизме родов, что в положении сидячем или полусидячем соотношения осей плода и родовых путей более совпадают друг с другом, чем при положении лежащем на спине.

Слишком сильные схватки особых кровотечений в последовом периоде и после родов не вызывают. Иногда после сильных потуг происходит эмфизема на шее, на груди рожениц вследствие образования маленьких разрывов в мелких бронхах.

При каждой схватке, как известно, происходит замедление плацентарного кровообращения вследствие сжатия детского места. При сильных и частых схватках это замедление происходит в гораздо большей степени; паузы бывают, как было сказано, при таких схватках, коротки, ребенок не успевает оправиться; при таких условиях может произойти внутри-маточная асфиксия плода; ребенок может родиться или в асфиксии или даже уже мертвым. Выслушивание сердцебиения плода зачастую бывает невозможно: мешают частые схватки, мешают стоны и крики роженицы, мешает ее беспокойное состояние, так что врачу легко пропустить начало внутриматочной асфиксии.

Когда при быстрых родах ребенок падает на землю, то для него это происходит обычно без вредных последствий: во-первых, удар о пол бывает умерен тем, что он сначала повиснет на пуповине, во-вторых, если он ударится и головой, то такие удары головной мозг новорожденного выносит почти без вреда: он слишком еще богат водой, мягок и эластичен, кроме того податливая черепная коробка, сжавшись под влиянием удара в одном направлении, увеличивает свои размеры в направлении перпендикулярном, что уменьшает давление на мозг в направлении удара.

Если ребенок родится на улице зимой и упадет в снег, то и это охлаждение новорожденные выносят поразительно хорошо, как нам показали наши собственные неоднократные наблюдения и как об этом свидетельствует статистика Winckel'я.

Из средств умерить слишком сильные схватки рекомендуют: положение роженицы на боку и narcotica с хлороформом во главе.

### Слабые схватки.

Под именем слабые схватки—*dolores debiles*—разумеются вялые схватки, отличающиеся малой силой, малой продолжительностью и длинными паузами.

Слабые схватки бывают двух категорий: первичные, это—тогда, когда слабость схваток выражена с самого начала родов и вторичные, когда сначала были очень сильные схватки, а затем по утомлении маточной мускулатуры наступает слабость схваток.

Слабые схватки, если пузырь цел, не ведут сами по себе к какой либо опасности: роженицы не жалуются на болезненность схваток, чувствуют себя спокойно во время пауз, иногда дремлют или спят между схватками; изводит-же больных только бесконечная продолжительность родов: шейка не открывается, пузырь плохо наливается, головка не опускается, вообще—скучная история. Если же пузырь разорван, то чрезмерная продолжительность родов несет опасность: воздух с его микробами, влагалищная слизь, также далеко не стерильная, проникают в полость яйца и с течением времени отделяемое матки разлагается, может стать дурно пахучим, у роженицы начинает повышаться температура, развивается *endometritis sub partu*, словом развивается в высокой степени неприятный, чреватый последствиями инфекционный процесс в матке. Иногда бывает так: роды затягиваются, со стороны таза и мягких частей препятствием к их поступательному движению нет, обвиняют в этом случае схватки, которые считают слабыми, хотя женщина этого не находит и заявляет, что схватки ее мучают, потом вдруг схватки становятся действительными, сильными и роды быстро оканчиваются.

Нам приходилось при многородящих сидеть по 2 суток и наблюдать слабые схватки, открытия матки нет, предлежащая часть не опускается, роды не двигаются, потом вдруг без всякого лечения изменяется характер схваток, откуда то они приобретают силу и роды через 10—15 минут оканчиваются. Иногда это совершается без всякого видимого повода, иногда такому обороту дела предшествуют: или прохождение вод, или перемена положения роженицы, или перемена положения матки, или, напр. при ягодицах низведение ножки, или поворот и низведение ножки. Так что иногда является сомнение, была-ли в данном случае слабость схваток или же здесь играла какая нибудь не замечаемая нами причина затягивания родов.

Мы собрали за 19 лет все те случаи с отмеченною слабостью схваток, в которых роды из за слабости схваток остановились, сердцебиение плода стало ухудшаться и в которых поэтому были наложены щипцы. Таких случаев оказалось 563. Из этих 563 случая в 205 оказались другие осложнения, констатированные большею частью уже после рождения младенца, как то: большой ребенок, затылочно-задний вид, многовидие и т. д. Задний вид был в 53 случаях, в 28 случаях был большой ребенок весом более 4300, в 10 случаях двойни, в 9 случаях многоводие, в 43 случаях были ясные указания на то, что схватки были болезненны и спазматические, в 16 случаях был или громадный отек наружных половых частей или особо отмеченная неподатливость промежности и вульварного кольца. Словом более чем в трети случаев была явно другая причина остановки родов помимо слабости схваток, а может быть и без всякой слабости схваток и диагностика слабости схваток была поставлена только потому, что истинная причина остановки родов была не распознана. Что это так, подтверждают и дальнейшие исчисления.

Так из 358 случаев, где были отмечены только слабые схватки, первородящих было 246, из этих первородящих в 152 случаях была нормальная продолжительность родов, т. е. около 20 часов и в 32 случаях продолжительность была менее 12 часов. И вообще очень затянувшихся родов было мало: на все 358 случаев лишь в 108 продолжительность родов были от 24 до 48 часов и в 29 случаях—больше 48 часов.

При этом во всех случаях щипцы были наложены на головку, находящуюся уже в полости или у выхода таза и показания к щипцам проявлялись лишь через 3—4 часа после полного открытия, так что на период раскрытия и на опущение головки в полость таза приходилось в большинстве случаев нормальное количество времени. Из этого видно, что слабость схваток в той категории случаев в первый период родов обычно не проявлялась, а обнаруживалась только в периоде изгнания. А то обстоятельство, что большинство из описываемых 358 случаев были первородящие, заставляет думать, что здесь было дело не столько в слабости схваток, сколько в том препятствии, которое оказывает мягкие части тазового дна у первородящих, ведь первичной слабости схваток здесь не было, как показывают цифры продолжительности родов, а если и была в некоторых случаях слабость схваток, то вторичная развившаяся вследствие того, что препятствие со стороны дна таза не было преодолено; в очень-же многих случаях не было, очевидно, слабости схваток, а только одно препятствие со стороны дна таза, которое не могли преодолеть те схватки, под влиянием которых и матка раскрылась и головка опустилась в полость таза. Характерно, что в тех случаях, где были большие дети, сужение таза и особая ригидность промежности, большой продолжительности родов тоже не было и слабость схваток проявлялась также уже к концу родов, когда головка была в полости таза и после полного открытия.

Отметим между прочим результаты операции щипцов во всем количестве разбираемой категории случаев, т. е. 563: заболеваемость = 27%, и смертность от *sepsis* = 4% (материал собран с 1879 по 1892 г.) Такой высокий процент заболеваемости и смертности показывает, во что обходится неправильное распознавание слабости схваток.

Что при многоводии излитие вод меняет характер схваток, это понятно: когда матка растягивается огромным количеством вод, стенки ее тонки, содержимое матки настолько велико, что мышцам матки просто трудно справляться, тогда инертность схваток легко объяснима. И действительно затянувшиеся роды при многоводии после излития вод часто очень быстро начинают двигаться вперед, как это указано и в главе о многоводии.

По низведению ножки при ягодичном предлежании ускорение родов объясняют тем, что низведенная ножка начинает своим давлением раздражать нервные узлы, заложенные в стенке шейки и тем рефлекторно вызывать усиление схваток; но нам это объяснение кажется недостаточным, так как ведь и ягодицы оказывают давление на ~~стенку~~ шейки, даже еще большее, чем низведенная ножка. Не без влияния здесь, конечно, остаются самые рукодействия при низведении ножки, но это действие лишь временное. Мы думаем, что на ускорение родов в данном случае влияет, главным образом, лучшее совпадение осей плода, матки и родовых путей, происходящее после низведения ножки, т. е., другими словами, ребенок лучше налаживается для прохождения через родовые пути, как бы лучше устанавливается на свои

рельсы. То же самое соображение приходит в голову, когда наблюдаешь роды до поворота и после поворота и низведения ножки.

В некоторых случаях при затянувшихся родах мы сначала думали, что причина заключается в слабости схваток, но внимательно и настойчиво понаблюдавши, мы должны были отбросить эту причину и поискать, нет-ли какой-нибудь другой. Иногда, например, находили таковую в том, что оси матки и родовых путей были под слишком острым углом, мы исправляли этот угол тем или иным путем и роды быстро оканчивались.

Диагностика слабых схваток так хромает, что, например, в учебнике Бумма слабыми схватками считаются болезненные, судорожные схватки (*Krampfartige Wehenschwäche* или *Rheumatismus uteri* старых авторов), тогда как такие схватки прекрасно исправляются, как было нами сказано, хлороформированием. Настоящую слабость схваток хлороформ не исправит, а наоборот, ухудшит.

Из других причин первичной слабости схваток выставляют: слишком сильное переполнение матки при двойнях, недостаточное развитие маточной мускулатуры, хлороз, немолодой возраст первородящих, воспалительные процессы в маточной стенке.

Из наших личных наблюдений, мы можем выставить следующее положение: в этиологии слабости схваток бесспорно и несомненно играют роль два обстоятельства: многоводие и наступление родов раньше срока. Остальные все причины не играют в данном случае заметной роли, во всяком случае относительно остальных перечисленных причин можно сказать, что при всех них нередко замечаются нормальные схватки и в каждом отдельном случае нельзя доказать, что здесь играет роль какая-нибудь из выставленных причин; например, как можно доказать, что положим, в данном случае слабость схваток вызывает недостаточное развитие матки; а какие сильные схватки бывают при двурогости матки!

*Лечение.* При первичной слабости схваток, если воды целы, лучше всего воздержаться от какого-либо лечения, а объяснить рожене и ее окружающим, что ничего опасного нет, что нужно потерпеть, подождать. В этих случаях если затягиваются роды, то для роженницы возникает опасность со стороны медицинского персонала, если он недостаточно опытен, недостаточно спокоен и объективен, потому, что повторные исследования при затянувшихся родах ведут к инфекции. Безрезультатное применение тех или иных средств, смена их могут повредить роженнице и в других отношениях. Мы замечали, что особенно страдают от полипрагмазии медицинского персонала представительницы богатого класса.

Полипрагмазия в этих случаях так часто и сильно являлась виновницей разных заболеваний и осложнений во время родов и после них, что мы считаем своим долгом на это обратить особое внимание.

Из физических методов лечения слабости схваток рекомендуют: горячие спринцевания (еще Kiwisch рекомендовал горячие спринцевания не только для усиления слабых схваток, но даже для вызывания искусственных преждевременных родов) в 35—38° каждый час из простой кипяченой воды; горячие общие ванны (*Gardien, Sippel*), горячие катаплазмы на дно матки; иногда применяют смену горячего холодным на дно матки. Далее рекомендуют электризацию грудных сосков, (катод на сосок, а анод на живот, постоянный ток 6—7 миллиампер).

Применяли также постоянный и индуктивный ток, располагая один плоский электрод на область дна матки, другой на крестцовую область. Но способы электризации не получили распространения.

Из внутренних средств против слабости схваток применяли: *tinctura cinnamoni, digitalis, acidum salicylicum, cannabis indica, hydrastis, viscum album, ipecacuanha, strichnium sulf., strichnium nitr., radix gossypii, ustilago maidis, sachar. lactis, kola, pilocarpin, chininum sulfuricum* и особенно *secale cornutum* и его экстракты.

Из всех этих средств нужно выделить хинин, который в некоторых случаях оказывает заметное действие на усиление схваток. Дозы 4, 5, 8 гран можно повторить через 2—3 часа.

Schäffer рекомендует впрыскивание *Ergotini (Bomelon)* по 0,05—0,1, которое можно повторять несколько раз.

Применение *secale cornutum per se* по справедливости оставлено, так как одна порция его может оказать слишком сильное действие, доводя схватки до спазматического состояния или даже до *tetanus uteri*, другая порция может оказаться недействительной, например, если попадет порция залежавшейся спорыньи, то действия никакого не бывает.

При многоводии и маловодии, искусственный разрыв пузыря исправляет слабость схваток. Но применение этого пособия требует большой осторожности и предусмотрительности.

При вторичной слабости схваток упомянутые средства, усиливающие схватки, не применимы. Здесь рациональнее общий уход за роженицами, направленный к укреплению их сил: дать возможность поспать, дать крепкого бульона, молока, крепкого кофе с молоком, воздействовать психически ободряюще на больную окажет здесь больше действия, чем хинин и проч.

В последнее время при слабости схваток начали с успехом применять впрыскивание вытяжки *hypophysis cerebri*; называется это средство *pituitrin, pituglandol*. Это средство продается в запаянных ампулах, вмещающих по 1 грамму действующей жидкости. Перед впрыскиванием *pituitrin'a* кожа промывается не эфиром и спиртом, а кипяченой водой с мылом; также из иглы должны быть удалены остатки как спирта, так и эфира.

#### Слабость потуг.

В главе о нормальных потугах было сказано, что потуги являются после полного открытия матки, что их возбуждают схватки, что каждый раз сначала начинается схватка, которая заставляет подлежащую часть подвигаться книзу и надавливать на нервные ганглии, заключенные в области влагалищных сводов.

Поэтому, если дело шло о слабости схваток, то обычно в этом случае и потуги слабы, так как раздражитель—схватки слаб.

Если в самом начале схватки начать сильнее растирать дно матки для усиления схватки и затем, когда появится только намек на потугу, нажать на плод со стороны матки так, чтобы подлежащая часть опустилась ниже, чем это было при предыдущей слабой схватке без нажима (а это бывает видно тогда, когда подлежащая часть у выхода таза), то подлежащая часть будет сильнее нажимать на мягкие родовые пути; теперь можно отнять руку; потуга будет уже сама по себе продолжаться дальше.

Поэтому, те средства, которые усиливают схватки, как напр. *pituitrin*, обычно ведут к усилению и потуг; это, конечно, в тех случаях, когда слабость потуг является следствием слабости схваток в силу указанной рефлекторной зависимости друг от друга.

Но причина недостаточной потужной деятельности может заключаться в мускулатуре брюшного пресса, так напр., мышцы живота

могут от частых родов быть очень растянуты, расслаблены, при этом бывает расхождение прямых брюшных мышц. Бывает также атрофия *musculi recti*. Причиной недостаточности потуг могут оказаться также грыжи: пупочная, паховая, бедренная.

Причиной недостаточности потуг может оказаться также переполнение желудка, кишек, мочевого пузыря.

Может произойти и вторичная слабость потуг, когда сначала сильные настойчивые потуги не преодолевают препятствия и в конце концов ослабевают. Иногда и препятствия никакого нет, а после довольно сильных потуг вдруг развивается слабость потуг, предлежащая часть не опускается более, не раскрывается половая щель, потуги становятся не деятельными, час, два и более; кажется, никакой надежды на улучшение их нет, потом вдруг они начинают выправляться и роды вновь начинают двигаться вперед. Но бывают случаи, когда этого исправления не происходит, тогда начинают выступать показания к операции щипцов или к извлечению, если предлежат ягодицы.

Клиническое значение слабости потуг состоит в том, что затягивается второй период родов, т. е. период изгнания. Для матери это вредно потому, что кровообращение в мягких родовых путях расстраивается, в них может развиться отек, а отечные части более восприимчивы ко всякого рода инфекции и хуже заживают после разрывов или разрезов. Но если роды затягиваются очень надолго, после полного открытия прошло часов 12—15 и предлежащая часть, голова, стоит все на одном и том же месте, причем она все время придавливает мягкие части в одном и том же месте к костям таза, то может произойти местное омертвление тканей, узурра их и пузырно-влагалищный свищ.

Чрезмерно большая продолжительность второго периода родов несет особую опасность для ребенка. Рунге («Болезни первых дней ребенка») на основании статистики свидетельствует, что чем больше продолжительность периода изгнания, тем получается больший процент мертворожденных при головных предлежаниях. На практике это правило вполне подтверждается и вообще иногда очень хорошо иллюстрируется. Действительно, одна относительная короткость пуповины вследствие многократного обвития ее вокруг шеи дает при слабости схваток и замедлении изгнания плода порядочный процент смертности. А молекулярные изменения в мозгу, вследствие продолжительного сдавливания головки со стороны мягких или твердых родовых путей? а кровоизлияния в мозгу от тех же причин? Разве не эти причины играют роль, когда ребенок при предлежании головкой после очень продолжительного периода изгнания рождается мертвым? Во всяком случае, правило, выставленное Рунге, нужно всегда помнить.

Поэтому в некоторых учреждениях принято, что если через 4 часа после полного открытия роды не оканчиваются, то приступают к искусственному окончанию родов. Хотя эти 4 часа установлены чисто эмпирически и можно оставлять роды естественному течению и после 4 часов после полного открытия и даже, пожалуй, и после 5 и 6 часов, но, все таки, счет часам после полного открытия знать нужно, и если приближается к 7 часам, то тогда уже нужно оказывать пособие, имеющее целью скорое окончание родов и состоящее или в применении средств, усиливающих потуги, или в накладывании щипцов.

Для лечения слабости потуг употребляются также хинин, питуитрин и проч. Хорошо применим в этих случаях способ выжимания плода по Kristeller'у

**Слишком сильные схватки в конце беременности, (т. е. неродовые схватки, dolores praesagientes).**

Как было уже упомянуто в главе о физиологии схваток, в конце беременности бывают временами легкие сокращения матки. Эти схватки бывают столь слабы, что чаще всего не ощущаются совсем беременными. Они бывают редко и между ними не бывает правильных промежутков, как при родовых схватках. Но бывают случаи, когда эти схватки настолько сильны, что женщины жалуются на боль и кроме того схватки могут повторяться через промежутки времени приблизительно равные; эти промежутки бывают однако длиннее, чем паузы между родовыми схватками.

Все это вводит в обман как беременную и ее окружающих, так и иногда акушерский персонал; все могут принять такие схватки за родовые.

Вспоминаем следующий случай. Нас пригласили к рождению. Акушерка сообщила, что женщина родит третий раз, что роды, затянулись и тянутся около 2-х суток. Когда мы вошли в комнату где находилась больная, последняя стонала от схваток. Так как предположено было, что роды крайне затянулись, то было предпринято внутреннее исследование, при котором оказалось следующее: в шейку свободно входил палец, могло бы войти пожалуй и два, но шейка была длинная, кверху канал ее немного суживался и кончался кольцевидным сужением—внутренним зевом; длина шейного канала была больше длины 2-х фалангов пальцев—словом, шейка не начинала еще сглаживаться, внутренний зев еще не начинал раскрываться, следовательно роды еще не начинались (см. гл. о шейке и нижнем сегменте). При дальнейшем наблюдении оказалось, что во время схваток матка целиком не плотнеет, а местами и то весьма слабо, а во время некоторых приступов болей нельзя было заметить какого-либо уплотнения. На основании всего этого мы заявили, что роды здесь еще не начинались, что здесь схватки лишь такие, которые бывают во время беременности; мы назначили ванну. На другой день нас опять зовут и говорят, что схватки сильные. При наблюдении за схватками—тоже самое. Больная жалуется, что ее измучили схватки, что у нее никогда таких трудных родов не было; она заявила, что она лишь после ванны спала всю ночь, немного отдохнула, так как схваток не было. Нам пришлось настойчиво поставить на вид больной, что у нее роды еще не начинались, что ей бояться нечего, что это схватки не родовые, что нужно принять опять ванну; в доказательство своих слов мы указали на то обстоятельство, что ночью схваток не было, а родовые схватки на всю ночь не прекращаются.

На следующий день больная все еще жалуется на схватки и впадала в уныние от такого осложнения.

Пришлось в подкрепление своих слов предложить устроить консультацию.

Приехавший на консультацию очень знающий акушер, исследовав больную, нашел внутренний зев еще не открывающимся и подтвердил наши слова. Больная после этого, видимо, успокоилась, стала легче выносить схватки, которые продолжались еще дня 3, потом прекратились и еще через 3 дня наступили роды, продолжавшиеся 6 часов.

Для распознавания схваток во время беременности характерно то, что не бывает равномерного общего уплотнения матки, и при том периодически наступающего. Кроме того верен следующий критерий:



если внутренний зев еще прощупывается, следовательно, если шейка еще не начала сглаживаться, то роды еще не наступали, схватки, если очень чувствуются в данном случае, должны относиться к беременности. Начало сглаживания шейки (со стороны открывающегося внутреннего зева) есть *первый признак начала родов*, как мы говорили в главе об анатомии и физиологии шейки матки.

Слишком сильные схватки во время беременности можно оставлять без всякого лечения. Полезно больную держать в постели. Если нужно успокоить больную, то прибегают к наркотическим (ин'екции морфия, кодеин в порошках, опий в клизмах). На некоторых действуют успокаивающим образом ванны 28—29°, на некоторых ванны не действуют. Дают также *extr. fluidum viburni prunifolii* по 15 кап., 3—4 раза в день.

Советуют также физический и психический покой.

## Неправильность со стороны таза.

Глава о неправильностях таза есть до сих пор Ахиллесова пята акушерства. С XVII столетия идет тщательное, настойчивое изучение этой главы акушерами всего мира. Много сделано в этом отношении, но очень многое запутано до крайности. Между тем эта глава занимает как бы центральное положение в патологии родов, потому что многие патологические явления при родах или являются следствием неправильности таза или так или иначе связаны с ними, как напр.: выпадение пуповины, неправильности схваток, неправильность раскрытия маточного зева и пр.

Уклонение от нормы в строении таза может состоять: во-первых, в неправильной величине таза, таз может быть очень велик (обширные тазы) или весь очень мал (равномерно общесуженные тазы); во-вторых, уклонение может состоять в неправильности формы таза, так, например, бывают плоские тазы, у которых укорочены передне-задние размеры, или бывают косые тазы, у которых укорочены косые размеры с какой-нибудь одной стороны, или, например, бывают тазы с укорочением поперечных размеров (Робертровский таз).

Бывают изменения таза смешанные, т. е. и со стороны величины и со стороны формы, так например, общесуженные плоские тазы, т. е. такие тазы, в которых все размеры уменьшены, но особенно уменьшены передне-задние размеры.

Далее, болезни костей и суставов являются причинами весьма разнообразных уклонений таза от нормы, так, например, рахит в детском возрасте, остеомаляция во время беременности могут уродовать форму таза; далее, изменяют форму таза воспаления тазобедренных сочленений, крестцово-подвздошных сочленений, крестцово-копчикового сочленения, наросты на внутренней поверхности тазовых костей (экз. стазы см. рис.); затем могут изменять форму таза искривления позвоночника.

Из представленного разнообразия сужений таза выделяется прежде всего по частоте и распространению одна категория сужений, характеризующаяся тем, что таз сужен в передне-задних размерах, т. е. что тазовое кольцо уплощено спереди назад больше нормы; к этой группе относятся плоские тазы, рахитические плоские тазы и общесуженные плоские тазы. Эта группа неправильных тазов широко превалирует над остальными формами сужений. По статистике Дрезденской клиники, в Саксонии у 25% женщин плоские тазы. Эта форма сужений имеет поэтому не только клинический, но и большой общественный интерес. Акушеру в его практике приходится иметь дело с плоскими тазами повседневно. И как раз в учении о плоском тазе много запутанного и невыясненного.

Мы прежде всего и интенсивнее всего сосредоточим наше внимание на рахитических плоских тазах, после чего яснее будет описание не только прочих форм плоских тазов, но даже и некоторых других форм сужений таза.

### Рахитические плоские тазы.

Под именем рахита разумеется нарушение питания и роста детского организма, которое касается не только костной системы, но распространяется на мышцы, пищеварительные органы и пр. Эта болезнь свойственна детскому возрасту от 1-го до 4-х лет.

Рахит костей обнаруживается в специфическом нарушении роста кости из хряща и от надкостницы. Рахитический таз есть поэтому результат неправильного развития его костей.

Как же происходит в норме развитие таза и его костей?

В хрящевом тазе зародыша с 3-го месяца появляются островки окостенения. В каждой безымянной кости их три, один для подвздошной кости, один для лонной кости и один для седалищной кости. В крестце 21 островок окостенения, в каждом крестцовом позвонке один для тела, по одному с каждой стороны для дужки позвонка и по три с каждой стороны для *partes laterales* крестца.

Если мы посмотрим скелетированный таз новорожденной, то увидим, что подвздошная, лонная и седалищная кости уже образовались, но оссификация всей безымянной кости еще не закончена; на месте соединения составляющих ее подвздошной, лонной и седалищной костей в вертлужной впадине и снаружи и внутри виден хрящ толщиной с мизинец, имеющий форму У; если посмотреть на свет этот таз, то У-образный хрящ просвечивает (рис. в главе о строении таза).

В дальнейшем развитии женского таза замечается та особенность, что *partes laterales* крестца у женщин растут сильнее, ширина *partes laterales* взрослых в 5 раз превышает ширину *partes laterales* крестца новорожденных, у мужчин в 3 раза; относительно тел позвонков такого различия не наблюдается (Litzmann).

Litzmann учил, что при развитии таза оказывает влияние на форму его тяжесть туловища, сдавливающая таз спереди назад при противодействии на таз снизу от бедер со стороны тазобедренного сочленения, вследствие чего получается сплющивание тазового кольца спереди назад, т. е. уменьшение передне-заднего размера входа в таз. Но в последнее время эта теория или совсем отвергается или во всяком случае влияние тяжести туловища признается, как незначительный агент.

Только что приведенный факт сильного разрастания *partium lat* крестца у женщин лучше и полнее уясняет, почему таз получает поперечно-овальную форму. Это один замеченный факт, а подобные характерные разрастания кости могут быть и в других местах, но они еще не замечены наблюдателями. Говорят, что усиленному разрастанию подвергаются лонные кости в женском тазу, отчего увеличивается их длина, но это не подтверждено так хорошо цифрами, как для *part. lat.* крестца.

На форму таза также оказывает влияние тянущая сила мышц, прикрепленных к тазу.

Рахит в детском возрасте замедляет рост костей и размягчает кости. Так смотрели раньше. На этом основании все рахитические изменения в тазовых костях объясняли тем, что оне, будучи меньше, субтильнее и мягче, сильнее поддаются механическому влиянию тяжести туловища и тянущей силы мышц, прикрепляющихся к тазу. Но точные исследования последних лет показали, что дело не так просто. Рахит есть такая болезнь, при которой кость, мало того, что размягчается, недоразвивается, но она еще неправильно, уродливо растет: в одном месте костной ткани образуется ненормально много, в другом—ненормально мало, в одних местах кость делается слишком толстой, в других слишком

тонкой. Вспомним про утолщения эпифизов и утончение диафизов трубчатых костей при рахите. В костях таза происходит тоже явление, кончающееся изуродованием формы костей. При чем подвергаются поражению разнообразные части разных костей то в большей, то в меньшей степени, поэтому, разнообразию рахитических изменений таза нет конца.

Чешуя подвздошной кости рахитического таза теряет часто свою красивую округлую форму щита, углы ее не так закруглены, выступают острее; подвздошная ямка более углублена, иногда даже воронкообразна, кости очень истончены по середине, просвечивают, иногда даже продырявлены. Гребешки подвздошных костей короче и в задних своих частях более изогнуты S-образно; передние концы гребешков иногда более изогнуты, иногда же менее изогнуты, так что расстояние между *spin. ant. sup.* бывают или одинаковы с расстояниями между наиболее отдаленными точками *cristae ossis ilei*, а иногда даже и больше. Лонные гребешки часто сильно выступают в виде острых качтов; *luberulum ileo. rectineum* иногда очень высок и кончается острой верхушкой.

Но несколько все описанные признаки не постоянны, показывает хотя бы следующий пример. В то время как Breus и Kolisko и до них еще многие утверждали, что подвздошные ямки в рахитических тазах более углублены, другие, очень авторитетные авторы, Naegele, Litzmanн говорят, что эти ямки, наоборот, менее углублены.

Лишь в последнее время Breus и Kolisko (1904 г.) в своей весьма основательной работе о неправильных тазах отмечают одно явление характерное и постоянное в рахитических тазах, это особая короткость и особое недоразвитие *partis iliacaе* безыменной кости; крестец подвергается недоразвитию всегда в меньшей степени, иногда приближается к нормальному, а лонные кости сравнительно еще меньше подвергается недоразвитию, нередко они имеют нормальную величину и вытягиваются в поперечном направлении почти так же, как в норме, иногда же лонные кости развиты больше нормальных; они толсты, высоки, длинны. Мы лично просматривая большую коллекцию рахитических тазов, имеющуюся в Московском Родовспомогательном заведении и можем вполне подтвердить наблюдение Breus и Kolisko; мало того, среди нашей коллекции есть как раз один экземпляр рахитического таза, где лонные кости очень сильно развиты, больше чем в нормальных тазах, боковые же части таза соответственно боковым частям *lineae innominatae*, развиты слабо, коротки, отчего таз имеет сильно плоскую форму. (Рис. 8—между цифрами 1 и 2 отмечена сравнительная длина подвздошных частей безыменной кости рахитического таза и нормального таза). На эту постоянную, характерную особенность рахитического таза указывал еще Engel (1872 г.), много раньше Breus и Kolisko, но его указание осталось незамеченным авторами или не оцененным по достоинству.

Приходит в голову следующее обобщение: почему громадная масса суженных тазов сужены именно в передне-задних размерах, т. е. уплощены?

Не рахит-ли, поражающий 90% бедного городского населения, есть причина происхождения так называемых простых плоских тазов, чаще всего встречающихся; ведь у этих тазов укорочены прежде всего *partes iliacaе*. Некоторые из авторов (Fritsch, Olshausen, Spiegelberg, Tarnier, Budin, Breus und Kolisko) так и смотрят: все плоские тазы есть следствие рахита.

При этих выводах падает сама собой *Belastungstheorie* (Winkel, Runge и др.), т. е. теория, объясняющая происхождение плоских тазов под влиянием тяжести туловища, заставляющим крестец смещаться осно-

ванием вперед и книзу, чему способствует, по мнению этих авторов, тяжелая работа, ношение тяжестей, сидячая жизнь в детском и юношеском возрасте.

Ясно и очевидно, что не в тяжести, давящей на таз со стороны позвоночника, здесь главное дело; рахит делает таз всегда плоским потому, что подвздошные, следовательно, боковые части таза особенно коротки, наиболее недоразвиты в сравнении с другими частями таза. Безымянные кости рахитического таза в общем меньше, чем в норме, они низки; поэтому расстояние между *tuber ischii* и высшей точкой *Cristae ilei* всегда на несколько сантиметров меньше нормы.

Крестец рахитического таза на передней своей поверхности часто представляется одинаковой ширины с нормальным, но дальше кзади ширина крестца быстро суживается; так что если посмотреть на осно-

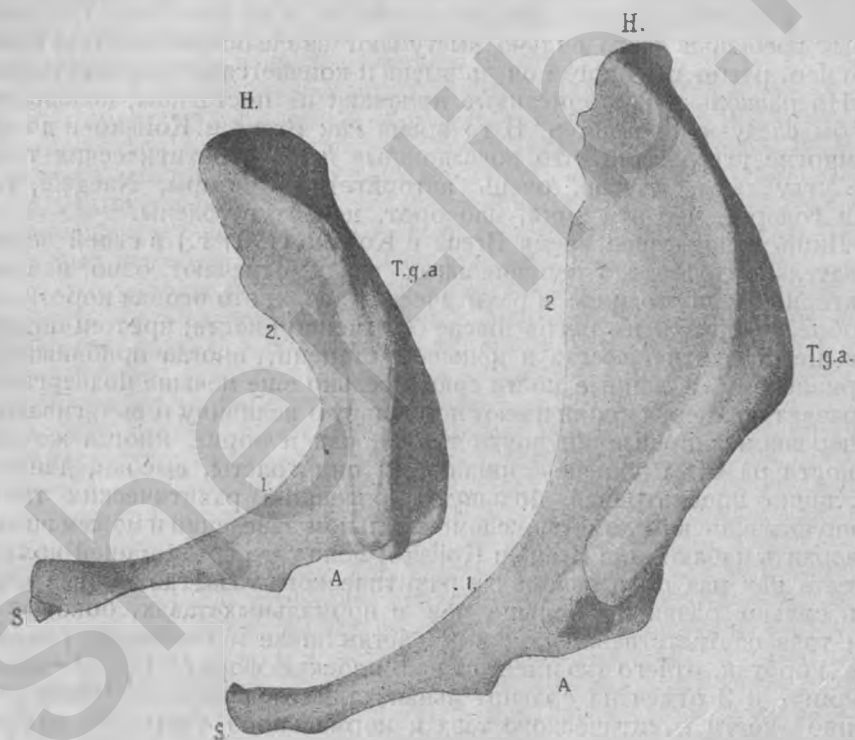


Рис. 8. Две безымянные кости, одна - рахитического таза (налево), другая нормального таза. Нижняя части костей спилены, поверхность распила параллельно плоскости входа в таз, распил проведен на уровне линии входа в таз. Обе кости нарисованы в одном в том же масштабе положенными на поверхность распила.

вание нормального крестца, то боковые края основания оказываются почти параллельными, в рахитическом же крестце эти края идут в сильно сходящемся направлении. Абсолютная длина крестца уменьшена.

Кривизна крестца (по длине) подвергается разнообразным изменениям. В верхних частях она иногда уменьшена, первый крестцовый позвонок нередко выпячивается вперед и образует на месте сращения со вторым крестцовым позвонком выступ, так называемый второй или ложный мыс, который отстоит от верхнего края лонного сочленения или на одинаковом расстоянии, как и истинный мыс или на

меньшем; в этом случае второй мыс принимает акушерское значение, больше, чем первый мыс, потому что головке нужно проходить между вторым мысом и лонным сочленением; поэтому измерение диагональной конъюгаты производится между вторым мысом и нижним краем лонного сочленения.

Иногда на месте соединения 3 и 4 крестцовых позвонков крестец особенно изогнут и крестцовая ямка особенно глубока, тогда при исследовании через влагалище на живых палец, ощупывающий сверху вниз переднюю поверхность крестца, вдруг как бы проваливается и перестает совсем достигать кости крестца.

Таковы уродливости формы костей рахитических тазов. Кроме того рахит, изменяющий консистенцию костей, делающий их более мягкими и связки их более уступчивыми, изменяет их взаимное отношение друг к другу.

В норме, т. е. без рахита, взаимное отношение костей таза новорожденного и взрослого различается во многом друг от друга, в этом отношении при росте девочки происходят и в норме важные превращения, при рахите же эти превращения болезненно изменяются. Эти превращения в норме следующие:

У новорожденных крестец представляет продолжение позвоночника почти по прямой линии, мыса еще нет, сочленение крестца с позвоночником находится выше линии входа в таз; крестец состоит из еще не слившихся пяти позвонков; вход в таз имеет почти круглую форму, редко—немного овальную, *conjugata vera* только слегка укорочена с, авнительно с поперечным размером входа в таз; размеры узкой части полости таза (*v* выхода таза), т. е. расстояние между верхушкой крестца и нижним краем лонного сочленения укорочено, расстояние между седалищными костями укорочено, так что таз имеет воронкообразную форму.

В таком состоянии остается таз до тех пор, пока младенец лежит, занимает горизонтальное положение.

Но дело в том, что человек, единственный зоологический вид, занимает вертикальное положение; уже при попытках ребенка занимать вертикальное положение, т. е. сидеть и ходить, начинает изменяться своеобразно для человека форма таза<sup>1)</sup>. При выпрямлении вверх туловища разгибаются прежде всего тазобедренные сочленения, но до тех пор пока это позволяют *ligamenta ileo-femoralia*, эти крепкие вспомогательные связки тазобедренного сочленения спереди. Когда при попытках стоять ребенок старается переместить свой центр тяжести кзади и продолжает отгибать свое туловище более кзади, чем это позволяют *ligamenta ileo-femoralia*, то это его дальнейшее движение совершается уже на счет движения позвоночника; крестец фиксирован тазовыми костями, позвоночник откидывается кзади над крестцом, получается поясничная кривизна позвоночника и одновременно с этим отклонение позвоночника кзади над основанием крестца, на месте этого отклонения получается мыс — *promontorium*. Это перемещение не остается без результата и для крестца; крестец своим основанием (т. е. верхнюю свою часть) смещается кпереди между стискивающими его подвздошными костями, а верхушка его отходит кзади, крестец становится более наклонным по отношению к полости таза; воронкообразная форма таза исчезает, тем более, что и седалищные бугры отодвигаются в стороны.

<sup>1)</sup> К сожалению, нет в акушерской литературе сравнительно—анатомических исследований таза, это осветило бы кое-что из многого непонятого в анатомии и патологии таза

Вместе с наклоном кпереди крестец, еще состоящий из несросшихся позвонков, изгибается дугообразно, происходит его характерная кривизна, вследствие чего главным образом увеличиваются размеры полости таза в сравнении с размерами входа и выхода.

При рахите крестец может изменить свое взаимное отношение к соседним безымянным костям, между задними частями которых он вдвигнут. Так, под влиянием тяжести туловища, передаваемого на крестец позвоночником, крестец принимает положение более наклонное, как по отношению к полости таза, так и по отношению к горизонту. Это наклонение крестца бывает настолько сильное, что когда женщина стоит, то крестец может занимать горизонтальное положение, даже иногда более того: направленная кзади верхушка крестца может стать выше основания. Основание крестца при этом очень приближено к лонным костям и расположено более глубоко в тазу.

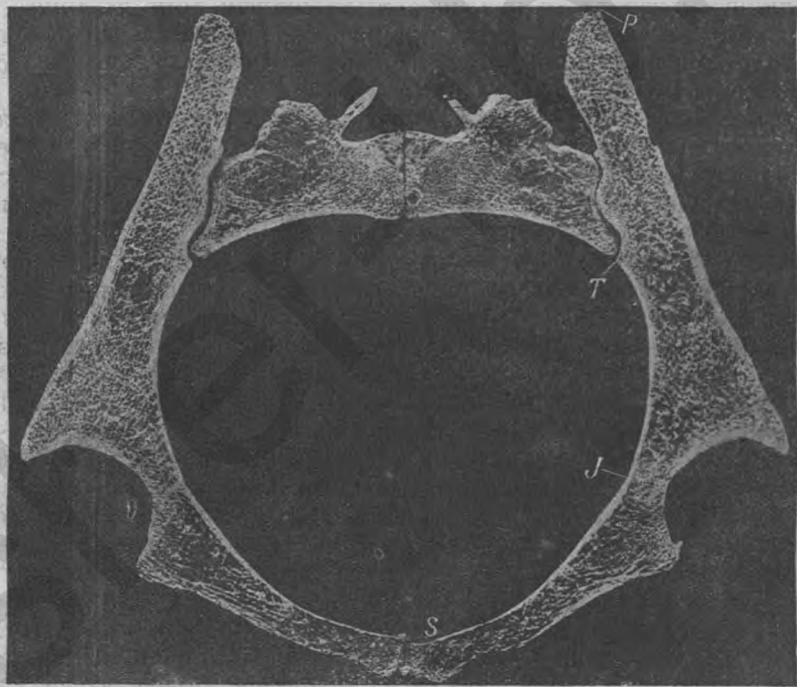


Рис. 9. Распил нормального таза параллельно плоскости входа в таз тотчас ниже этой плоскости.

Как при просто плоских, так и при рахитических плоских тазах сужение таза бывает выражено более всего во входе. Рис. 9 и 10 представляют распилы нормального и рахитического таза, сильно суженного на уровне входа. На этих рисунках видно, как сильно изменена в рахитических тазах форма входа.

Так как крестец выступает кпереди более всего во входе, а чем ниже, тем он более и более отступает кзади благодаря своему более наклонному положению, то передне-задние размеры полости таза чем дальше книзу, тем становятся больше. Кроме того, часто бывает так, что седалищные кости, хотя и очень сильно выдаются в полость таза своими остриями, все же отстоят друг от друга на большем расстоянии, чем в норме, расстояние между ними может достигать до 13,8

(в норме 10,5); расстояние между седалищными буграми при этом также бывает увеличено. Получается общая картина такая, что таз сужен только во входе, внизу же он даже шире нормального. Клинические явления соответствуют этому факту: обычно стоит только во время родов головке пройти через вход плоского таза, так роды скоро оканчиваются, не встречая себе больше препятствия.

Наклонное положение крестца—часто, но не постоянно. Крестец может, наоборот, занимать положение слишком мало наклонное. Он иногда бывает при этом выпрямлен, кривизна его уменьшена, так что таз является уплощенным, не только во входе, но и по всей полости, при чем передне-задние размеры полости уменьшены. В таких случаях сужение проходит через всю полость таза и препятствие для родов оканчивается лишь в выходе таза.

В рахитическом тазе иногда можно заметить некоторую асимметрию. Если же асимметрия выражена сильно, то получается так называемый асимметрический плоский рахитический таз.

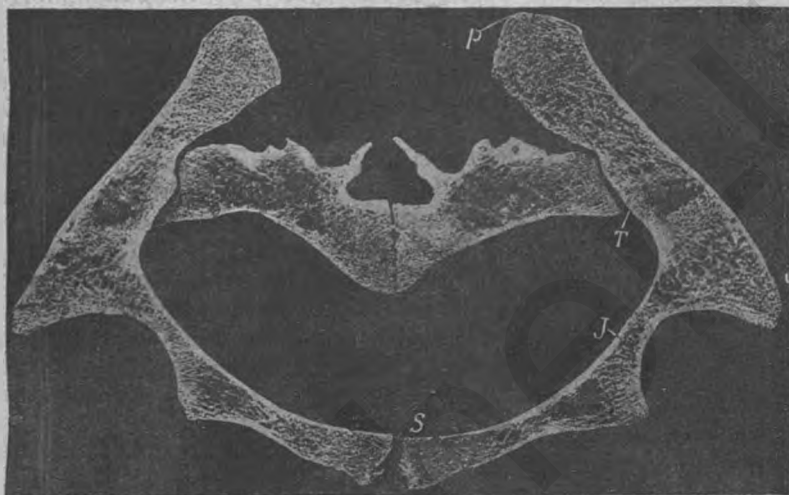


Рис. 10. Распил рахитического таза параллельно плоскости входа в таз точно также ниже этой плоскости.

Крестец в таком тазу имеет неодинаковую величину и форму с обеих сторон, также безымянные кости с той и другой стороны различны по форме и по своему положению; получается различие в правой и левой половине полости таза; мыс и лонное сращение находятся не против друг-друга. Мыс отклонен в сторону более суженную, область вертлужной впадины выпячивается в полость таза; безымянная линия суженной половины более выпрямлена, иногда даже бывает местами вогнута внутрь.

Относительно наклона рахитического таза старые авторы единогласно признавали, что оно больше нормы (Rokitanzky, Michaelis, Noegele, Kehrer, Schroeder и др.). Но из новейших авторов очень компетентные исследователи Breus и Kolisko заявляют, что наклон рахитического таза, наоборот, уменьшен, во всяком случае не увеличен. Наклон таза они отождествляют с наклонным положением плоскости входа в таз или *conjunctatae verae*. Этому уменьшенному наклону несколько не мешает усиленное наклонение крестца, последний может быть сильно наклонен при несильном наклонении таза, так как



он наклоняется не только по отношению к горизонту, но и по отношению к охватывающим его безымянным костям.

И так повторяем: характерным, постоянным, общим признаком рахитических тазов является, во первых, изуродование его формы в какой-либо степени и, во-вторых, короткость подвздошных костей (*rag-tium iliacarum*), делающая таз плоским.

#### Распознавание рахитического таза.

Когда акушер только начинает приступать к исследованию беременной или роженицы, когда он только осматривает живот, его внимание могут остановить некоторые признаки, заставляющие его особенно тщательно исследовать женщину относительно рахитических изменений в тазу. Иногда его поражает малая величина бедер, короткость их наряду с малой величиной всей тазовой области. Иногда форма головы— сильное выступание лобных бугров—заставляют искать следы рахита. Когда акушер, поймав глазом какой-нибудь след неправильного роста костей, при измерении наружной конъюгаты тазомером, увидит цифру не 20, а 18 или меньше, то он сейчас же приступает к систематическому исследованию на рахитическое изменение таза. При этом он должен расспросить, на котором году женщина стала ходить. Если он получает ответ от самой беременной, или от ее родителей, родственников, что она начала ходить поздно, например 2-х лет, то нужно думать, что у нее был рахит. Если же ответ таков, что она начала ходить рано, годовалым ребенком, то нужно спросить, не случилось ли так, что она годовалым ребенком начала было ходить, но потом  $\frac{1}{2}$  года, с год не ходила, сидела или лежала. Отрицательные ответы в этом отношении все же не могут говорить, что рахита здесь не было. Если женщина родит не в первый раз, то нужно спросить, как протекали предыдущие роды, не были ли слишком продолжительны, тяжелы, не сопровождалась ли тяжелыми операциями: трудными щипцами, перфорацией, лоннорассечением и др.

Затем нужно осмотреть весь скелет: нет ли искривлений длинных костей, нет ли увеличения их эпифизов, нет ли так называемой куриной груди, нет ли четкообразных расширений на месте перехода передних концов ребер в хрящи, нет ли четырех-угольной формы головы, нет ли каких либо искривлений в позвоночнике.

Затем приступают к исследованию таза: сначала осматривают в стоячем положении женщины область таза спереди, с боков и сзади. При осмотре с боку иногда замечается сильная отвислость живота, если это замечается у первородящей, то нужно заподозрить сильное наклонение крестца и компенсаторный лордоз поясничных позвонков, или сильное наклонение таза, или небольшую емкость брюшной полости вследствие недоразвития скелета; если это у многородящей, то помимо указанного нужно заподозрить ослабление связочного аппарата матки, ослабление брюшных покровов от бывших затруднений при предшествовавших беременностях и родах, обусловленных неправильностью таза. Наличие отвислого живота у беременных 1-й раз всегда указывает, что нужно в каждом таком случае искать сужение таза. При исследовании сзади замечают, нет ли особого углубления надкрестцовой ямки, которое бывает при сильном наклонении крестца, при этом пользуются и ощупыванием как этой ямки, так и *spinae post super* и замечают, не близко-ли к линии, соединяющей *spinas. post. sup.*, находится надкрестцовая ямка и не нарушена ли правильность ромба *Michaelis*; если ямка находится почти на уровне ее, то рахитические из-

менения в тазу несомненны. Не мешает осмотреть и ощупать всю заднюю поверхность крестца: иногда уже при этом устанавливается деформация крестца, сильный его изгиб или перегиб, сильное выступание изломанной задней поверхности крестца, сильное выступание между ягодиц нижней части сильно наклоненного крестца.

К всему только что сказанному сделаем дополнение: если при расспросе и осмотре тела и тазовой части ничего не замечено, чтобы указывало на рахит, все же при измерении таза и внутреннем его ощупывании могут быть найдены рахитические изменения.

При измерении таза иногда поражает, что расстояние между остями не меньше расстояния между гребешками, а или равняется, или даже превышает его. (Но это бывает редко). Иногда же бывает наоборот: разница между этими расстояниями бывает слишком велика (если между остями, положим, 22 вместо обычных 25, то *dist. cristatum* = 28, 29); все это говорит уже о неправильной, уродливой форме тазовых костей. *Dist. trochanterica* может быть нормальной т. е. = 30, может быть больше т. е. 31, 32, может быть меньше т. е. = 29 и 28 (при общесуженных плоских рахитических тазах).

При внутреннем исследовании таза прежде всего интересно определить степень сужения, для чего нужно найти мыс, при чем обследуется к стати и вся передняя поверхность крестца. Определяются неровности кривизны крестца, проверяется степень его наклона, определяются всякие могущие быть костные неровности на этой поверхности, напр. сильно выдающиеся линии соединения крестцовых позвонков и пр. Затем, отыскивается, если это возможно, мыс, для чего всегда нужно опустить локоть исследующей руки и повыше поместить таз больной, попросив ее напр. положить руки, сложенные в кулак, под крестец; удивительно облегчается дело при этом, если помощники подымут ноги больной и поставят их в положение для камнесечения. Если мыс не достигается одним пальцем, то нужно ввести два (указательный и средний). Когда мыс достигнут, то нужно прощупать выше его и ниже, чтобы узнать нет ли второго мыса. Затем, чтобы определить степень сужения нужно было бы собственно говоря измерить расстояние между мысом и ближайшей к нему точкой лонного сочленения; эта точка находится не в верхней части лонного сочленения, как это принято считать, а ниже, ближе к середине лонного сочленения, где лонный хрящ наиболее выдается внутрь таза (определить так называемый *diametrem promontopubicum minimum*—Pinard). Но это, как известно, сделать на живой невозможно, остается измерить *diam. sacro—subpubicum*, т. е. диагональную конъюгату. Для определения этого размера придумано было несколько инструментов. Мы пробовали особенно настойчиво инструмент, предложенный для этой цели Fagabeuf'ом, но принуждены были оставить его, так как введение инструмента и пальца тягостно и болезненно для больных, а главное потому, что инструмент не дает более точных результатов, чем обычное ручное измерение. В практике до сих пор ручной метод остается незаменим. При этом методе локтевая сторона конца пальца, достигнувшего мыс (указательного тогда, когда мыс достигается одним пальцем и среднего тогда, когда мыс достигается лишь при введении двух пальцев), устанавливается неподвижно на мысе, а к нижнему краю лонного сочленения (собственно говоря, к *ligamentum arcuatum*) прижимается плотнее лучевой край кисти, т. е. ниже начала указательного пальца (рис. 11). Ноготь указательного пальца другой руки устанавливается перпендикулярно на прижатой к лону части руки, крепко здесь удерживается и палец вынимается из вагины так, что ноготь другой руки остается

приложенным и не сдвигается с своего места. Лучше, чтобы эта другая рука была расположена так, чтобы при прижимании ногтя конец пальца был обращен мякотью к лону, мякоть пальца лучше чувствует *lig. arcuatum*, к которой должен прижаться ноготь (рис. 12). Помощник берет ленту, деленную на сантиметры, приставляет конец ленты к ногтю, ведет ленту к локтевому краю конца пальца, стоявшего на мысе, и расстояние меряется. Из полученной цифры для определения *conj. vera* (или точнее *diam. promonto-rubic minimum*) вычитается 2 сант. или 1,8 или 1,5 или даже 1,3, смотря по тому, как высоко лонное сочленение, под каким углом оно находится к плоскости входа в таз, а также—по тому, не выдается ли слишком сильно лонный хрящ в полость таза, что бывает при рахитических тазах не очень редко. Измерив конъюгату, приступают к ощупыванию стенок таза. Если крестец ощупан еще во время измерения конъюгаты, то остается прощупать переднюю стенку таза и

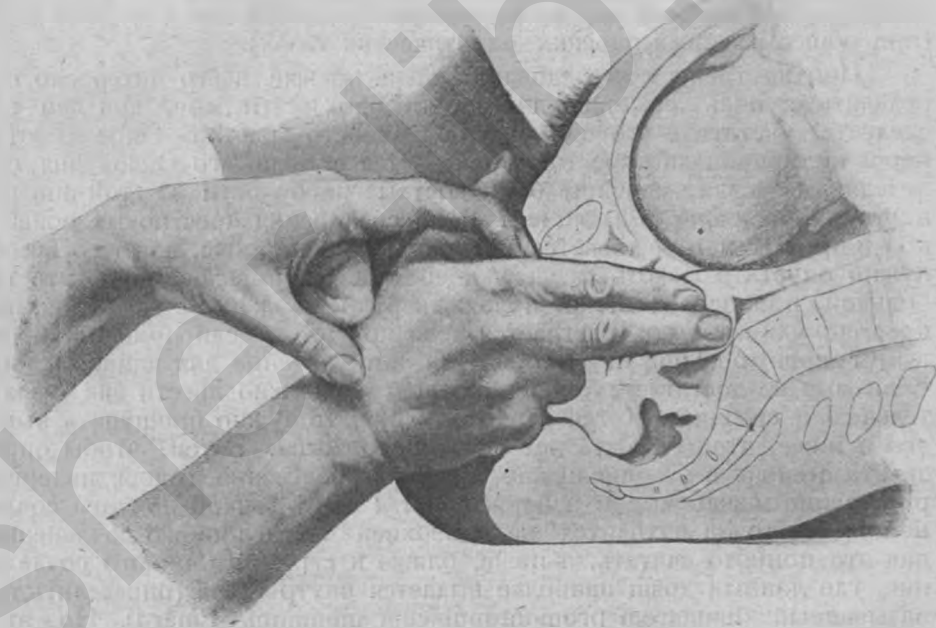


Рис. 11.

боковые. Прощупывают внутри область лонного сочленения, измеряют высоту его; исследуют, нет ли экзостазов (Рис. ), сильного выпячивания лонного хряща; стараются определить наклонение лонного сочленения; лонное сочленение может быть наклонено более кзади или сильно кпереди. Если лонное сочленение наклонено кзади, то из цифры, обозначающей длину диагональной конъюгаты, вычитают больше для определения истинной конъюгаты (2,0—1,8), если оно наклонено вперед, то вычитают значительно меньше 1,2—1,1. Исследования Pinard'a показывают, что если высота лонного сочленения меньше 4 сант., то достаточно вычитать 1,1—1,5 сант., если больше 4-х сант., то нужно вычитать 1,5—2 сант. Боковые стенки таза лучше ощупывать попеременно пальцами той и другой руки: правую пальцем правой руки, левую пальцем левой руки, для этого моют обе руки, вводят палец правой руки и ощупывают, начиная с крестцово-подвздошного сочленения

правую боковую стенку, исследуют кривизну безымянной линии, кривизну всей правой половины таза, наблюдают, нет ли и здесь где-нибудь экзостазов, ощупывают *spina ischiï*, которые при рахите обычно сильно выступают в виде острий. Познакомившись с состоянием правой половины, вынимают палец и вводят палец другой руки сейчас же, чтобы не сгладилось впечатление от ощупывания пальцем первой руки; производят такое же тщательное ощупывание и в воображении сравни-

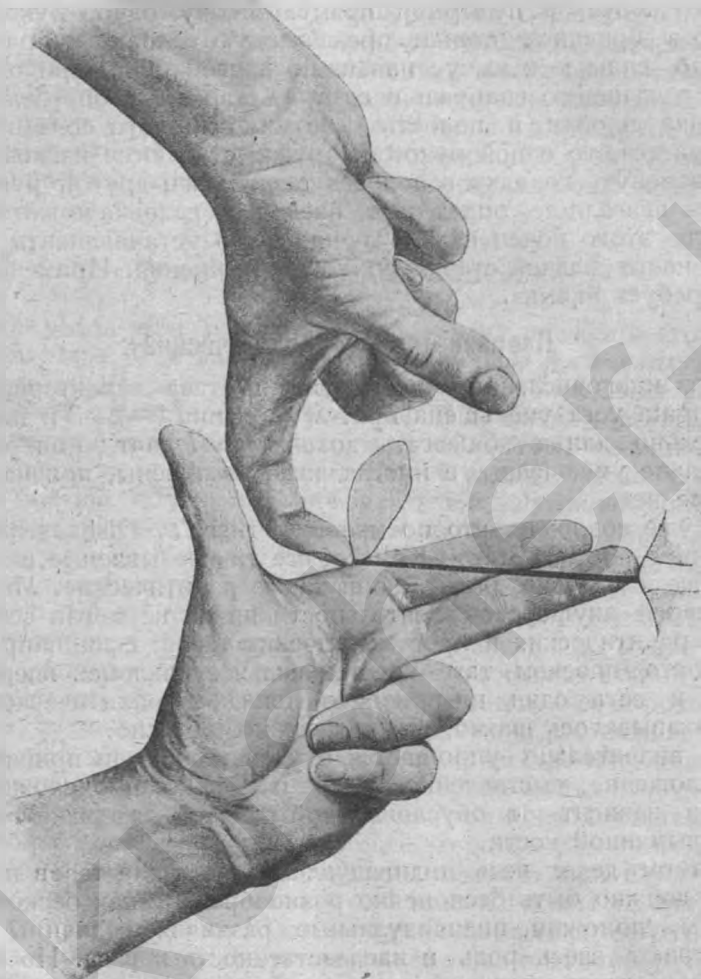


Рис. 12.

вают впечатления, полученные от исследования пальцами той и другой руки, чтобы заметить, есть ли разница половин полости таза, их асимметрия.

В дополнение к измерению Pinard вполне справедливо рекомендует обращать внимание на состояние предлежащей головки плода. Определить более или менее точно величину головки плода никак не удается, определяется это весьма приблизительно; наши личные по-

пытки в этом отношении убедили нас только в том, что при этих приблизительных определениях ошибки бывают иногда поразительные: иногда там, где головка казалась небольшой, она оказывалась большой, и наоборот. Определение величины головки по приблизительному определению длины туловища плода измерением через брюшные стенки расстояния между крупными частями плода, рекомендованное немецкими авторами, ведет также к грубым ошибкам. Опытные практиканты акушеры давно уже отказались от этого.

Единственно практичный метод в этом отношении рекомендует Pinard, это метод, так сказать, измерительного ощупывания головки— *methode du palper mensurateur*. Этот метод состоит в следующем: освобождают мочевой пузырь и прямую кишку, одной рукой захватывают через брюшные стенки подлежащую головку и прижимают ее как можно сильнее к мысу, пальцами другой руки, приложенными к лонному сочленению снаружи и снутри, стараются определить, может ли головка пройти в полость таза мимо лонного сочленения. Если так не удастся, то одной рукой снаружи стараются насколько можно сильнее втиснуть головку в полость таза, палец другой руки, введенный через влагалище, определяет, насколько головка может опуститься в таз, для этого конец пальца лучше всего устанавливать на уровне верхней части задней стенки лонного сочленения. Применение этого метода требует навыка.

#### Плоский таз (не рахитический).

Этот многочисленный род сужений таза характеризуется тем, что *conjugata vera* уменьшена против нормы на 1—2—3 и даже 4 сант., следовательно длина конъюгаты доходит до 7 сант.; поперечные размеры таза не уменьшены, а иногда даже увеличены, признаков же рахита нигде нет.

Мы уже говорили, что по мнению Fritsch'a, Olshausen'a, Spiegelberg, Tarnier—Budín, Breus—Kolisko, все так называемые плоские тазы есть также следствие рахита, они также рахитические. Мы с самого начала своей акушерской деятельности никак не могли себе уяснить различие рахитических и простых плоских тазов; если, напр., говорят, что в просто плоском тазе крестец сильнее наклонен вперед, то это как раз и есть один из признаков плоского рахитического таза; и так все оказывалось шатко, неопределенно, не ясно.

Все значительно упрощается и уясняется, если принять во внимание положение, выставленное Breus и Kolisko: происхождение плоского таза зависит от обусловленной рахитом задержки роста *partis iliacae* безымянной кости.

В самом деле: ведь индивидуальное различие тазов по форме и величине должно быть бесконечно разнообразно, как бесконечно разнообразны, положим, индивидуальные различия величины и форма носа. Играют здесь роль и наследственность и раса. Но почему же при разнообразии, долженствующем быть бесконечным, так сильно преобладает плоская форма таза? Очевидно, потому, что рахит, обуславливающий недоразвитие *partis iliacae* безымянной кости, поражает громадный процент детей. Часто даже, будучи слабо выражен, он остается незамеченным, изменение же в тазу производит.

#### Беременность при плоских (как рахитических, так и просто плоских) тазах.

При слабых степенях сужения и даже часто при средних никаких изменений во время беременности не происходит. Лишь в пос-

леднем месяце беременности, когда у многородящих нередко, а у первородящих с нормальным тазом всегда, предлежащая головка вступает в вход таза и стоит уже неподвижно во входе, этого при узких тазах не происходит: головка стоит при узком тазе подвижно над входом. Поэтому правило получается такое: если у беременной в первый раз головка в течение последнего месяца беременности стоит подвижно над входом, то у этой беременной должен быть узкий таз.

Соответственно тому, что предлежащая часть не опускается, обыкновенно и дно матки стоит высоко.

Кроме того, так как обладательницы очень узкого таза обыкновенно и рост имеют малый, то беременная матка, помещающаяся в брюшной полости, выпячивается очень вперед, перегибается кпереди и отвисает; получается отвислый живот—*venter propendens* (*ventre enbezace*). Отвислости живота и антеверзии матки способствуют еще усиленный лордоз поясничной части позвоночника, бывающий при рахитических тазах, а также ослабление связочного аппарата матки от прежних беременностей и родов. У многорожавших при сильных степенях сужений таза замечается еще особо легкая подвижность беременной матки.

#### Роды при плоских тазах.

Течение родов при плоских тазах зависит прежде всего от степени сужения таза. Так как поперечные размеры в плоских тазах уменьшены, то определяют степень сужения только по длине *conjugata vera*. Различают три степени сужения таза. Самая незначительная степень сужения, когда длина истинной конъюгаты меньше 11 и не меньше 9, называется первой степенью сужения. Если *conj. vera* меньше 9 и больше 6,5, то это—вторая степень сужения. Ниже 6,5—третья степень сужения. При сужении второй степени роды доношенного ребенка, если и бывают затруднены, все же нередко кончаются благополучно. Если *conj. vera* 6,5 или ниже, то роды доношенным ребенком невозможны, сужение таза называется абсолютным.

При сужениях первой степени течение родов если и нарушается в каком либо отношении, то все-же не в столь значительной степени и не так часто, как при второй и третьей степенях. Успех родов, главным образом, зависит от того, как велик ребенок, как велика его головка, насколько она окостенела, насколько она способна конфигурироваться, каково соотношение осей матки, плода и таза, как энергична и правильна родовая деятельность, как развита мышечная система роженицы, в каком состоянии ее силы и общее здоровье, родит-ли женщина в первый раз или уже раньше рожала несколько раз. Если головка хоть и порядочная, но не сильно окостенела, кости ее мягковаты, податливы, края костей на местах швов хорошо заходят друг за друга при сжимании головки (т. е. головка хорошо конфигурируется), то схватки даже средней силы могут продвинуть головку в полость таза. Если головка останавливается во входе таза, как в самом узком месте, то схватки соответственно препятствию начинают усиливаться, делаться настойчивее, чаще, и обычно протискивают головку через вход в полость таза, после чего роды идут своим чередом правильно; нередко у многородящих сильные схватки, с трудом и с замедлением протиснув головку через вход в полость, быстро, как бы по инерции, изгоняют ее оттуда, и роды, замедленные раньше, оканчиваются через 5—10 минут.

Особенно оптимистически можно смотреть на первые роды при первой степени сужения. Головки первенцев бывают обыкновенно мало

окостенелы, податливы и если продвижение их замедляется, то чаще уже в полости таза от препятствия со стороны неподатливых мягких частей при вторичной слабости схваток или вследствие неблагоприятной установки, и т. п.

При сужении второй степени головки если и происходит такое идиллистическое течение родов, как это мы описали для сужения первой степени, то значительно реже; при сужении второй степени благоприятных условий для самопроизвольных благополучных родов требуется уже больше: и головка должна быть не так велика и не так податлива, и схватки должны быть особо хороши, и нужно, чтобы не случилось никаких побочных осложнений, бывающих при узких тазах второй степени чаще.

Мы попробовали приступить к рассмотрению перечисленных условий, влияющих на течение родов при узких тазах. Мы собрали 5.866 историй родов с узкими тазами за 19 лет из материала Московского Родовспомогательного заведения, распределили их на группы и сосчитали, сколько было родов, продолжавшихся менее 12 часов, т. е. непродолжительных родов при недоношенном ребенке, затем при ребенке весом от 3.100 до 3.500, затем—при ребенке весом от 3.500 до 4.000, затем—при ребенке весом от 4.000 до 4.500 и более. Оказалось, процент непродолжительных родов с увеличением веса ребенка не уменьшается как у многородящих, так и у первородящих, как в случаях с плоскими, так и с общесуженными тазами, как с умеренно суженными тазами, так и с сильно суженными тазами (см. таблицу Б).

Когда же мы сосчитали, наоборот, количество продолжительных родов при тех же условиях и при разном весе ребенка, то оказалось, что процент продолжительных родов в общем один и тот-же, что с малыми детьми и что с очень большими детьми: такой-же результат получился и в случаях с очень суженными тазами (см. табл. В).

От изучения приведенной статистики получается общее впечатление такое, что как будто бы величина ребенка не влияет на продолжительность родов.

Помимо вычислений процентов, уже самое знакомство с большим количеством случаев, когда при общесуженных тазах с наружной конъюгатой в 16—15 рождается младенец весом 4.500 и более и роды продолжаются часов 6—7, словом меньше 12 часов, показывает, что абсолютное пространственное несоответствие между величиной ребенка и суженным тазом может не получаться при очень большом ребенке и очень узком тазе, что граница, когда получается абсолютное несоответствие стоит гораздо дальше, чем мы думаем в большинстве случаев, и что на исход родов влияет не столько величина ребенка, сколько—качество схваток, соответствие осей и способность к конфигурации. Всякий раз, когда кто-нибудь наблюдает при очень узком тазе и большом ребенке благополучное и скорое окончание родов, он думает, что это исключение. Статистика-же показывает, что так бывает в большинстве случаев.

Какое влияние имеют на течение и исход родов прочие факторы, помимо величины ребенка, эта область еще совсем не разработана; нам удалось немного приподнять завесу, отделяющую от нас эту темную область, и именно высчитать проценты непродолжительных и продолжительных родов в случаях, где было сужение таза и болезненные и спазматические схватки; оказалось, что процент непродолжительных родов вообще страшно понижен—в 3—4—9 раз против прочих случаев с узкими тазами, и процент продолжительных родов страшно повышается (двое,三倍, четверо. См. таблицу Б). Итак мы видим, что

наличие большого ребенка не так замедляет роды, как болезненное изменение схваток.

Примечания к таблицам.

Две таблицы (Б и В) процентов родов разной продолжительности при узких тазах с разной величиной ребенка. В каждой клетке—4 цифры, первая цифра в каждой клетке есть процент непродолжительных родов, т. е. с продолжительностью меньшей, чем 12 часов; вторая цифра, напечатанная курсивом есть процент родов с продолжительностью от 12 до 24 часа; третья цифра, напечатанная жирным шрифтом, есть процент родов с продолжительностью от 24 до 48 часов, т. е., безусловно, продолжительных родов; четвертая и последняя цифра в каждой клетке, стоящая для отличия в скобках, есть процент родов с продолжительностью более 48 часов, т. е. очень продолжительных родов.

ТАБЛИЦА Б.

В этой таблице помещены проценты случаев с наружной конъюгатой 17 и 18.

	Многородящие.				Первородящие.					
	Недонош. ребенок.	Ребен. вес. от 3,100 до 3,500.	Ребен. вес. от 3,500 до 4,000.	Ребен. вес. от 4,000 до 4,500 и бол.	Недонош. ребенок	Ребен. вес. от 3,100 до 3,500.	Ребен. вес. от 3,500 до 4,000.	Ребен. вес. от 4,000 до 4,500 и бол.		
Плоский таз с наружн. конъюгатой=18 и 17	61 8 (0.06)	24 64,3	55 34	53 11	32 30	37 33	33 46	23 23	47 (6)	
Плоский таз + спазмотическ. схватки.	7 46 (15)	30 23	38 (8)	10 42	26 (4)	20 41	30 (10)	16 66	8 16	50 50
Общесуженный таз с наружной конъюгатой=18 и 17	49 16 (4)	24 59	24 61	26 16	25 24	32 36	36 31	37 57	41 (5)	
Общесуженный таз + спазм тич. схватки.	15 25 (10)	55 12	53 16	55 8	42 4	4 4	29 11	22		

ТАБЛИЦА В.

В этой таблице помещены проценты случаев с наружной конъюгатой 16 и 15.

	Многородящие.				Первородящие.				
	Недонош. ребенок.	Ребен. вес. от 3,100 до 3,500.	Ребен. вес. от 3,500 до 4,000.	Ребен. вес. от 4,000 до 4,500 и бол.	Недонош. ребенок	Ребен. вес. от 3,100 до 3,500.	Ребен. вес. от 3,500 до 4,000.	Ребен. вес. от 4,000 до 4,500 и бол.	
Плоский таз с наружн. конъюгатой=16 и 15.	36 54 (9)	45 71	43 66	33 62	37 21	42 20	28 33	46 66	22 (11)
Общесуженный таз с наружной конъюгатой=16 и 15.	36 28 (16)	52 40	44						



ТАБЛИЦА Г.

В этой таблице помещены проценты оперативных родов в случаях сужения таза при правильных схватках и при спазматических схватках с ребенком разной величины.

	Многородящие.				Первородящие.			
	Ребенок менее 3100	Ребенок 3100—3500	Ребенок 3500—4000	Ребен. бо- лее 4000	Ребенок менее 3100	Ребенок 3100—3500	Ребенок 3500—4000	Ребен. бо- лее 4000
<b>Плоский таз с конъюгатой 18 и 17.</b>								
Нормальные схватки. . . . .	17	12	13	22,6	18,6	17,8	22,4	26
Спазматические схватки. . . .	100	35	94	80	83	80	100	—
<b>Плоский таз с конъюгатой д. 16 и 15.</b>								
Нормальные схватки. . . . .	—	—	32	—	—	50	27	—
Спазматические схватки. . . .	100	100	—	—	65	—	—	—
<b>Общесуженный таз с конъюгатой 18 и 17.</b>								
Нормальные схватки. . . . .	21	14	15	23	23	24	24	33
Спазматические схватки. . . .	95	94	94	100	72	62	100	66
<b>Общесуженный таз с конъюгатой 16 и 15.</b>								
Нормальные схватки. . . . .	—	44	88	—	—	—	—	—
Спазматические схватки. . . .	100	50	—	—	—	—	—	—

Таблицы показывают, что процент родов с небольшой продолжительностью, т. е. менее 12 часов, по мере увеличения ребенка не уменьшается, как этого нужно было ожидать à priori, и что процент родов с большой продолжительностью, т. е. более 12 часов, более 24 часов, более 48 часов, по мере увеличения ребенка не увеличивается (следовало бы ожидать à priori, что эти проценты должны увеличиваться с увеличением ребенка).

Когда мы высчитали на нашем материале количество оперативных родов, то оказалось (см. таблицу Г), что процент оперативных родов при плоских и общесуженных тазах вообще сильно повышен, но что вместе с увеличением веса ребенка этот процент не повышается. (Так при плоских тазах у многородящих с недоношенным ребенком процент оперативных родов—17, с доношенным, весом до 3.500—12, с ребенком 3.500 до 4.000—13%, с ребенком весом более 4.000—22,6.

Если мы высчитаем процент оперативных родов при сужении таза и при спазматических схватках, то получаются ужасающие проценты оперативных родов; получаются проценты: 100, 94 и т. п. (См. таблицу Г).

Общий вывод из всего сказанного должен быть таков.

При выработке плана ведения родов при узких тазах нельзя основываться лишь на измерении таза и на учитывании предполагаемой величины ребенка. Нужно еще полагаться на свое умение оценивать качество схваток и устранять возникшую их неправильность, нужно быть уверенным в себе, что, если произойдет несоответствие осей матки, плода и таза, эта неправильность будет сейчас же устранена. Для того чтобы полагаться на себя в этом отношении, нужно хорошо изучить теоретически главы о физиологии и патологии схваток, об отношении осей и упражняться в наблюдении в указанном направлении при родах. Кроме того, нужно уметь назначать беременным с узкими тазами такую диету и режим, чтобы головка плода была способнее к конфигурации (см. отдел о терапии при узких тазах). В будущем предстоит развитие знания в указанных вопросах, ибо эти вопросы еще мало разработаны в науке.

Если на них направить главное внимание и на изучение их направить свои надежды, то мы можем, как учит статистика, большинство женщин с узкими тазами избавить от жестоких и опасных операций.

Сверх всего сказанного наша статистика, состоящая из больших цифр, весьма убедительно демонстрирует, какие патологические явления встречаются чаще всего при узких тазах. Эти патологические явления, точнее, осложнения, следующие: неправильные положения плода, выпадение пуповины, спазматические схватки.

На 5.866 случаев с плоскими и общесуженными тазами было 120 случаев с неправильными положениями плода. Это показывает, что на каждые 49 случаев суженного таза приходится одно неправильное (поперечное или косое) положение плода, что составляет  $2\frac{1}{3}\%$ . Общая частота неправильных положений плода по Schurig'y = 0,75—0,70. По статистике Pinard'a одно неправильное положение приходится на 125 родов, по Roufier--1:127. Так что, если сравнивать частоту неправильных положений плода при сужении таза с общей их частотой, то выходит, что при сужении таза поперечные положения плода встречаются в  $2\frac{1}{2}$  раза чаще. Частота поперечных положений, как при плоских, так и при общесуженных тазах, одинакова, как это показывают наши статистические таблицы.

На то же число неправильных тазов было 191 случай выпадения пуповины, т. е. один случай выпадения на каждые 31 случай неправильного таза, что составляет около  $3\frac{1}{3}\%$ . Если эти цифры сравнивать с общей частотой выпадения пуповины—1% по Küstner'y, 0,38% по нашей статистике, то выпадение пуповины при плоских и общесуженных тазах происходит в 3 раза чаще.

Родов со спазматическими схватками на отмеченное количество родов с узкими тазами было 237, это означает, что каждые 25-е роды при сужении таза осложняются спазматическими схватками.

Из других патологических явлений, которые чаще встречаются при плоских и общесуженных тазах, чем при нормальных, можно упомянуть только лобные положения. В нашем материале их было 34, т. е. одно лобное положение на 175 случаев с узкими тазами. (Общая частота лобных положений по Leopold'y 1:3.000 и по другим авторам 1:1.500—2.000).

Раннее излитие вод было в 1.347 случаях (мы считали излитие вод ранним, если оно произошло до времени открытия шейки на 3 пальца), т. е. в 22,5%. Этот процент не превышает процента раннего излития вод для всех вообще случаев (по Valenta—24,2%, v. Winkel—27%, Eisenart—27,09%).

Количество лицевых предлежаний при плоских и общесуженных тазах по нашей статистике не превышает частоты лицевых предлежаний при нормальных тазах.

Большая частота неправильных положений плода при плоских и общесуженных тазах объясняется тем, что головка в конце беременности не вступает во вход таза, как это бывает нередко при нормальных тазах даже у многородящих. Кроме того при сужении таза замечается наклонность матки к смещениям, чаще всего к наклонению вперед; смещения матки сами по себе предрасполагают к неправильным положениям плода. Кроме того последствием смещений в течение предыдущих беременностей и трудных предыдущих родов является большая растянутость, большая податливость стенок матки у многородящих с узким тазом, что также предрасполагает к неправильным положениям плода.

Большая частота выпадений пуповины как при плоских, так и при общесуженных тазах объясняется замедлением вступления головки во вход таза, а также большей растянутостью стенок шейки и нижнего отрезка тела матки (см. главу о выпадении пуповины).

Увеличение количества случаев со спазматическими схватками при сужении таза нужно поставить в связь с общим законом, отмеченным нами при статистическом исследовании случаев родов со спазматическими схватками, законом, состоящим в том, что всякое механическое препятствие для родов, заключается ли оно в сужении таза или в большой величине ребенка или, например, в лобном положении, вызывает болезненность схваток и спазматический их характер. Может быть при прижатии головкой к тазовым костям передней стенки шейки раздражаются находящиеся в ней нервные узлы (Frankenhausen'a) и вследствие этого рефлекторно расстраивается сократительная деятельность всей мышечной системы матки.

Большая частота лобных положений объясняется вообще наклонностью головки при плоских тазах разгибаться, о чем мы будем говорить при описании особенностей механизма родов при плоских тазах. К этому нужно прибавить, что растянутость и податливость нижнего отдела матки у многородящих, наблюдаемые при сужении таза особенно часто, в свою очередь, очевидно, предрасполагает к лобным положениям; так из 34 случаев лобных положений при сужении таза, числящихся в нашей статистике, 28 было у многородящих.

Открытие матки при плоских тазах совершается часто правильно и полное открытие наступает без всяких отклонений от нормы. Но бывают нередко такие случаи, что после открытия на 2—2½ пальца роды тянутся бесконечно, а дальнейшего открытия не наступает. При этом отверстие полуоткрывшейся матки имеет форму поперечного овала, по видимому, соответствуя форме входа в таз, на урвне которого находится шейка матки, так что, если измерять степень открытия, то в передне-заднем направлении оно равно 2—1½ поперечным пальцам, а в поперечном направлении пальца на 3 и больше. Маточные губы при этом как передняя, так и задняя, отвисают в виде двух занавесок, лопастей; это отвисание выступает тем более сильно, что предлежащая головка находится высоко над входом. Если прошли воды, то при исследовании палец, встретивши свисающие занавески, иногда с отчет-

ными толстоватыми краями, проходит дальше между ними и сначала ощущает между ними пустое пространство и потом уже, на высоте, встречается с головкой.

Иногда бывает так, что наступает полное открытие, потом проходят воды и края шейки, между которыми нет головки, когда последняя стоит еще очень высоко, спадаются, открытие опять становится пальца на 2—2½, получается только что описанная картина открытия шейки в виде поперечного овала со свисающими в виде занавесок маточными губами. Почему иногда не наступает полного открытия и почему отверстие не вполне открывшейся шейки имеет форму поперечного овала, сказать трудно. В главе о физиологии открытия шейки мы говорили, что открытие совершается вследствие сокращения мышц матки, спускающихся из тела в шейку в таком направлении и порядке, что при сокращении всей системы маточных мышц шейка обязательно должна сглаживаться, открываться. Очевидно, тянущая сила мышц матки спереди и сзади встречает препятствие вследствие прижатия передней и задней губ шейки головкой. С боков же этого прижатия нет и поэтому в поперечном направлении шейка бывает открыта больше.

При плоских тазах костное кольцо входа в таз не имеет правильно овальной формы нормального таза, передняя и задняя часть кольца сближены между собой, крупная часть плода, проходя через вход, должна всегда более или менее прижимать мягкие родовые пути к передней и задней частям кольца. На этой почве создаются условия, при которых от силы схваток получают разрывы матки, о которых мы поговорим в отдельной главе.

Если механическое повреждение мягких родовых путей заключается в весьма продолжительном безостановочном прижатии между головкой и костями таза какого-нибудь одного места без растяжения схватками, то может получиться сквозное омертвление мягких частей, ведущее к фистулезным соединениям полости шейки с мочевым пузырем (*fistulae vesico uterinae*), полости вагины с мочевым пузырем (*fistulae vesico-vaginales*). Фистула образуется тогда, когда головка (реже—ягодицы) вколотилась в таз, дальше не подвигается и роды останавливаются на одной точке, не прогрессируют ни в каком отношении. Если же роды, хотя и медленно, двигаются вперед, шейка, например, продолжает понемногу раскрываться, головка, хотя едва заметно, меняет свое положение, то можно не опасаться фистулы.

#### Механизм родов при плоских тазах.

Головка во входе плоского таза устанавливается не в косых размерах, а в поперечном (своими передне-задними размерами); это и понятно: во входе таза, суженном спереди-назад, головка соскальзывает с косых размеров и устанавливается в самом большом—поперечном. В этом разногласии нет.

Далее, головка при проходе через вход, не остается в сильно согнутом состоянии, как в нормальном тазе, а слегка разгибается, большой родничек опускается и при внутреннем исследовании прощупывается на одном уровне с малым родничком или даже ниже. При нормальном тазе большой родничек обыкновенно не прощупывается, ибо он занимает высокое положение, прощупывается лишь малый родничек. Если и бывает при нормальном тазе опускание большого родничка, то—как исключение. Головка при нормальном тазе, вступая затылком, проходит через вход таза своим наибольшим поперечным размером—*d. biparietalis*; при плоском тазе головка, всту-

пая этим диаметром, встречает препятствие, но ей остается одно свободное движение: разогнуться и вступить меньшим поперечным размером—*d. bitemporalis*. В наблюдении разгибания также разногласий нет. Но вот в изучении способа прохождения головки через вход таза встречаются мнения, исключаящие друг друга.

Во всех немецких учебниках и даже в таком обстоятельном издании, как «*Handbuch d. Geburtsh.*» Winckel'я, говорится одинаково: головка претерпевает во входе таза боковое Naegel'евское наклонение, только в более сильной степени, чем в нормальном тазе; при этом стреловидный шов очень приближается к мысу, задняя теменная кость упирается в мыс, стоит высоко, а передняя теменная кость начинает опускаться в полость таза.

Головка, следовательно, вставляется в таз передним теменем—передне теменное вставление (*Vorderscheitelbeineinstellung*). Если при этом головке суждено пройти через вход, то задняя теменная кость соскальзывает с мыса и головка опускается в полость таза. Но бывает другой способ вставления головки во входе в таз, описанный Litzmann'ом; он состоит в том, что стреловидный шов устанавливается ближе не к мысу, а наоборот, к лону; в этих случаях передняя теменная кость упирается в лонные кости, а задняя вставляется во вход и первая начинает опускаться в полость таза: это—так называемое задне теменное вставление (*Hinterscheitelbeineinstellung*) или Litzmann'овское вставление. Это вставление рассматривается в немецкой литературе как очень неблагоприятное: роды сильно затягиваются—останавливаются и в большинстве случаев самопроизвольно не оканчиваются («*in den meisten Fällen wird eine Spontangeburt überhaupt ausbleiben. Die Frucht stirbt bei der langen Geburtsdauer ab und die Mutter gerät... in Gefahr.*» Winckel's Handbuch).

Но мы должны заявить, что это не так, это—сказки. Если врач замечает, что головка вставляется так, как описал Litzmann, то он не должен считать это плохим условием, он должен считать это самым обычным обстоятельством, что очень важно при принятии тех или иных решений. (Поэтому-то мы и разбираем эту сторону дела так подробно).

Помню, лет 25 тому назад, среди нас, акушеров, занимающихся при исключительно большом материале Московского Родовспомогательного заведения, еще были разговоры о Litzmann'овском положении, как о неблагоприятном обстоятельстве. Но чем дальше шло время, чем больше было наблюдений, тем определеннее стали замечать, что ничего особенно плохого здесь нет и разговоров на эту тему как-то стало меньше и меньше; теперь же никто из опытных акушеров не придает Litzmann'овскому вставлению особого значения.

Ribemont-Dessaigues, Lepage, Farabeuf и вся французская школа акушеров уже давно описывает механизм наиболее частого и наиболее благоприятного прохождения головки через вход таза, именно на подобие Litzmann'овского вставления, как это было сказано в главе о нормальном механизме родов.

Наш вывод таков: головка проходит через вход таза, наклоняясь в бок то в ту, то в другую сторону. Если матка сильно наклонена вперед, то головка наклоняется по Naegele. Если такого наклонения нет и если женщина лежит на спине, то матка с плодом лежит на позвоночнике и головка вступает так, как это описывают французские авторы (Последние не исключают и Naegel'евского вставления). Иногда же головка проходит и синклитически. Когда головка вступила в полость таза, то 3-й момент механизма родов совершается без замед-

ления и нормально, но это—в том случае, если нет выпрямленного крестца, т. е. если полость таза также не сужена. В противном случае ротационное движение замедляется, совершается очень поздно, почти тогда, когда головка уже вышла из полости таза, или даже как редкое исключение совсем не совершается и головка так и рождается в поперечном размере.

*Лицевое и лобное предлежание.* Лицо устанавливается в поперечном размере входа, головка наклоняется в бок так, что задняя щека первая вставляется и начинает опускаться в полость таза, передняя щека соскальзывает с лонных костей, и также опускается в полость таза, остальное совершается обычным порядком. Бывает, конечно, и наоборот: передняя щека первая опускается во вход, тогда задняя щека соскальзывает с мыса и опускается в полость таза.

*При ягодичном предлежании* первое препятствие обыкновенно встречается при прохождении через вход таза туловища ребенка на уровне плечевого пояса. Но самые серьезные затруднения встречаются, конечно, при прохождении головки. Последующая головка может вступать в таз в сильно согнутом состоянии, что благоприятнее всего, так как тогда первым опускается подбородок, т. е. один из полюсов овоида—головки, затылок же, как противоположный полюс, идет после всего; принцип прохождения головки—овоида через узкое место своєю длинной осью сохраняется. Если последующая головка—в разогнутом состоянии, то прохождение ее, разумеется, более затруднено. При этом головка становится в поперечном размере входа своими передне задними размерами. Затем головка делает боковое наклонение такое, что заднее темя ее опускается первым и проходит мимо боковой части мыса в полость таза; за ним следует сейчас же и переднее темя со стороны лона. Дальнейший поворот головки уже в полости таза совершается обычным путем в том случае, если полость таза не сужена в передне-заднем размере, как это чаще всего и бывает; если же передне-задние размеры и полости сужены (*le bassin canaliculé*), то поворот головки в полости таза совершается с большим трудом, или не вполне совершается, или совсем не совершается, что случается весьма редко, и головка так и рождается (если рождается неповрежденной) в поперечном размере таза своими передне-задними размерами.

При плоском тазе, если механическое препятствие очень значительно, схватки неправильны или недостаточно сильны и не могут преодолеть препятствия, то роды затягиваются, могут продолжаться 2—3—5 суток и более. Продолжительные и трудные роды доставляют роженице адские мучения и истощают ее силы. Если роды затянулись, а воды прошли, то температура почти всегда повышается, отделения становятся с запахом, развивается *endometritis sub partu* и получается опасность возникновения септического процесса, этого злейшего врага, с которым у нас нет средств бороться. Если при затянувшихся родах ребенок умирает, то тело его быстро начинает разлагаться и это ускоряет развитие сепсиса.

#### **Предсказание при плоских тазах.**

*Предсказание* для матери обуславливается, конечно, степенью сужения таза, величиной головки, способом ее вставления, способностью ее к конфигурации, силою и правильностью схваток, наконец, опытом, умелостью, знанием наблюдающего врача. Предсказание весьма ухудшается, если роды затянулись, воды давно прошли, температура повышается, отделения становятся с запахом, так как в этом случае возникает опасность со стороны сепсиса.

*Предсказание для детей* зависит также от степени сужения и пр. Неправильные положения и выпадение пуповины ухудшают предсказание.

Нередко бывает так, что ребенок после трудных родов рождается живым, но он так замучен, что через день, два после родов умирает; на вскрытии обнаруживаются мозговые кровоизлияния, спадение легких и пр.

Вдавления в черепе и даже надломы костей дают различные предсказания, смотря по тому, повреждены ли при этом подлежащие мягкие части (сосуды, вещество мозга); часто они имеют благоприятный исход. Этим механическим повреждениям подвергается обыкновенно теменная или лобная кости той стороны черепа, которая была обращена к мысу и упиралась в него. Но бывают повреждения и со стороны symphysis pubis как предлежащей, так и последующей головки.—У последующей головки повреждения бывают также чаще со стороны теменной кости, обращенной кзади, т. е. проходящей у мыса.

При сильных степенях сужения таза, если практикуется Кесарское сечение или симфизиотомия, пуботомия, то прогностика для детей сильно улучшается.

#### Терапия при сужении таза.

Если сужение таза 3-й степени, т. е.  $\text{conj. vera } 6$  или  $5$ , или еще ниже и женщина обратилась за советом к врачу во время беременности до 6-ти мес., то нужно предложить женщине или аборт, или, если она хочет иметь живого доношенного ребенка, сделать Кесарское сечение тогда, когда наступит срок родов. Для искусственного возбуждения преждевременных родов эти случаи не годятся, так как до 7-ми месяцев они оканчиваются родами хотя и живого, но не жизнеспособного плода, а после 7-ми месяцев—все шансы за то, что роды не окончатся без жестоких операций: высоких трудных щипцов, или перфорации. Все это происходит потому, что большой поперечный размер головки плода после 7 месяцев больше длины истинной конъюгаты в этих случаях. Если женщина пришла после 7-ми месяцев, то нужно ей предложить сделать Кесарское сечение тогда, когда наступит срок родов. Если она не согласится, то остается ожидать срока родов и окончить их самой неприятной операцией—перфорацией живого плода. Но нужно иметь ввиду, что если конъюгата уменьшена до  $5-4$ , то и перфорация будет затруднена настолько, что жизнь роженицы будет в крайней опасности. Нужно считать, что при таком сужении естественные родовые пути не годятся даже для того, чтобы через них вынуть доношенного или недоношенного ребенка хотя бы частями. Разумеется, если с таким сужением женщина попадает врачу уже во время родов еще с живым ребенком и роды еще не осложнились высокой  $t^0$ , то выбора нет: нужно делать Кесарское сечение.

Tarnier предложил делить сужение таким образом: самые узкие,  $\text{conj. v}=4$  и меньше, при которых получить живого ребенка абсолютно невозможно; далее тазы с  $\text{conj. v}=$  от  $4-5,5$ , и в тех и в других случаях можно делать только аборт или Кесарское сечение; далее Tarnier говорит, что при  $\text{conj. v}=6$  можно вызвать преждевременные роды 6 мес. Мы думаем, что вызывать искусственно роды 6 мес., это скорее будет непродолжительная игра в куклы, чем действительное получение живого ребенка. Только с 7-ми месяцев можно рассчитывать более или менее на живого ребенка, а 7-ми-месячного можно получить, по Tarnier-же, с  $\text{conj. v}=7$ .

При сужении 2-й степени, т. е. при  $\text{conj. vera}$  от  $6, 5, 7$  до  $9$  сант. таких определенных правил, как указано, уже нет. Здесь для получения живого ребенка есть следующие возможности: возможность

самопроизвольных родов, возможность получения живого ребенка при помощи родоразрешающих операций,—щипцов или поворота, возможность произвести искусственные преждевременные роды, далее—производство вспомогательных операций—симфизиотомии или пубиотомии—и, наконец,—производство Кесарского сечения, которое в данных случаях не имеет уже тех абсолютных показаний, как при сужении III степени.

Кесарское сечение при сужении II степени делают, как говорится, при относительных показаниях, т. е. не потому, что нет другого выхода, а потому, что находят, что в данном случае эта операция принесет больной и ее ребенку больше пользы, чем какой либо другой способ родоразрешения.

Если женщина с плоским тазом II степени попадает под наблюдение врача уже во время родов, то в этом случае один из способов отпадает, это—искусственные преждевременные роды. Такого рода роженицы составляли раньше, составляют и теперь, огромный материал. В каждом из случаев надо разбираться, какая из перечисленных возможностей подходит к нему. Для того, чтобы этого достигать, нужно принимать во внимание, какая длина истинной конъюгаты, как велик ребенок и его головка, в каком состоянии находятся силы роженицы, как идут схватки, нет-ли несоответствия осей матки и входа в таз.

В отделе о течении родов при плоских тазах мы говорили, что если нет неправильности в схватках, если мышцы роженицы крепки и работают хорошо, то процент благополучных, даже не затянувшихся, родов удивительно высок и остается высоким даже при сильном сужении таза и большом ребенке; если же схватки слабы или неправильны, например, спазматические, болезненные, то процент неблагополучных и оперативных родов страшно повышается, раз в 8 и больше.

Замечено, что спазматическим схваткам подвержены женщины, силы которых вообще и нервная система, в частности, ослаблены. Из этого выводится заключение, что если ко времени родов сохранять силы беременной, беречь ее нервную систему, а во время родов вести за ней тщательнейший уход и принимать меры к исправлению схваток (см. стр. 6), то это в несколько раз (раз в 8 и более) повысит степень возможности родить благополучно и скоро живого ребенка. Это все есть истина, добытая из статистических исследований. На эту сторону дела нужно обратить больше внимания, чем это делалось раньше. В этом направлении главным образом пойдет прогресс терапии при узких тазах, а не в направлении активной терапии, которая дает еще так много нежелательных результатов.

В указанном отношении необходимы: отстранение женщины в последние месяцы беременности от утомляющей ее работы, от забот, расстраивающих ее нервную систему, правильная установка гигиены беременности (как это изложено в соответствующей главе).

Во время родов самым критическим их моментом является обычно прохождение головки через вход таза и вступление ее в полость, так как вход таза является в громадном большинстве случаев самым суженным местом. В это-то время и приходится решать способ родопомощи.

Представим себе такой случай. Многородящая с плоским тазом, головка над входом, воды целы, открытие на 4 пальца, истинная конъюгата=8. В данном случае есть несколько путей. Если общее здоровье женщины хорошее, схватки хорошие, живот не очень велик и нет признаков очень большого ребенка, то можно предоставить роды естественному течению в той надежде, что под влиянием хороших схваток головка пройдет через вход таза, после чего если и разовьется вторичная слабость схваток, то можно окончить роды не-



трудными щипцами. Такой путь нужно предпочитать всем остальным и охотно на него решаться, основываясь на приведенных нами результатах статистического исследования. Во вторых, в подобных указанных случаях можно не дожидаться, пока головка вступит во вход таза и пройдут воды, а прямо приступить к повороту в надежде извлечь ребенка за ножку с риском, правда, что последующая головка застрянет и ребенок получится мертвый. Поворот при таких условиях, конечно, не есть операция по необходимости, он имеет значение как бы подготовительной операции и называется, поэтому, профилактическим. В третьих, можно в подобных случаях роды предоставить дальнейшему течению до тех пор, пока головка вступит во вход или начнет опускаться в полость, чтобы в это время приступить к симфизиотомии или пуботомии. И, наконец, можно даже решиться при указанных условиях на Кесарское сечение при относительных показаниях.

Если мы представим себе те же условия, т. е. многородящая, плоский таз,  $\text{conj. vera} = 8$ , но головка уже неподвижна во входе, воды прошли и роды затянулись, так как головка никак не может пройти суженное место—вход таза. В данном случае поворот уже исключается, так как нет вод и головка неподвижна. Для Кесарского сечения также время, пожалуй, ушло, ибо трудно уже вынуть головку из входа таза кверху, да и воды прошли. Наложить высокие щипцы в данном случае можно, но эта операция связана с большим форсированием, опасна как для ребенка, так и для матери. Нет пути в данном случае, который бы провел роды наверное благополучно между Сциллой и Харибдой. Симфизиотомия или пуботомия в данном случае более отвечают интересам ребенка.

Труднее всего при плоских тазах подобрать способ ведения родов, когда не происходит открытия матки, когда матка остается открытой не более чем на 2 пальца, а вод уже нет, головка над входом или высоко во входе. В этих случаях поворот и классическое Кесарское сечение отпадают: первый—за отсутствием вод, второе—вследствие того, что случай затянувшихся родов без вод всегда подозрителен в смысле инфекции даже и в том случае, если температура еще нормальна. Но в подобных случаях, когда роды тянутся после излития вод 1—2 суток, температура начинает повышаться, получается картина грозная как для ребенка, так и для матери. Выходом из этого положения могло-бы служить разве только внебрюшинное Кесарское сечение.

Чем больше сужение таза II й степени приближается к сужению I-й степени, тем консервативнее нужно быть в выборе пособий, так как здесь больше надежды и на самопроизвольные роды и на успех операций щипцов или поворота. При сужении первой степени подобный консерватизм уже обязателен, особенно для первородящих, у которых исходы при узких тазах вообще много лучше.

Если женщина с узким тазом II или 1-й степени не обращалась к врачу во время беременности, то с начала последнего месяца можно применять измерительное ощупывание (*le palper mensurateur*), о чем мы уже говорили.

По результатам такого ощупывания можно лучше определить линию ведения акушерской помощи.

#### **Равномерно-общесуженный таз. *Pelvis aequabiliter justo minor.***

Этот вид неправильности таза имеет форму нормального. Отличается он от нормального равномерным уменьшением всех размеров (*un bassin normal en miniature*, миниатюрный таз). Он бывает большею частью у

женщин маленького роста. Но может быть и у женщин не малого роста. Все-же с таким тазом обыкновенно связано недостаточное развитие всего скелета, так что носительницы такого таза отличаются также тонкостью костей, узкостью туловища. *Conjugata vera* в этих тазах не так мала, как в плоских. Если *conj. vera* достигает 8, то только пожалуй у карлиц (*pelvis nana*). По Lepage et Ribemon—Dessaigues таких тазов не существует, а есть общесуженные плоские тазы. Мы думаем, что в формах тазов существует такое разнообразие, что отчего не быть и равномерно суженным тазам.

*Этиология* этой формы тазов кроется прежде всего, по нашему мнению, в наследственности, они встречаются у женщин с общими признаками вырождения. Затем недостаточный рост скелета замечается у тех женщин, у которых в юношеском возрасте замечалось плохое питание, конституциональные болезни (наследственный туберкулез, наследственный сифилис). В местностях, прославившихся частыми случаями кретинизма (Бернский кантон), наблюдается необыкновенно много общесуженных тазов (Müller).

Механизм родов при равномерно общесуженных тазах отличается тем, что головка в входе во таз делает особенно усиленное сгибание, с трудом вколачивается, как клин, в полость таза, при чем малый родничок идет ниже всего (вследствие усиленного сгибания головки). На затылочной части головки образуется большая родовая опухоль. Родившаяся головка имеет очень удлиненную форму, тем более, что ее поперечные и верхне-нижние размеры от давления стеном таза уплощены. Роды часто очень затягиваются.

*Распознавание* общесуженного таза основывается прежде всего на наружном измерении таза. Все размеры одинаково при них уменьшены на  $1\frac{1}{2}$ —2 сант.; *dist. tr.* 28. *d. spin.* 22—23. *d. crist.*—24, 25, *con. ext.* 18—17. Окружность всей тазовой области 81,9, против нормального размера—89—90. Расстояние между передне-верхней остью и выдающейся частью *cristae* обыкновенно мало, что узнается—при простом ощупывании. При общем осмотре скелета никаких признаков рахита не наблюдается,—кости развиты равномерно, они лишь недостаточно развиты.

*Прогноз* зависит от тех же условий со стороны размеров таза и ребенка, схваток, сил роженицы, как это сказано и для рахитических тазов. Терапия при общесуженных тазах зиждится на тех же принципах, что и при плоских.

### Общесуженный плоский таз.

Такие тазы сужены во всех размерах, кроме того, еще таз уплощен и, следовательно, *conj. vera* особенно уменьшена сравнительно с прочими размерами. Исходя из соображений, высказанных раньше, мы должны считать эти тазы рахитическими. Так на это смотрит и Litzmann, главный установитель форм тазов; по Litzmann'у в этих тазах бывают обычно признаки рахита: изменение формы и положения крестца, сильное выступание мыса, неправильная форма чешуй подвздошных костей и их гребешков и пр.

Так как вход в таз здесь сужен не только в передне-заднем размере, но и в поперечном, то во время родов головка долго не всгавляется во входе. Вставление головки происходит то как при плоском тазе, то как при общесуженном. Пройдя вход, в полости головка также встречает препятствие. Мы наблюдали затруднение при внутреннем повороте головки в 3-м моменте родов; один раз при ли-

цевом положении подбородок при производстве операции шипцов никак не поворачивался кпереди, а, наоборот, пошел было кзади, но затем продвинулся немного кпереди и головка все-же была извлечена не в прямом размере, а в передне-косом, близком к поперечному.

Подобного же рода затруднения встречаются и при последующей головке.

Диагноз устанавливается на основании того, что вместо правильных размеров таза (30, 25, 28, 20) все размеры, укорочены, и особенно укорочены передне-задние размеры, напр. получаются такие цифры:  $28\frac{1}{2}$ , 22, 24, 16. Conj. diagonal 9. conj. vera  $7-7\frac{1}{2}$ .

Прогностика для ребенка и для матери довольно серьезна, но и в подобных случаях, как показывает статистика (см. табл. В), многое зависит от правильности и силы схваток.

Принципы выбора акушерских пособий, а также и техника пособий при этих тазах те же, что при плоских и общесуженных тазах; лишь предпочтительнее здесь наиболее радикальные методы, напр. Кесарское сечение, пубо—и симфзиотомия.

### Задачи на сужение таза.

#### Плоский таз, небольшой (недоношенный) ребенок.

1. (№ 1140 1898 г.) Беременность первая. 22 года. Таз 31, 24, 26, 18 conj. diag. 10; прибыла с открытием на  $1\frac{1}{2}$  пальца. После полного открытия прошло 5 часов, роды не подвигались, головка оставалась подвижна над входом. Воды целы, констатирована плотность оболочек. Схватки порядочной силы. Ребенок повидимому небольшой, сердцебиение хорошо слышно, роды преждевременные на 10-м лунном месяце. Что делать?

2. (№ 3253 1897 г.) 23 года. Беременность 1 я. Таз 30, 25, 27, 17,5 conj. diag. 9,5. Прибыла с открытием матки на  $1\frac{1}{2}$  пальца, воды прошли при почти полном открытии, после чего головка установилась во входе и неподвижно стоит 6 часов. Роды продолжаются 1 сутки 12 часов. Схватки слабы. Ребенок небольшой, сердцебиение есть. Преждевременные роды на X лунном месяце. Что делать?

3. (№ 174 1889 г.) 26 лет. Первородящая. Таз 31, 27, 28, 17 conj. diag. 10. Воды излились при открытии на  $1\frac{1}{2}$  пальца 1 сутки т. н. Роды продолжаются 27 часов. Дома роженицу смотрела простая бабка. Схватки сильны и часты. Головка над входом. Открытие на 4 пальца, края зева толсты. Сердцебиение плода чрезвычайно частое. Роженица сильно истощена, т° 37,8. Ребенок мал, роды преждевременные VIII лун. месяцев. Что делать?

4. (№ 2546 1893 г.) 21 год. Первородящая. Таз 30, 21, 23, 17 conj. d.  $9\frac{1}{2}$ . Воды излились при двух пальцах открытия. Роды затянулись, продолжаются 2 суток 3 часа и открытие все еще на  $2\frac{1}{2}$  пальца, схватки спазматические, обнаруживается кольцо сокращения, головка во входе. Сердцебиение плода влево. Ребенок, небольшой, роды преждевременные. Что делать?

5. (№ 6674 1904 г.) 26 лет. 5-я беременность. Таз 29, 25, 27, 17 с. d. 9. Роды преждевременные на X лун. месяце. Воды излились 1 ч. 30 минут т. н. при открытии матки на 4 пальца, после чего головка стоит неподвижно во входе таза, появился отек передней губы шейки матки еще небольшой. Роды продолжаются 1 с. 10 часов. Схватки спаз-

мотические, поднялось кольцо сокращения. Ребенок небольшой. Что делать?

6. (№ 2435 1890 г.) 18 лет. 2-я беременность. Таз 30, 25, 27, 18 с. d.  $10\frac{1}{2}$ . Преждевременные роды на IX лунном месяце. Головка в полости таза, открытие матки на 3 пальца. Маловодие, воды целы. Сердцебиение плода есть. Схватки спазматические, клизмы с опиум не уменьшают болезненности схваток. Роды затянулись, продолжаются 3 суток 6 часов. Что делать?

7. (№ 3887 1896 г.) 23 года. Беременность первая. Таз 30, 26, 24, 17 с. d.  $9\frac{1}{2}$ . Роды преждевременные на X лун. месяце. Поступила с открытием на  $2\frac{1}{2}$  пальца без вод. Лицевое предлежание, подбородок вправо. Спазматические схватки. Через 1 сутки 16 часов после начала родов открытие на 4 пальца  $t^{\circ}$  38,2, головка стоит 10 часов во входе, не двигаясь несколько с своего места. Сердцебиение плода было слышно раньше, теперь не слышно. Что делать?

8. (№ 4587 1902 г.) 17 лет. 1-я беременность. Таз 30, 23, 25, 18. Роды, повидимому, срочные, но размеры живота малы вследствие небольшой величины ребенка. Воды стоят. Лобное предлежание, головка во входе подвижна. Открытие на  $3\frac{1}{2}$  пальца. Роды продолжаются 18 часов. Сердцебиение плода хорошее. Что делать?

9. (№ 1765 1902 г.) 27 лет. Беременность 6-я. Таз 32, 25, 27, 17 с. d.  $9\frac{1}{2}$ . Роды преждевременные на X лун. месяце. Головка вошла плотно во вход, но предлежит лбом, уже 7 часов прошло после полного открытия, роды продолжаются 18 часов. Что делать?

10. (№ 6572 1902 г.) 28. лет 1-я беременность. Таз 29, 24, 27, 17 с. d.  $10\frac{1}{2}$ . Роды повидимому срочные, но ребенок небольшой. Предлежит головка затылком в переднем виде правой позиции. Открытие матки на 4 пальца, воды прошли 8 ч. т. н. Головка находится в широкой части полости таза. Роды затянулись, продолжаются 2 суток, родовая деятельность ослабла. Сердцебиение плода стало частым, слабым. Что делать?

11. (№ 3887 1896 г.) 23 года. 1-я беременность. Таз 30, 24, 26, 17 с. d.  $10\frac{1}{2}$ . Роды преждевременные на X лун. месяце. Излитие вод до прибытия в Р. З. прибыла с открытием на  $2\frac{1}{2}$  пальца, лицевое предлежание. Головка во входе. Через 6 часов после прибытия открытие на 3 пальца, роды продолжаются 1 сутки 16 часов, схватки болезненные и спазматические,  $t^{\circ}$  повысилась до 38,2 (endometritis sub partu). Сердцебиение плода прекратилось. Замечается истощение сил роженицы и отсутствие схваток. Что делать?

12. (№ 2298 1905 г.) 19 лет 1-я беременность. Таз 30, 25, 27, 17. Роды преждевременные, IX лунных месяцев. Во время родов вдруг припадки эклампсии. При исследовании после 2-х припадков оказывается: открытие матки на  $3\frac{1}{2}$  пальца, головка хорошо вошла во вход таза, готова опуститься в полость, воды стоят. Сердцебиение плода хорошее. Что делать?

13. (№ 26 1898 г.) 23 года, 2-я беременность. Таз 30, 26, 29, 16 с. d. 10, двойной мыс. 1-е роды окончились щипцами. Настоящие роды преждевременные, начались 21 час т. н., воды прошли 4 ч. т. н. Констатирован разрыв матки спереди, ребенок в брюшной полости. Сердцебиения плода конечно уже нет. Что делать?

#### Плоский таз, доношенный ребенок.

14. (№ 1988 1889 г.) 39 лет. 7-е роды. Таз  $29\frac{1}{2}$ , 23, 24, 17 с. d.  $10\frac{1}{2}$ . Роды срочные. Все предшествовавшие роды были трудные, после последних родов сделался свищ, но зашит. Предлежит головка, она

над входом, подвижна, открытие на  $2\frac{1}{2}$  пальца края зева мягкие, сердцебиение плода есть. Схватки хорошие. Что делать?

15. (№ 5030 1899 г.) 30 лет, 5-е роды. Таз 30, 25, 27, 18 с. d. 9. Роды срочные. Роды продолжаются 10 часов. 6 часов т. наз. прошли воды при полном открытии, с тех пор головка стоит неподвижно во входе. Схватки есть. Сердцебиение плода хорошее. 1-е роды были двойнями, 2-е окончились щипцами, 3-и—перфорацией, 4-е благополучно. Что делать?

16 (№ 221 1910 г.) 38 лет, 10-я беременность. Таз 30, 24, 26, 18 с. d.  $10\frac{1}{2}$ . Роды срочные. Воды излились при открытии на 1 палец. Роды продолжаются 13 часов. Головка стоит неподвижно вколоченной во вход таза в течение 6 часов. 4 часа тому назад констатировано было полное открытие. Сердцебиение плода хорошее. Схватки слабы. Что делать?

17. (№ 2330 1910 г.) 35 лет, 10-я беременность. Таз 30, 25, 26, 18 с. d. 10. Роды срочные. Воды прошли при открытии на  $1\frac{1}{2}$  пальца. Роды затянулись, продолжаются 1 с. 18 часов; головка вколочилась во вход таза и остается здесь неподвижной, прижав переднюю и заднюю губы шейки матки, которые отекли, расстояние между ними на 3 поперечных пальца, в поперечном размере раскрытие шейки почти полное, так как края едва достижимы (наружное отверстие матки имеет форму поперечного овала). Сердцебиение плода стало замедляться,  $t^{\circ}$  повышенная. Схватки есть. Что делать?

18. (№ 2614 1905 г.) 28 лет. 5-я беременность. Таз 29, 24, 25, 17 с. d. 11. Роды срочные. Воды прошли 1 час тому назад. Предлежит головка, находится над входом, подвижна. Роды тянутся 13 часов. Схватки спазматические, поднятие кольца сокращения, открытие на 3 пальца. Сердцебиение плода хорошее. Что делать?

19. (№ 1255 1901 г.) 23 года. 3-я беременность. Таз 30, 27, 29, 18. Роды срочные. Воды стоят. Предлежит головка во входе, открытие на 3 пальца. Схватки правильные, хорошие. Сердцебиение плода хорошее. Роды продолжаются 9 часов. Что делать?

20. (№ 3510 1891 г.) 22 года. 2-я беременность. Таз 31, 24, 27,  $18\frac{1}{2}$  с. d. 10. Таз несколько ассиметрический. Роды срочные, продолжаются 6 суток. Предлежит головка, находится в полости, воды стоят, открытие на  $2\frac{1}{2}$  пальца. Сердцебиение плода хорошее. Схватки редки, слабоваты. Что делать?

21. (1096 1891 г.). 28 лет. 4-я беременность. Таз 30, 26, 28, 18. Роды срочные. Предлежат ягодицы, находятся во входе таза. Через 27 часов после начала родов прошли воды при полном открытии, причем выпала пуповина с очень слабым биением. Что делать?

22. (№ 2308 1904 г.). 20 лет. 1-я беременность. Таз 30, 25, 26, 18, с. d. 11. Роды срочные. Предлежит головка, находится в широкой части полости таза, открытие на 4 пальца, воды прошли 4 часа т. н. Сердцебиение плода слышно. Схватки спазматические, болезненные, роды длятся 1 сутки 23 часа. Головка находится в полости таза 39 часов. Что делать?

23. (№ 5718 1899 г.). 24 года. 3-и роды. Таз 30, 24, 27, 17 с. d. 9. Первые и вторые роды окончились щипцами. Настоящие роды срочные. Раннее излияние вод. Лобное предлежание, головка во входе неподвижна. 4 часа тому назад наступило полное открытие, лишь передняя губа не зашла еще за головку и отекла. Схватки есть. Сердцебиение плода хорошее. Что делать?

24. (№ 4854 1897 г.). 45 лет, 10-я беременность. 6 человек живых детей. Таз 30, 25, 28, 18 с. d.  $9\frac{1}{2}$ . Роды срочные. Раннее излитие

вод. Лобное предлежание, головка над входом подвижна, роды продолжаются 14 часов, открытие на 3 пальца, выпала петля бьющейся пуповины. Схватки есть. Что делать?

25. (№ 4228 1901 г.). 24 года. 1-я беременность. Таз 30, 24, 27, 18 с. d. 10. Роды срочные. Предлежит головка, находится во входе. Воды излились при начале схваток. Роды длятся 1 с. 15 часов,  $t^{\circ}$  37,6. Открытие на 2 пальца. Выпала петля небьющейся пуповины. Схватки порядочной силы. Что делать?

26. (№ 3210 1909). 37 лет. 12-я беременность. Таз 30, 25, 27, 18 с. d. 9. Роды срочные. Предлежит головка, находится во входе, воды прошли 5 часов тому назад, роды продолжаются 12 часов. Открытие полное. У роженицы только что было 4 припадков эклампсии тяжелой формы. Сердцебиение плода хорошее. Наложены щипцы, но головка не спускается, стоит неподвижно во входе. Что делать?

27. (4382 1891 г.) 37 лет. 6-я беременность, 2 живых детей. Таз 31, 28, 29, 17. Роды срочные. Роды продолжаются 8 часов. В течение  $3\frac{1}{2}$  часов при почти полном открытии матки и целых водах роды не подвигались, голова стояла подвижно во входе в малый таз, задняя темная кость уперлась в мыс, большой родничок стоит низко. Схватки болезненные и частые, но слабые. Сердцебиение плода хорошее. Что делать?

28. (№ 1076 1890 г.) 24 года, 1-я беременность. Таз 33, 28, 30, 17 с. d. 10. Роды срочные. Воды излились при открытии на 2 пальца 14 часов тому назад. Роды продолжаются 2 суток 13 часов. Открытие матки на  $2\frac{1}{2}$  пальца. В течение 15 часов роды не подвигаются вперед. Край маточного отверстия отечны. Головка над входом в поперечном размере. Значительная головная опухоль.  $t^{\circ}$  39,4. Схватки есть. Сердцебиение плода есть. Что делать?

**Плоский таз, ребенок значительной величины (3500—4000), многоплодные.**

29. (№ 982 1891 г.) 24 г. 4-я беременность. Таз 30, 24, 26, 18 с. d. 9 (vera 7). Роды срочные, ребенок, повидимому, порядочной величины. Воды излились при открытии матки на  $1\frac{1}{2}$  пальца 1 сутки тому назад. Роды продолжаются 26 часов. Температура у роженицы 38,5, сильный зноб, вонючие отделения (endometritis septica). Головка вколочена во входе таза в левой позиции. Матка открыта на  $2\frac{1}{2}$  пальца, края толсты и отечны. При измерении conj. diag. отмечено сильное выступание мыса вперед. Схватки слабы. Сердцебиение плода есть. Что делать?

30. (№ 2938 1891 г.). 39 лет 5-я беременность. Третьи роды дали мертворожденного ребенка, четвертые были искусственно произведенные преждевременные вследствие сужения таза. Таз 31, 27, 28,  $18\frac{1}{2}$ . С. d. 9. 5 Pelv plana rhachitica. Роды срочные. Поступила при открытии матки на 1 палец с рубцом на левой стороне шейки от прежде бывшего разрыва. Головка подвижна над входом. Схватки слабы. Сердцебиение плода хорошее. Матка открылась через 25 часов ожидания на  $2\frac{1}{2}$  пальца. Воды целы. Что делать?

31. (№ 1574 1891 г.). 35 лет. 7-я беременность. Таз 30, 25, 27, 18. Conf. diag. 11. Воды прошли при зеве на  $1\frac{1}{2}$  пальца. Схватки слабы и болезненны. Предлежит головка, давно находится неподвижно во входе, роды продолжаются 43 часа, открытие полное. Сердцебиение плода слышно. Замечается истощение сил роженицы. Что делать?

32. (6628 № 1899 г.). 25 лет. 4-я беременность. Таз 32, 25, 26, 17 с. d.  $9\frac{1}{2}$ . Первые и третьи роды окончились щипцами. Теперь роды срочные, продолжаются 1 сутки 2 часа. Лобное предлежание. 4 часа—полное открытие матки, головка во входе. Воды прошли. Попытки изменить лобное положение в другое—без результата. Сердцебиение плода есть, схватки правильные. Что делать?

33. (2923 1901 г.). 25 лет. 5-я беременность. Таз 30, 23, 25, 17. С. d. 10. Роды срочные. Воды прошли 11 часов т. н. при открытии зева на  $3\frac{1}{2}$  пальца. Предлежит головка в лицевом положении, находится во входе,  $6\frac{1}{2}$  часов—полное открытие, схватки очень сильные. Сердцебиение плода хорошее. Что делать?

34. (1068 1907). 35 лет. беременность 6 я. Таз 30, 24, 27, 18 с. d. 10. Роды срочные. Воды прошли 2 часа тому назад. Роды тянутся 1 сутки 18 часов. Открытие полное. Предлежит головка, находится в лицевом положении, долго стоит во входе, схватки болезненные, резкая перетяжка матки, возбужденность роженицы. Сердцебиение плода слышно. Что делать?

35. (№ 5060 1891 г.). 29 лет. 7-я беременность. Таз 20, 24, 26, 18 с. d. 11. Роды срочные, продолжаются 4 часа. Предлежит головка. При полном открытии во время излития вод выпала во влагалище пульсирующая петля пуповины, головка еще подвижно стоит во входе. Что делать?

36. (№ 45 1891 г.). 25 лет. 6 беременность. Роды срочные, продолжаются 10 часов. Сильное кровотечение, головокружение. Таз 30, 25, 27, 18 с. d. 10. (Плоский рахитический таз). Открытие на 1 палец, предлежит детское место—*placenta praevia totalis*. Сердцебиение плода хорошо слышно. Что делать?

#### Плоский таз, ребенок 3500—4000, первородящие.

37. (№ 1887 1901 г.). 22 года, 1-я беременность. Таз 30, 25, 26, 18. Роды срочные, ребенок при исследовании кажется порядочной величины. Роды продолжаются 5 часов, открытие на 3 пальца, вод нет, предлежат ягодичи, находятся в полости таза, отек ног, белок в моче, было 2 припадков эклампсии, больная приходит в сознание, пульс и общее состояние удовлетворительные, схватки сильные, правильные. Сердцебиение плода слышно хорошо. Что делать?

38. (№ 1931 1891 г.). 30 лет, 1-я беременность. Таз 30, 26, 27, 18 с. d. 11. Роды продолжаются 56 часов. Предлежит головка, находится уже давно в узкой части полости таза, открытие полное, плодный пузырь цел. Схватки были сильные, теперь стали слабы, потуги также слабы и редки. Роженица вся ослабла. Сердцебиение плода хорошее. Что делать?

39. (№ 1101 1880 г.). 22 года, 1-я беременность. Таз 30, 25, 28, 18. Роды срочные. Роды продолжаются 37 часов. Воды прошли 12 часов тому назад. Схватки спазматические, болезненные. Предлежит головка во входе. Был вприснут морфий. Головка опустилась в узкую часть полости таза, так как схватки улучшились, но затем опять ослабели. Открытие сделалось полным  $4\frac{1}{2}$  часа тому назад. Сердцебиение плода хорошее. Что делать?

40. (№ 1135 1890 г.), 26 лет 1-ая беременность. Таз 30, 26, 28, 18, с. d. 11. Воды прошли в самом начале родов. Схватки слабы и болезненны. Роды длятся 2 сут. 22 часа. Головка установилась во входе в таз малым сегментом, открытие на  $2\frac{1}{4}$  пальца, края маточного отверстия жестки, плотны, вследствие чего сделаны 4 насечки на зеве матки; тогда головка опустилась в полость таза. Сердцебиение плода сделалось неправильным, силы роженицы истощились. Что делать?

**Плоский таз, большой ребенок, многородящие.**

41. (№ 2293. 190 в.) 26 лет, 6-ая беременность. Таз 30, 28, 28, 18 с. d. 10½. Роды срочные. Воды излились при открытии менее, чем на 3 пальца. Роды продолжаются 22 часа. Предлежит головка, находится неподвижно во входе, 6 часов—как полное открытие. Спазматические боли. Сердцебиение плода хорошо слышно. Ребенок повидимому большой. Что делать?

42. (№ 2571. 1891 г.) 38 лет, 9-я беременность. Таз 30, 26, 28, 17. Роды срочные. Предлежит головка, находится во входе, во второй позиции, стреловидный шов в поперечном размере ближе к лонному соединению. Головка долго не приходила через суженное место, наконец стреловидный шов отошел кзади и головка опустилась в таз. Воды прошли 1½ часа т. наз. Роды тянутся 24 часа, открытие на 4 пальца, схватки сильные. Сердцебиение хорошее. Ребенок большой. Что делать?

43. (№ 134. 1891 г.) 36 лет. 4-ая беременность. Таз 31, 26, 28, 18, с. d. 11,5. Роды срочные, продолжаются 37 часов. Воды прошли 18 часов тому назад. Открытие матки на 1½ пальца, головка над входом и плохо фиксируется во время схваток, раннее окостенение головки и, повидимому, большой ребенок. Promontorium клиновидной формы, крестец широк и имеет как бы вздутие на левом крыле. Схватки спазматические и резкое кольцо сокращения. Сердцебиение плода слабо слышно, роженица истощена. Что делать?

44. (№ 578 1898 г.) 35 лет. 3-я беременность. Первые роды окончились щипцами, вторые поворотом. Таз 32, 26, 29, 18, с. d. 11. Роды срочные продолжаются 1 сутки 2 часа. Предлежит головка, головка вошла во вход, готова опуститься в полость. Воды целы. Открытие на 1½ пальца. Крайне болезненные, спазматические схватки. Сердцебиение плода хорошее. Что делать?

45. (№ 589 1903 г.) 33 года. 3-я беременность. Таз 30, 24, 26, 18. Роды срочные. Роды продолжаются 15 часов. Поступила с полным открытием и целыми водами 13 часов тому назад головка находилась во входе. Через 2 часа после поступления прошли воды и зев спался, открытие стало не более, как на 3 пальца. В настоящее время, т. е. через 11 часов головка уже в полости таза, открытие опять полное. Схватки есть, но роженица истощена, сердцебиение плода ослабло. Что делать?

**Сильно плоский таз с наружной конъюгатой—16.**

46. (№ 3042 1891 г.) 23 года, 4 я беременность. Таз 30, 25, 28, 16½. Прежние роды благополучны. Роды преждевременные на IX лун. месяце, продолжаются 3 часа. Поступила с полным открытием и выпавшей пуповиной, весьма слабо бьющейся, головка над входом подвижна. Что делать?

47. (№ 762 1891 г.) 21 год. 3-я беременность. Первые двое родов окончились перфорацией. Таз 31, 27, 29, 16, с. d. 9 conj vera 7,5. Роды срочные, продолжаются 9 часов. Спазматические слабые схватки, воды целы, головка над входом. Появилось значительное кровотечение. Сердцебиение плода есть. Что делать?

48. (№ 5457 1904 г.) 22 года. 2-я беременность. Таз 30, 24, 26, 16, с. d. 11. Роды срочные. Предлежит головка, находится плотно во входе; открытие на 3 пальца, воды стоят, роды продолжаются 4 часа. Схватки очень сильные, правильные. Сердцебиение плода есть. Что делать?



**Общесуженный таз, недоношенный ребенок, многородящих.**

49. (№ 5170 1900) 30 лет, 5-я беременность. Таз 29, 22, 25, 17 с. d. 9. Прежние роды благополучны. Настоящие роды преждевременные на X лун. мес. Роды продолжаются 17 часов. Предлежит головка, стоит 12 часов неподвижно во входе, воды излились 2 часа тому наз. при полном открытии. Схватки удовлетворительные, но сердцебиение плода стало частым, слабым. Что делать?

50. (№ 844 1879 г.) 26 лет. 2-я беременность. Таз 28<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 22, 24, 18, с. d. 10. Преждевременные роды н X л. м. Воды прошли за 4 часа до начала схваток. Положение плода неправильное: головка — в левой подвздошной впадине, рядом с головкой выпала ручка до локтя. Схватки судорожные. Роды продолжаются 17 часов. При медленно раскрывающейся матке головка с левой полвздошной впадины опустилась во вход таза и ручка при головке тоже опустилась несмотря на сужение таза. Открытие почти полное. Сердцебиение плода не слышно. Что делать.

51. (№ 1750 1897 г.) 27 лет, 5-я беременность, первые роды окончились шипцами. Таз 29, 24, 26, 17 с. d. 9. Роды преждевременные на IX лун. месяце, продолжаются 5 часов, головка плотно во входе предлежит лбом, (подбородок влево и кзади); полное открытие. Схватки хорошие. Сердцебиение есть. Что делать?

**Общесуж. таз, недоношенный ребенок, первородящие.**

52. (№ 760 1891 г.) 37 лет. 1-я беременность. Таз 28, 23, 26, 18 с. d. 9,5. Роды преждевременные на IX лун. месяцев. Продолжительность родов 12 суток. Поступила 19 февраля после излития вод с открытием матки на 1 палец. Предлежит головка, подвижная над входом. В последующие дни схватки были слабые и редкие. 20-го февр. головка стояла значительным сегментом в тазу, ребенок жив, матка пропускает палец, шейка эластична и удобо растяжима 21 февр. схватки были только утром и незначительные. 23 февр. схваток нет, 24-го легкие схватки, матка в том же положении. Общее состояние удовлетворительное. 28 го схватки слабы, открытие на 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2 пальца. 1 марта открытие больше, головка подвижна над входом. Сердцебиение плода слышно, t° нормальна. Что делать?

53. (№ 2112 1886 г.) 26 лет 1-я беременность. Таз 28, 24, 25, 18. Преждевременные роды на IX л. мес. Роженица прибыла с явлением рпеитопіае, с высокой температурой. Тотчас по поступлении прошли воды при открытии зева на 3 пальца, края зева уступчивы, вместе с тем выпала большая петля бьющейся пуповины. Головка во входе, стреловидный шов в поперечном диаметре, малый родничек влево и кзади, предлежит левая теменная кость, под которую глубоко подошла правая теменная кость (конфигурация головки). Попытки вправления не удались, кроме того у роженицы появился цианоз и признаки отека легких. Что делать?

54. (№ 4380 1893 г.) 32 года. 1-я беременность. Таз 28, 24, 26, 18. Роды по исчислению, как будто преждевременные, но живот велик. Предлежат ягодыиы. При открытии на 3 пальца выпала бьющаяся пуповина, схватки слабоваты, роды тянутся 1 сутки, ягодыиы во входе. Что делать?

55. (№ 1216 1910 г.) 43 года. 1-я беременность. Таз 28, 23, 25, 17, т. д. 10,5. Преждевременные роды IX лун. мес. Предлежат ягодыиы (крестцоволевоепереднее положение). Спазмотические схватки. Роды

затянулись, продолжают около 3-х суток, воды излились в начале родов. Открытие матки на 2½ пальца, ягодицы во входе. Сердцебиение плода слышно. Что делать?

**Общесуженный таз, доношенный ребенок, многородящие.**

56. (№ 4695 1891 г.) 27 лет. 2-я беременность. Таз 27, 23, 24, 17. С. д. 10. Первые роды мертвым ребенком, роды продолжались 3 суток. Роды срочные, продолжают 17 часов. Схватки спазматические, матка открыта вполне, пузырь цел, головка над входом. Сердцебиение плода хорошее. Что делать?

57. (№ 1717 1902 г.) 36 лет, 2-я беременность, таз 29, 21, 25, 17. Роды срочные. раннее излитие вод. Роды продолжают 17 часов. Спазматические схватки, поднятие кольца сокращения. Открытие полное. Сердцебиение плода не слышно. Головка во входе. Что делать?

58. (№ 771 1886 г.) 26 лет. 3-я беременность. Таз 27, 22, 25, 17. Роды срочные, продолжают 11 часов. Припадки эклампсии, бессознательное состояние. Предлежит головка, находится плотно во входе, открытие на 1 палец, воды стоят. Сердцебиение плода есть. Что делать?

59. (№ 3778 1909 г.) 30 лет. 4-я беременность. Таз 29, 24, 26, 16½. Роды срочные, продолжают 4 часа. Схватки хорошие. Пузырь лопнул при открытии на 4 пальца. Когда головка была над входом, выпала пуповина; головка быстро при излитии вод опустилась во вход таза, прижала пуповину и последняя перестала пульсировать. Что делать?

60. (№ 6508 1903 г.) 30 лет, 8-я беременность. Таз 29, 24, 26, 17. С. д. 10. Роды срочные, продолжают 17 часов. Головка во входе неподвижна. При полном открытии выпала пуповина бьющаяся, но биеение ее ослабевает. Схватки хорошие. Что делать?

61. (№ 3548 1897 г.) 38 лет. 4-я беременность. Таз 28, 25, 25, 17. С. д. 10. После первых родов образовалась мочевиная фистула, которая была зашита; 2-я беременность окончилась выкидышем, 3-и роды трудные мертвым. Роды срочные, тянутся 1 сутки, воды излились в начале родов. Схватки порядочные. Головка над входом напирает во время схваток на вход. открытие на 2½ пальца. На передней и задней губах матки прощупываются старые рубцы. Сердцебиение плода слышно. Что делать?

62. (№ 2047 1904 г.) 39 лет. 11-е роды. Таз 28, 23, 25, 18. Роды срочные, продолжают 1 сутки 4 часа. Раннее излитие вод. Предлежат ягодицы, находятся во входе, открытие полное. Сердцебиение плода хорошо слышно. Родовая деятельность ослабла. Что делать?

63. (№ 516 1891 г.) 26 лет. 4-я беременность. Таз 29, 24, 26, 17. С. д. 9,5. Роды срочные, продолжают 61 час. Воды прошли 53 часа г. наз. Схватки спазматические. Открытие полное. Головка во входе и только опухолью вступила в полость таза. Роженица истощена. Сердцебиение плода слышно слева. Замечается наклонность головки к конфигурации. Что делать?

64. (№ 5549 1896 г.) 27 лет. 3-я беременность. Таз 29, 23, 25, 18. с. д. 11. Неподвижность копчика, так что сужен и выход таза. Роды срочные, продолжают 5 часов. Воды прошли в начале родов. Головка неподвижно стоит в течение 2 часов в полости таза, очевидно задерживаемая копчиком. Схватки очень сильные и вполне правильные. Открытие полное. Сердцебиение плода хорошее. Что делать?

65. (№ 4118 1895 г.) 21 год. 2-я беременность. Таз 28, 23, 25, 18. С. д. 9,5. Роды срочные, продолжают 1 сутки. Воды излились 4 часа

т. наз. Открытие на 3 пальца. Лобное предлежание, головка над входом подвижна. Частые и болезненные схватки, кольцо сокращения. Сердцебиение прекрасно слышно. Что делать?

**Общесуженный таз. Доношенный ребенок. Первородящие.**

66. (№ 3557, 1910 г.) 18 лет. 1-я беременность. Таз 18, 23, 27, 17. Роды срочные, продолжаются 19 часов. Воды прошли 4 часа т. наз. при начале полного открытия. Предлежит головка, неподвижно стоит в широкой части полости таза  $2\frac{1}{2}$  часа. Ослабление сердцебиения плода, слабость схваток. Что делать?

67. (№ 3919 1902 г.) 20 лет. 1-я беременность. Таз 27, 21, 24, 18. Роды срочные, продолжаются 5 суток. Воды целы, открытие на  $1\frac{1}{2}$  пальца. Предлежит головка, находится во входе. Схватки слабые, с промежутками, в течение которых роженица спит. Сердцебиение плода хорошее. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Что делать?

68. (№ 12 1889 г.) 20 лет. 1-я беременность. Таз 29 23, 25,  $18\frac{1}{2}$ . С. д.  $11\frac{1}{2}$ . Роды срочные, продолжаются 14 ч. Предлежит головка в первой затылочной позиции. Поступила без вод, головка была во входе. Полное открытие через 9 часов по поступлении. Головка с течением родов опустилась в полость таза и сделала внутренний поворот, так что прямые размеры головки почти совпадали с прямыми размерами таза и малый родничек подошел под лонное сочленение. Но схватки стали слабы, усиливались только под влиянием вина, валериановых капель и растирания матки. Несмотря на это, головка не двигалась, оставалась без перемен 4 часа, головная опухоль увеличивалась. Что делать?

**Общесуженный таз, большой ребенок.**

69. (№ 3922 1891 г.) 35 лет. 3-я беременность. Таз 28, 23, 25, 17. Роды срочные, продолжаются 6 часов. Открытие полное, воды стоят, предлежат ягодицы, находятся во входе. Живот очень велик, определено многоводие и твердость оболочек. Схватки хорошие. Сердцебиение плода слышно хорошо. Что делать?

70. (№ 2283 1890 г.) 30 лет. 7-я беременность. Таз 29, 22, 29, 18. С. д. 10. Роды срочные, продолжаются 12 часов. Открытие полное. Пузырь разорван, время излития вод неизвестно. Головка во входе, в поперечном размере, большой родничек опущен ниже малого. Привезена из дома, где врач накладывал щипцы, но безуспешно. Схватки есть. Сердцебиение плода слышно. Ребенок повидимому большой. Что делать?

71. (№ 3625 1894 г.) 26 лет. 3-я беременность. 1-е роды самопроизвольны, 2-е щипцами. Таз 29, 22, 23, 18. Роды срочные, продолжаются 9 часов. Пузырь разорван. Открытие полное, головка над входом, значительная родовая опухоль. Сердцебиение плода есть. Дома были накладываемы два раза щипцы без успеха. Схватки хорошие. Живот очень велик, повидимому, вследствие большой величины ребенка. Что делать?

72. (№ 57 1889 г.) 40 лет. 11-я беременность. Таз 29, 24, 26, 18. С. д. 10. Роды срочные, продолжаются 70 часов. Прибыла в учреждение с запиской врача, опытного акушера, в которой он пишет, что через 4 часа после полного открытия он накладывал щипцы, но без успеха. При исследовании живот велик, повидимому, вследствие большой величины ребенка, предлежит головка, находится во входе, большая головная

опухоль, так что положение головки в точности определить нельзя. Открытие матки не полное, прощупывается передняя губа, в заднем своде какая-то припухлость. Схватки есть, но слабы. Сердцебиение плода не слышно. Что делать?

73. (№ 4469 1903 г.) 22 года. 1-я беременность. Таз 28, 23, 25, 17. Роды срочные, продолжаются 12 часов. Предлежит головка, находится во входе, воды целы, открытие матки на 4 пальца. Припадки эклампсии, бессознательное состояние. Сердцебиение плода слышно хорошо. Ребенок, повидимому, большой. Что делать?

74. (№ 356 1894 г.) 28 лет. 4-я беременность. Таз 27, 22, 24, 16. С. д. 8,5. 3-ьи роды окончились щипцами. Настоящие роды срочные, продолжаются 18 часов. Открытие полное. Головка во входе. Были наложены щипцы, но извлечь ребенка не удалось; была сделана перфорация, после которой извлечение головки краниокластом также не удалось. Что делать?

75. (№ 2561 1891 г.) 28 лет. 3-я беременность. Таз 26, 23, 24, 16. Имеет одного живого ребенка. Роды срочные, продолжаются 2 суток 7 часов. Роженица доставлена с явлениями разрыва матки, с сильным вздутием и болезненностью живота, нитевидным и малым пульсом. Мелкие части плода необыкновенно ясно прощупываются, как бы под кожей живота. При внутреннем исследовании определено: полное открытие, отсутствие вод, предлежит головка, которая плотно фиксирована во входе таза. Отделяемое из влагалища вонючее, т<sup>о</sup> 38,4. Отек наружных половых органов. На головке большая родовая опухоль. Сердцебиение плода не слышно. У роженицы рвота. Сделана перфорация, вынут большой ребенок 4000 гр. без мозга. Послед вышел сам собой. При исследовании после родов оказалось: глубокий левосторонний разрыв шейки, достигающий до свода; свод не поврежден. Через шейный канал рука свободно проходит в брюшную полость, где ясно прощупываются кишечные петли. Разрыв матки идет поперечно по передней стенке на уровне прикрепления к переднему своду, с которым неразрывно соединена передняя губа шейки. Кровотечения наружного нет. Что делать?

### О т в е т ы.

1. Раз пузырь долго не разрывается и раз констатирована особая плотность оболочек, то следует исправить эту ненормальность искусственным разрывом пузыря. Как ни были сильны схватки, но если они не могут преодолеть плотность оболочек, роды не подвинутся вперед. И наоборот, после разрыва оболочек схватки сразу станут активны. Вообще известно, как влияет на активность схваток всякая ненормальность со стороны яйца. Но разрывать пузырь, когда головка еще над входом, подвижна, да еще при плоском тазе, может быть равносильно безрассудству, ибо есть опасность выпадения пуповины. Кроме того неизвестно, насколько затянутся и как пойдут роды с предлежением головкой. При выпадении пуповины после искусственного разрыва пузыря понадобится поворот, но по истечении вод он будет труднее и чреват осложнениями. Поэтому здесь лучше приступить прямо к повороту, при котором разумеется произойдет и желательный разрыв пузыря. При плоских тазах делают так называемый профилактический поворот (стр. 37), не всеми впрочем практикуемый. Мы имеем налицо много условий, оправдывающих целесообразность применения этого метода для данного случая, тем более, что отпадает самый главный упрек профилактическому повороту—задерж-

ние последующей головки, ибо последняя не велика, ребенок недоношенный. И так в данном случае лучше всего произвести поворот. Так и было сделано. Через несколько минут после поворота при хороших схватках родился живой ребенок, весом в 3000, при чем головка была освобождена по Smelie—Veit'y.

2. Если роды затягиваются и все таки заметно, что они, хотя понемногу, но подвигаются вперед, то это еще не опасно. Но здесь они остановились и 6 часов никакого движения вперед нет. Очень долго оставлять в таком положении нельзя. Здесь нужно против слабости схваток впрыснуть pituitrin в той надежде, что при усилении схваток головка опустится в полость таза и тогда можно наложить щипцы в щипцы полостные по всем правилам искусства.

Предпринимать в данном случае симфизиотомию или пуботомию—мало оснований, потому что роды преждевременные, ребенок не так жизнеспособен, как доношенный,—оснований тем меньше, что роженица первородящая, у первородящих головки мягче, лучше конфигурируются и проходят суженные места. Главный недостаток этих родов в слабости схваток.

В данном случае pituitrin впрыснут не был, так как в 1897 году этого средства еще не было, а были наложены высокие щипцы на головку, находящуюся во входе таза, щипцы оказались не трудные, так как ребенок небольшой, получился живой ребенок весом в 3000 грамм.

3. Роженица истощена, повидимому уже инфицирована. Для сложных операций, как-то: внебрюшинного Кесарского сечения, симфизиотомии или пуботомии—все обстоятельства не благоприятны: во-первых, недоношенный ребенок, во-вторых, роженица инфицирована; это составляет почти противопоказание к упомянутым операциям, тем более, что и сердцебиение плода весьма не надежно. Здесь можно немного подождать в надежде на то, что головка еще опустится и наложить щипцы, имея в виду в случае прекращения сердцебиения плода и перфорацию. Но долго ждать нельзя, потому что t° начинает повышаться.

В данном случае, не ожидая дальнейшего развития событий, приступлено было прямо к перфорации.

4. В данном случае есть грозное явление по признанию большинства, это—кольцо сокращения. Но мы показали, что кольцо сокращения есть лишь признак того, что особенно сильно сокращается известная группа мышц, идущая поперек боковых сторон матки (см. главу о строении матки), а из опыта мы знаем, что кольцо сокращения не есть предвестник разрыва матки. Для данного случая это тем более верно, что роженица первородящая, а у первородящих самопроизвольных разрывов матки в зависимости от сужения таза вообще не бывает, кроме того здесь роды преждевременные и ребенок мал. Следовательно в данном случае роды затянулись не столько вследствие сужения таза, сколько вследствие спазматических схваток. Нужно следовательно устранить это осложнение; оно устраняется верно и безусловно хлороформированием à la Geine (стр. 6), при чем схватки становятся активны, кольцо сокращения исчезает и роды начинают двигаться вперед, иногда даже очень быстро. В данном случае явление кольца сокращения так повлияло на предубежденное воображение акушера, что приступлено было к немедленному родоразрешению, но так как приступлено преждевременно и при неблагоприятных условиях для оперативных воздействий (открытие на 2½ пальца), то дело окончилось перфорацией. Вес ребенка 2800 без мозга.

5. В данном случае нужно обратить внимание так же, как в предыдущем случае, на характер схваток и устранить их болезненность и спазматичность, т. е. нужно применить акушерский хлороформный наркоз à la reine. Когда схватки под влиянием легкого хлороформирования станут активны и протиснут головку хотя немного в полость таза, тогда можно для ускорения родов наложить щипцы. В данном случае наложены щипцы без предварительного хлороформирования прямо на головку, находящуюся во входе. Щипцы были наложены под хлор. наркозом, небольшая головка прошла через таз без особого затруднения, получился живой ребенок весом в 3000.

6. В данном случае 2 неправильности: маловодие и спазматические схватки. Влияние третьей неправильности—сужения таза парализуется тем, что ребенок недоношен, мал. Спазматические схватки нужно устранить акушерским наркозом: более деятельные схватки поведут скорее к разрыву пузыря; если же разрыв пузыря не произойдет, то можно его разорвать, несмотря на то, что открытие еще не полное, а на 3 пальца, так как головка уже в полости таза. В данном случае ни того, ни другого сделано не было, роженица промучилась еще целые сутки. После того как пузырь самопроизвольно разорвался, через 20 минут родился ребенок.

7. В данном случае не следует больше ждать с родоразрешением, во-первых, потому что рано излились воды и вследствие этого  $t^0$  повышена, во-вторых, потому что головка стоит неподвижно на одном месте 10 часов, это всегда несет опасность омертвления прижатых предлежащею частью мягких частей (см. главу о ф стулах). Известно также, что при предлежании лицом роды движутся медленно, так что на скорое окончание родов рассчитывать нельзя. Выбор операции здесь прост: нужно сделать перфорацию, так как ребенок мертв. При перфорации меньше всего повреждаются мягкие части матери, а целость их здесь под сомнением, так как головка слишком долго стояла неподвижно на одном месте. В данном случае была сделана перфорация, сопровождавшаяся техническими затруднениями. Вынут был ребенок весом в 2800 гр. Женщина выписалась все-же с *fistula vesico-vaginalis*.

8. Лобное положение — важная неправильность, тем более, что и таз сужен. Здесь оправдывается применение профилактического поворота, при котором одна из неправильностей—лобное предлежание—исчезает вполне. Небольшая величина ребенка дает надежду на не очень трудное извлечение головки, но все-же для предстоящего извлечения нужно принять все меры, изложенные в главе об извлечении плода, предлежащего тазовым концом. В данном случае был произведен поворот, получился живой ребенок весом в 3100.

9. Если после полного открытия прошло 7 часов, то это означает, что период изгнания очень затянулся и дальше затягивать его не следует, иначе или получится мертвый ребенок или пострадают мягкие части матери. Обыкновенно принято ждать лишь 4 часа после полного открытия, после какого времени возбуждается вопрос о способе помощи роженице. Рассчитывать в данном случае на то, чтобы перевести ручным способом лобное предлежание в затылочное, шансов очень мало, так как головка стоит плотно во входе. Можно сделать попытку наложить щипцы и в щипцах постараться перевести лобное предлежание в затылочное или полное лицевое (это нам часто удавалось). В случае неуспеха, чтобы не делать перфорации, можно решиться на симфизиотомию или пуботомию. При внебрюшинном Кесарском сечении может встретиться досадное препятствие в том, что головка не будет выходить при извлечении ребенка через отверстие раны.

10. Наложить щипцы.

11. Нужно приступить к перфорации головки заведомо мертвого плода.

12. При эклампсии, если есть хорошее открытие матки, нужно приступить немедленно к родоразрешению, это—тем более, что сердцебиение плода хорошее, а этим нужно дорожить (см. лечение эклампсии). В данном случае хотя и имеется налицо узкий таз, но ребенок недоношенный и можно думать, что он пройдет через суженное место, т. е. вход таза. Здесь нужно разорвать пузырь и немедленно наложить щипцы, что и было исполнено, получился живой ребенок весом 2800.

13. Нужно делать ляпоротомию, вынуть ребенка через брюшную рану, а также и послед. Затем осмотреть разрыв, перевязать кровоточащие сосуды, дренировать брюшную полость, а где возможно, соединить края разрыва швами. При технических затруднениях с остановкой кровотечения, или при явлениях эндометрита, лучше сделать *extirpatio uteri totalis*.

14. В данном случае помимо безусловного препятствия к родам со стороны таза, о чем свидетельствуют трудные предшествовавшие роды, есть еще большой недочет со стороны мягких частей—рубцы после свища, который после родов *per vias naturales* может вновь возникнуть. Показания со стороны таза к Кесарскому сечению хотя и относительные (*conj. g. 10 $\frac{1}{2}$* ), но они сильно подкрепляются показаниями со стороны мягких частей. И так показывается Кесарское сечение, приступить к которому нужно немедленно, пока головка не вколотилась во вход.

В данном случае был произведен поворот при открытии на  $2\frac{1}{2}$  пальца, получился мертвый ребенок. Женщина выписалась без свища.

15. Ждать долго, после того, как прошло 6 часов после полного открытия и головка стоит 6 часов неподвижно у многородающей, перенесшей в течение прежних родов несколько операций, нельзя: на месте рубцов после узур и надрывов шейки может последовать и разрыв (см. главу о разрывах).

В данном случае показывается *ribotomia* или симфизиотомия. В 1899 году пуботомии еще не было, а симфизиотомия не была еще распространена, поэтому была попытка окончить роды посредством щипцов, наложенных на головку, стоящую высоко во входе, но попытка оказалась неудачной и дело окончилось перфорацией.

16. Здесь так же, как и в предыдущем случае, долго ждать самопроизвольного окончания родов было опасно: роды 10-е, 4 часа тому назад—полное открытие, схватки слабы; если не вмешаться своевременно, то роды затянутся, могут произойти осложнения и придется подавать помощь при худших условиях. Здесь, конечно, применимы щипцы для извлечения младенца, но после предварительной пуботомии. В данном случае было произведено внебрюшинное Кесарское сечение по *Latzko*, но вколоченная во вход таза головка оказала сильное препятствие для извлечения плода через рану, пришлось на головку наложить через рану щипцы. Во время этих воздействий ребенок впал в такую глубокую асфиксию, что оживлен уже не был.

17. Здесь есть показания к окончанию родов как со стороны матери, так и плода. Извлечение ребенка возможно только при помощи щипцов, открытие в поперечном направлении достаточно велико для этой операции, так как ложки щипцов как раз должны быть расположены по сторонам шейки матки, где она почти вполне зашла за головку. Но перед наложением щипцов нужно сделать пуботомию.

В данном случае были наложены большие щипцы Busch'a без предварительной пуботомии и был извлечен после ряда сильных тракций живой ребенок, который вскоре умер; вероятно его головка была так помята щипцами, что он оказался нежизнеспособным.

18. Для оперативного вмешательства еще не наступило время (открытие на 3 п., головка над входом). Единственно, на что можно пойти, это предпринять профилактический поворот, но это было бы весьма рискованным шагом (вод уже нет). Здесь можно устранить одно из важных неправильностей—спазмотические схватки—акушерским хлороформированием, при чем должен исчезнуть яко бы грозный симптом—кольцо сокращения, которое есть нечто иное, как одно из неопасных явлений спазмотичности схваток. Нужно думать, что после исправления характера схваток головка начнет опускаться. В данном случае под влиянием страха перед явлением кольца сокращения предпринята была рано при неблагоприятных обстоятельствах операция щипцов, кончившаяся перфорацией. Вес ребенка был 3200 без мозга.

19. Ничего не нужно делать. В данном случае через 2 часа роды окончились самопроизвольно.

20. Здесь нужен тщательный уход за роженицей и поддержка ее питания и сил.

Пока воды стоят, бояться прижатия мягких частей головкой, долго стоящей в полости таза, не нужно. В данном случае через несколько часов прошли воды и через 2 часа после излития вод наступили самопроизвольные роды.

21. Здесь нужно для спасения ребенка сейчас же низвести ножку с тем, чтобы приступить немедленно к извлечению. Так как таз сужен, то нужно иметь в виду применить метод Wigand-Martin'a или поставить опытного помощника со стороны брюшных стенок. (См. главу об извлечении).

22. Здесь нужно применить исправление схваток посредством акушерского хлороформирования.

Если дело не будет подвигаться быстрее под влиянием легкого наркоза и возникнут изменения в сердцебиении плода, то следует наложить щипцы, прибавив лишь дачу хлороформа на столько, чтобы наркоз был полный. В данном случае было приступлено прямо к щипцам, извлечен живой ребенок весом в 3400.

23. На ручное исправление положения головки надежды мало, так как головка плотно вколочена во вход таза. Здесь нужно после производства пуботомии наложить щипцы.

24. Комбинация серьезных осложнений (лобное предлежание, выпадение пуповины) требует и радикальных мер. Здесь следует произвести внебрюшинное Кесарское сечение. Но у роженицы 6 человек детей. Кто так тверд, чтобы не смягчить требование науки и не попытаться обойтись более мягкими мерами с матерью шестерых детей? В данном случае с риском для ребенка предпринят был поворот. Получился мертвый ребенок весом 3200.

25. Конечно, нужно делать перфорацию, но когда? Ждать ли полного открытия или теперь при открытии на 2 пальца. Так как излитие вод раннее и № 37,6, то нужно предпочесть сделать перфорацию теперь, а краниоклазию—тогда, когда открытие будет больше. После перфорации уменьшенная головка будет под влиянием схваток скорее опускаться и своим напором скорее раскрывать шейку (см. гл. о перфорации).

26. Следует сделать пуботомию и продолжать операцию щипцов. В данном случае дело кончилось перфорацией, больная умерла.



27. Здесь, собственно говоря, ничего не нужно делать, а ждать течение родов головкой. Но в терапии при узких тазах не выработано еще твердых неоспоримых принципов и для сторонников профилактического поворота в данном случае есть соблазнительные условия: головка подвижна во входе и воды еще стоят. В данном случае был произведен поворот, получили живого ребенка весом 3200.

28. Трудно выбрать пособие в данном случае так, чтобы интересы матери и ребенка соблюдались одинаково. В данном случае, чтобы не убивать ребенка, приходится рискнуть сделать внебрюшинное Кесарское сечение, несмотря на высокую  $t^0$  или лучше благодаря высокой  $t^0$ . В некоторых случаях операция при подобных условиях проходит благополучно. В данном случае было приступлено прямо к перфорации. Вес ребенка без мозга был 3400.

29. Для внебрюшинного Кесарского сечения здесь уже условия не подходящи, так как головка вколочена во вход. Здесь нужно применить метрейриз и затем пробовать щипцы, перед щипцами можно рискнуть сделать пуботомию. Но делать сложные операции на инфицированной роженице рискнет не всякий.

Если бы метрейриз остался без скорого результата (а это возможно, так как схватки слабы, края толсты), а  $t^0$  продолжала бы повышаться, тогда пришлось бы приступить к перфорации без симфизиотомии. Ведь роженице 24 года, у нее 2 живых детей, она при лучших условиях может родить еще несколько детей. В данном случае было приступлено прямо к перфорации. Вынут ребенок весом в 3800 без мозга.

30. Можно ожидать, пока пройдут воды и установится головка во входе. Но ожидание вряд-ли приведет к чему нибудь хорошему, может лишь осложнить условия для вмешательства. Здесь мы имеем помимо сужения таза, сказавшегося уже при предшествующих родах, еще нежелательные со стороны мягких родовых путей (рубцы). Здесь лучше всего произвести Кесарское сечение, которое хотя и будет при относительных показаниях со стороны таза, но будет оправдываемо состоянием мягких частей (см. главу о разрывах матки, этиологию). В данном случае был произведен поворот по Braxton—Hicks'у с явным риском разрыва шейки; получился мертвый ребенок весом 3550.

31. Роды затянулись и очень долго приходится у многородящих с плоским тазом нельзя (см. этиологию разрывов матки). Здесь показуется симфизиотомия и щипцы если не в данный момент, то часа через 2—3, т. е. когда пройдет больше 4-х часов после полного открытия (см. 16-ю задачу). В данном случае были наложены щипцы без симфизиотомии, окончившейся перфорацией.

32. Симфизиотомия или пуботомия. В данном случае была сделана прямо перфорация и краниоклязия. Но извлечение перфорированной головки было весьма трудное, вес ребенка 3950 без мозга.

33. Здесь очень ясно выступает механическое препятствие родам со стороны таза (схватки очень сильные и период изгнания тянется без результата многие часы—не меньше 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часов). Так, что здесь более, чем в других случаях, нужно ожидать эффекта от симфизиотомии или пуботомии.

34. Симфизиотомия или пуботомия и щипцы. В данном случае на операцию щипцов не решились, так как было кольцо сокращения, а присутствие кольца сокращения обуславливает по Vandi'ю растяжение нижнего сегмента. По нашему представлению это не верно и под влиянием наркоза, применяемого во время операции, кольцо сокращения должно исчезнуть, а если бы оно и не исчезло, то все-же ра-

стяжения нижнего сегмента в зависимости от кольца сокращения в действительности не бывает и поэтому после симфизиотомии здесь можно без всякой боязни наложить щипцы. В данном случае под влиянием страха перед явлением кольца сокращения, на щипцы не решились и приступили прямо к перфорации живого плода.

35. Немедля приступить к повороту, воспользовавшись тем, что головка еще подвижна, открытие полное. Для обеспечения успеха для ребенка можно перед поворотом сделать пуботомию. В данном случае был сделан поворот. Получился живой ребенок 3700 весом.

36. Если есть спор о том, следует ли делать Кесарское сечение при *placenta praevia totalis*, то в этом случае он должен умолкнуть. Здесь для ребенка опасность с двух сторон со стороны таза и со стороны *placenta praevia* и он еще жив. Не использовать столь прекрасный метод, как Кесарское сечение, было бы в данном случае грехом. Кроме того этот метод сразу устраняет опасность от кровотечения в зависимости от *placenta praevia*. Здесь был произведен поворот со смертельным исходом как для матери, так и ребенка.

37. Ничего не нужно делать. Через 3 часа наступили самопроизвольные роды, вес ребенка 3600.

38. Целость плодного пузыря теперь уже не нужна, так как головка уже у выхода таза и препятствие для ее дальнейшего движения заключается уже не в костном тазе, а в мягких частях—тазовом дне. Схватки, продвинувшие головку через узкое место плоского таза, ослабли (вторичная слабость схваток) и сил их не хватает для преодоления препятствий со стороны дна таза и промежности. Здесь нужно прежде всего разорвать пузырь и впрыснуть *pituitrin*. Если это не поможет, то через 4 часа после полного открытия показано будет наложение щипцов. Здесь роды окончены были разрывом пузыря и наложением щипцов. Получился живой ребенок весом 3750.

39. Наложить щипцы.

40. Здесь было препятствие со стороны таза, которое схватки преодолели, затем было препятствие со стороны жестких краев маточного зева, которое было устранено насечками. Предстоит третье препятствие со стороны мягких частей тазового дна (роженица первородящая), так как с рдцебиение плода стало внушать опасение за его жизнь, то для преодоления третьего препятствия должны быть наложены щипцы. В данном случае так и было сделано: были наложены щипцы, получился мертвый ребенок весом 3800.

41. Нужно окончить роды, так как период изгнания затянулся (6 часов), а чем больше длится период изгнания, тем опасность для ребенка больше. Для того, чтобы обеспечить благоприятный исход родов для ребенка, нужно сделать пуботомию и затем уже наложить щипцы, что и было исполнено, получился живой ребенок весом в 4400 гр.

42. Роды двигаются, механизм идет правильно. Ничего делать не нужно. Через 2 часа родился живой ребенок весом в 4250 гр.

43. Метрейризм, хлороформирование *à la geine*. Когда матка под влиянием метрейринтера и акушерского наркоза раскроется, исследовать тщательно сердцебиение плода, которое было слабо; если оно еще есть, то—симфизиотомию и щипцы, если же оно уже стихло, то—прямо перфорацию. В данном случае приступлено было прямо к перфорации. Вынут был ребенок 4000 весом без мозга.

44. Нужно исправить схватки легким акушерским наркозом *à la geine* и больше ничего, когда схватки станут под влиянием небольшой дозы хлороформа правильнее, матка быстро начнет раскрываться и го-

товая опуститься в полость таза головка опустится без промедления. В данном случае роды окончились силами природы, вес ребенка 4050.

45. Щипцы.

46. Нужно сделать немедленно поворот, несмотря на сильное сужение таза, так как ребенок недоношенный.

47. Кесарское сечение. В данном случае вследствие кровотечения был разорван пузырь, после чего выпала бьющаяся пуповина, был сделан поворот, получился живой ребенок весом 3300, дело окончилось следовательно благополучно, но нужно заметить, что и разрыв пузыря при стоянии головки над входом и поворот при таком сужении таза, что прежние роды окончились перфорацией, были очень рискованны для ребенка.

48. Ничего не нужно делать. Несмотря на значительное сужение таза, при сильных правильных схватках головка может еще пройти через суженное место—таза вход. В данном случае через 2 часа роды окончились самопроизвольно, родился ребенок 3500 весом.

49. Тот, кто принципиально избегает накладывание высоких щипцов на головку, стоящую во входе, все-таки в данном случае может на них решиться, так как ребенок недоношенный и головка его особых препятствий при извлечении представить не должна, тем более, что здесь и выбора другого нет: симфизиотомия при недоношенном ребенке, у которого к тому же и сердцебиение стало ослабевать, здесь прямо противопоказана. В данном случае были наложены щипцы, получился живой ребенок весом 3000.

50. Раз под влиянием схваток исправилось не совсем правильное положение плода и головка с ручкой опускаются, роды следовательно не останавливаются, а идут хотя и медленно, но вперед, то делать ничего не нужно тем более, что и относительно ребенка нет никаких показаний—сердцебиения его не слышно. В данном случае роды окончились самопроизвольно мертвым ребенком веса в 3100 через 2 часа.

51. Раз есть такая неправильность, как предложение лбом, то ждать наступления полного открытия не следует, нужно исправить эту неправильность. В данном случае ребенок маленький и можно надеяться, что в щипцах лобное положение исправится или в полное лицевое или в затылочное. Следовательно нужно наложить щипцы и при тракциях содействовать исправлению лобного положения. В данном случае были наложены щипцы, при извлечении головка перешла в затылочное положение, был извлечен живой ребенок весом в 2700.

52. Собственно говоря, нет показаний к оперативному вмешательству, так как температура нормальна, но состояние температуры роженицы—как-бы на вулкане, нужно ждать каждую минуту, что она вспыхнет. В данный момент—показания лишь к усилению схваток посредством, например, впрыскивания pituitrin'a. В данном случае дело окончилось, хотя таз и значительно сужен, самопроизвольными родами маленьким живым ребенком 2800 весом.

53. Нужно накладывать щипцы, хотя головка еще во входе и хотя открытие еще не полное. Первое обстоятельство смягчается тем, что недоношенный ребенок скорее всего не представит непреодолимых препятствий при прохождении через таз; второе обстоятельство смягчается тем, что края зева растяжимы. С другой стороны, другого и выбора нет, как только наложить щипцы, только бы скорее окончить роды. В данном случае без хлороформа были наложены щипцы, получился мертвый ребенок, но роженица, проделавши после родов pneumonia grouposam, осталась живой и здоровой.

54. Низвести ножку и больше ничего не делать. За ножку не тянуть, а возбуждать схватки и следить за сердцебиением плода. К извлечению за ножку должны быть свои показания и свои благоприятные условия. В данном случае извлечен живой ребенок 2900 весом, оказались двойни, 2-й ребенок родился самопроизвольно.

55. Хлороформировать *a la reine*, низвести ножку. Когда под влиянием легкого наркоза матка раскроется, то производить давление по Кристеллеру и делать во время схваток извлечение за ножку. В данном случае так и было сделано (лишь без хлороформа), извлечен живой ребенок весом в 2750.

56. Здесь все условия благоприятные для профилактического поворота (головка над входом, воды целы, полное открытие). Но если профилактический поворот при плоском тазе является весьма рискованным для ребенка, то тем более он рискован при общесуженном. Поэтому здесь, несмотря на то, что роды продолжаются уже 17 часов, а головка еще над входом, следует применить лишь легкий наркоз на 1—2 часа и ждать, когда головка вступить в таз и пройдут воды. Затем поступать, как вообще при узких тазах. Здесь был произведен профилактический поворот и ребенок извлечен при давлении умелой рукой по Martin'у сверху, извлечен живой ребенок в 3400. Но этот успех не должен побуждать в будущем к риску.

57. Раз сердцебиения не слышно, то, конечно, нужно делать перфорацию. Но дело в том, что иногда бывает так, что сердцебиения не слышно, а ребенок родится живой. Здесь сердцебиение ни раньше не было слышно, ни теперь, что возбуждает сомнение в истинности распознавания смерти плода. Здесь следовало бы применить легкое хлороформирование для исправления схваток и затем, если головка не будет долго опускаться в полость, наложить щипцы на головку, хотя-бы находящуюся во входе. Так что если и приступить к перфорации, так уж после тщетных попыток применить щипцы. Разумеется, симфизиотомию или пуботомию применять в подобном случае нельзя.

58. Здесь влагалищное Кесарское сечение по Dührsen'у противопоказано, так как общесуженный таз. Классическое Кесарское сечение представит рискованные технические затруднения, так как головка вошла плотно во вход (см. решение зад. 16). Здесь ничего не остается, как отнестись к случаю эклампсии консервативно и проводить его по методу Строганова (см. лечение эклампсии), выждать полного открытия и может быть и более низкого опущения головки и тогда наложить щипцы. В данном случае так и было сделано. Через 5 часов при полном открытии наложены были щипцы на головку, находящуюся во входе. Был извлечен живой ребенок весом 3200. Мать также осталась жива.

59. Никаких показаний к какому-либо вмешательству нет вообще и в частности к перфорации. В данном случае через 3 часа родился самопроизвольно мертвый ребенок 3250 весом.

60. Здесь некогда делать пуботомии, потому что биение пуповины начинает ослабевать. Единственно, что возможно сделать—попробовать немедленно высокие щипцы. В данном случае так и было поступлено. Извлечен живой ребенок 3250 весом.

61. Нужно делать внебрюшинное Кесарское сечение. В данном случае была сделана перфорация, получился рецидив фистулы.

62. Низвести ножку, после чего схватки могут усилиться.

63. Симфизиотомию или пуботомию и щипцы. В данном случае были просто наложены щипцы, которые были очень трудные, несмотря на это, получился живой ребенок 3500 весом.

64. Нужно наложить щипцы, под влиянием силы тракций, производимых, конечно, во время схваток, которые также сильны, копчик должен отклониться и пропустить головку. В данном случае так и было сделано: щипцами был извлечен живой ребенок весом в 3500.

65. Если ожидать дальнейшего течения родов, вряд ли можно чего нибудь хорошего дожидаться. Если мать очень хочет иметь живого ребенка, то нужно делать внебрюшное Кесарское сечение. Для классического этот случай не так подходящ, так как прошли воды. В данном случае был произведен профилактический поворот, получился мертвый ребенок весом в 3850.

66. Наложить щипцы.

67. Пока воды стоят, можно ждать. Роды в данном случае окончились самопроизвольно и благополучно через сутки.

68. В данном случае силы схваток хватило только для преодоления препятствия со стороны таза, перед препятствием со стороны тазового дна оне, так сказать, спасовали и роды остановились. Здесь можно было бы впрыснуть pituitrin, но в 1889 г. еще не было этого средства. Но pituitrin не всегда помогает. Поэтому здесь на очереди—операция щипцов, к каковой в данном случае прямо и приступили, извлекли живого ребенка 3400.

69. При предлежании ягодиц и сужении таза вообще хорошо заранее спустить ножку, пока ягодицы не вколотились в таз и пока, следовательно, это легко и возможно. Об этом мы говорили в главе о ведении родов при узких тазах. К низведению ножки склоняют еще твердость оболочек и многоводие; и та и другая неправильность исчезает при низведении ножки, так как эта операция связана с разрывом пузыря. Но нужно иметь в виду, что в данном случае мы имеем шансы рассчитывать на то, что здесь очень велик ребенок, так как замечено, что многоводие часто совпадает с большой величиной ребенка (см. главу о многоводии). Поэтому при извлечении ребенка нужно удвоить внимание и принять все меры предосторожности при предстоящем извлечении, изложенные в соответствующей главе. В данном случае был извлечен живой большой ребенок 4500 весом.

70. Можно немного подождать, так как роды продолжают очень долго, всего 12 часов. Если роды не будут двигаться вперед, то следует сделать пуботомию.

71. Можно немного подождать, не войдет ли головка во вход таза. Во всяком случае единственный исход, чтобы избежать перфорации живого плода, сделать пуботомию или симфизиотомию. В данном случае были наложены щипцы в третий раз, извлечен ребенок весом в 5000, но мертвый.

72. Всякая неудачная попытка портит дело. Здесь не слышно сердцебиения ребенка. Может быть он умер во время накладывания щипцов, при котором, нужно думать, применено было не мало силы. Во всяком случае для пуботомии или симфизиотомии подходящих условий нет. Врач прислал больную, повидимому, лишь для того, чтобы одному не делать перфорации, которая здесь оправдываема. В данном случае были возобновлены попытки наложить щипцы, но опять успеха не имели и дело окончилось перфорацией. Извлечен ребенок весом 4050 без мозга.

73. Есть благоприятные условия для немедленного родоразрешения—полное открытие, а немедленное родоразрешение особенно желательно ввиду того, что плод еще жив. Здесь нужно бы сделать пуботомию или симфизиотомию, но для скорости и простоты родоразрешения можно попробовать наложить щипцы хотя бы на стоящую во

входе головку, на успех щипцов можно полагать некоторую надежду потому, что роженица первородящая. Если же попытки будут неудачны, то тогда уже можно рискнуть и на пуботомию или симфизиотомию. В данном случае были наложены щипцы, извлечен был живой ребенок весом 4010. Больная выздоровела.

74. Наложить кефалотриб.

75. По общим выводам, основанным на статистике в данном случае следовало бы приступить к ляпоротомии. Но здесь условия для ляпоротомии не благоприятны—воонючее отделяемое, повышение температуры. Кроме того от ляпоротомии должно удерживать еще то обстоятельство, что здесь может быть разрыв и не проникающий в брюшину; кишечные петли могут прощупываться и через отсепарированный тонкий листок брюшины. Подкрепляет в предположении, что здесь разрыв не проникает в брюшину, и то обстоятельство, что послед вышел сам собой; при проникающих разрывах послед уходит обычно в брюшную полость. Легкое прощупывание мелких частей через брюшные стенки могло произойти потому, что часть плода вышла из матки и поместилась в подбрюшинном пространстве.

Данный случай был проведен консервативно: матка была фиксирована снаружи бинтом, положен лед на живот. Больная выздоровела.

Предпринимать ляпоротомию с громадным риском общего перитонита здесь пришлось бы в том случае, если бы было наружное кровотечение или если бы возникли признаки внутреннего кровотечения.

### Косос'уженный анкилотический таз Naegele

Существенная особенность этой формы неправильного таза состоит в том, что на одной стороне крестца нет всей боковой массы его, крестцово-подвздошного сочленения на этой стороне тоже нет, на месте его костное сращение (анкилоз крестцово-подвздошного сочленения).  
Рисун. 13.

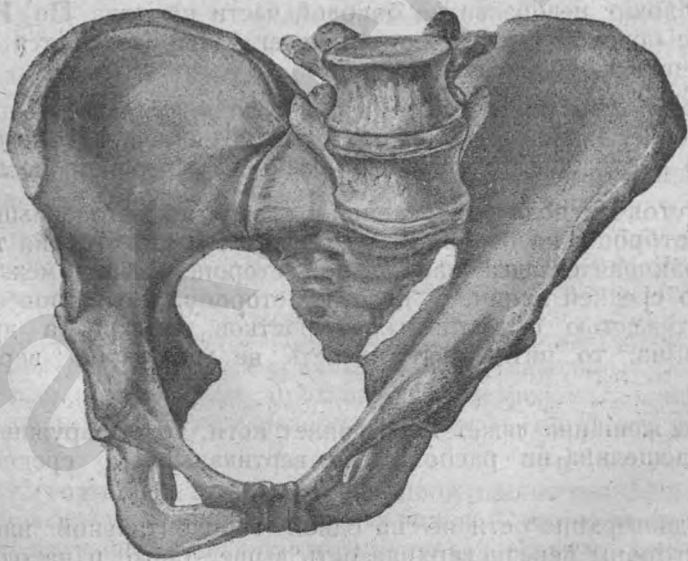


Рис. 13. Косос'уженный таз Naegele.

Крестец вместе с последними поясничными позвонками повернут так, что его передняя поверхность смотрит в большую сторону таза. Безымянная линия большой стороны, сделав около крестца на небольшом протяжении сильный изгиб, затем идет почти по прямой линии, переходит среднюю линию тела и тогда уже встречается с лонною костью здоровой стороны, так что Symphysis pubis не по середине, а отклонено в сторону здоровой половины таза. Область вертлужной впадины вдавилась внутрь таза, значительно приближена к передней поверхности крестца, как будто это сделала головка бедренной кости своим противодавлением при давлении сверху тяжести туловища. Вследствие такого приближения боковой стенки таза к крестцу incisura ischiadica major на больной стороне сужена.

Форма входа в таз овальная, тупой конец овала—на здоровой стороне. Если провести линию от симфиза прямо назад, то эта линия не встретится с мысом, а упадет на боковую сторону крестца здоровой стороны. Тот косой размер входа, который идет от eminentia ileopectinea большой стороны к здоровому крестцово-подвздошному сочленению, уменьшен; противоположный косой размер увеличен. Размеры полости таза уменьшены в большей степени, чем во входе, напр. расстояние между передней поверхностью крестца и боковой стенкой таза в области вертлужной впадины большой стороны уменьшается чуть-ли не вдвое; размеры выхода также уменьшены в большей степени, чем входа; чешуя повздошной кости на больной стороне стоит высоко и отодвинута кзади.

Причина возникновения этой аномалии таза состоит, по Naegele, в том, что в период развития таза еще в утробной жизни не возникают островки окостенения на месте боковой массы крестца с одной стороны или эти островки не развиваются; следовательно дело идет об остановке развития или о недостаточном развитии кости. Анкилоз крестцово-подвздошного сочленения присоединяется потом. Или же сначала возникает воспалительный процесс в крестцово-подвздошном сочленении с исходом в кариозный процесс и затем, как вторичное явление, происходит недоразвитие боковой части крестца. По Hohl'ю недоразвитие боковой части крестца не всегда сопровождается анкилозом крестцово-подвздошного сочленения.

*Распознавание.* При Naegele'вском тазе может не быть ни изменений в походке, ни заметных искривлений позвоночника. Следовательно, его можно найти только при специальном акушерском исследовании.

При стоячем положении женщины заметно, что большой вертел на одной стороне (на больной) не выдается и эта сторона таза уплощена. Ягодичная складка на больной стороне—выше; меж'ягодичная идет не по средней линии, а косо, в сторону. Если повесить одну нитку с тяжестью от остистых отростков крестца, а другую от Symph. pubis, то нитки будут висеть не по одной вертикальной плоскости.

Когда женщина ляжет и раздвинет ноги, то обнаруживается, что половая расщелина не расположена вертикально по средней линии, а косо.

Передневерхние ости не на одной горизонтальной плоскости, с большой стороны передневерхняя ость выше, также и на одной фронтальной плоскости передневерхняя ость на больной стороне отодвинута кзади, spinae post. sup. на разных расстояниях от остистых от-

ростков позвонков; поясничные позвонки показывают сколиотическое искривление.

Самые решающие признаки Naegele'вского косос'уженного таза получаются при внутреннем исследовании, которое производится сначала пальцем одной руки, а затем сию же минуту пальцем другой руки. Замечается во первых, что вся боковая стенка таза с больной стороны хорошо ощупывается, весьма легко достижима, безмянная линия этой стороны выпрямлена, *spina os. ischiï* сильно выступает в полость таза в виде острия и весьма приближена к крестцу; мыс, если достигим, оказывается смещенным в большую сторону и в конце концов как самый главный признак, прощупывается отсутствие боковой массы крестца.

*Механизм родов.* Naegele учил, что если затылок предлежащей головки обращен в здоровую, т. е. широкую сторону, то это—благоприятное условие для родов, головка вступает легче в полость таза. Но есть взгляд совершенно противоположный, т. е. наиболее благоприятные условия для родов получаются тогда, когда спинка обращена к больной стороне, следовательно головка затылком, а ягодицы, если они предлежат, крестцом обращены к больной стороне. Так как наблюдений в общем мало, то фактических доказательств этих взглядов не имеется. При всех косос'уженных тазах часть полости таза наиболее с'уженная не играет роли в прохождении плода.

Также и при Naegele'вском—расстояние между областью вертлужной впадины больной стороны и крестцом настолько уменьшено, что соответственная часть полости таза должна считаться потерянной для механизма родов. В остальную часть полости таза предлежащая часть должна вступать таким же образом, как при общес'уженном тазе. Если выход таза не с'ужен, то особого препятствия он не оказывает; но прохождение головки через него происходит так, что стреловидный шов находится не в прямом, а в косом размере.

*Предсказание.* Schérépachine (Черепяхин) по предложению Varnier занялся сбором литературных данных относительно Naegele'вского косос'уженного таза. Эти данные касаются большею частью до антисептической эпохи. Из 54 женщин с такими тазами 46 оставили их в музеях, из них 44 умерли от родов. Относительно детей по Черепяхину следующие данные: 40 женщин родили 83 раза, дали 84 детей (1 двойни). О 5 детях справок не получено, 68 детей умерло, 11 живых.

Статистика показывает, насколько опасна эта неправильность таза как для матерей, так и для детей.

По статистике Litzmann'a из 28 матерей—22 умерли при первых родах, 3 после вторых и две после шестых, одна покончила самоубийством после первых родов.

Если женщина обратилась за советом во время беременности, то на основании статистики на срочные самопроизвольные роды рассчитывать нельзя. Нужно или предложить Кесарское сечение, или по наступлении родов в случае надобности сделать, по Pinard'у, *ischio-pubio-tomiam*.

В 1892 году Pinard произвел у одной пациентки с Naegele'вским косос'уженным тазом распил горизонтальной ветви лонной кости на 5 сант. от симфиза в большую сторону и восходящую ветвь седалищной кости, после чего получалось столь значительное расширение тазового кольца, что был легко извлечен ребенок. При симфизиотомии



в данном случае не могло получиться сколько нибудь значительного расширения тазового кольца, так как с одной стороны крестцового подвздошного сочленения нет.

Другие формы косоууженных тазов уже не так опасны. Сужение таза в косых размерах происходит или тогда, когда произошло заболевание (в раннем возрасте) в тазобедренном сочленении, или вследствие рахита при сколиотическом изменении позвоночника.

### Косоууженный сколиотический таз.

Относительно искривлений позвоночника существует общий закон такой. Если произошло искривление позвоночника в какую нибудь сторону, то для удержания туловища в равновесии происходит в соседнем

месте позвоночника другое искривление в обратную сторону, это вторичное искривление имеет, так сказать, компенсаторское значение. Если, положим, произошел сколиоз (искривление «дугой» в сторону правую или левую) грудных позвонков вправо, то ниже в поясничных позвонках происходит компенсаторный сколиоз влево. Рис. 14.

Если такое изменение позвоночника произошло высоко, то таз может быть не затронут и остаться нормальным.

Если же сколиоз поражает нижнюю половину позвоночника, то это отражается на форме таза следующим образом. Сколиоз поясничных позвонков вовлекает и крестец, который отклоняется в ту же сторону, куда последние поясничные позвонки, и продолжает собой дугу данного сколиоза; в то же время крестец повернут вокруг своей продольной оси так, что его передняя поверхность смотрит в ту сторону, куда обращена дуга сколиоза, понятно, что мыс приближается к боковой стенке таза, и между областью вертлужной впадины и крестцом образуется столь тесное пространство, что эта часть полости таза становится бесполезной при родах (рис. 14) Обычно в таком тазу замечаются и прочие признаки рахита: уменьшение поперечной кривизны крестца, лонная дуга широка, седалищные бугры далеко отстоят друг от друга и пр.

Ассиметрия таза может быть выражена более или менее. При слабо выраженной ассиметрии дело обстоит, приблизительно, так же, как вообще при рахитических тазах.



Рис. 14. Скелет рахитички со сколиозом позвоночника и косым сужением таза.

### Коксалгический таз. *Pelvis coxalgica.*

Эта форма таза обычно есть следствие туберкулезного поражения тазобедренного сочленения, происшедшего в детстве, тазобедренное сочленение остается сильно обезображенным, подвижности в сочленении или нет совсем, или она сильно ограничена; края вертлужной впадины оказываются столь изъеденными кариозным процессом, что вертлужная впадина становится очень мелкой, получается вывих головки бедра (приобретенный); головка бедра помещается в этих случаях обычно выше тазобедренного сочленения под *crista ilei*.

Употребление соответствующей нижней конечности или очень ограничено, или даже совсем исключено. При этом туловище почти всей своею тяжестью давит на здоровую ногу и на здоровую половину таза, как на посредствующее звено. Поэтому здоровая половина таза сужена и уплощена, а половина таза больной стороны, наоборот, бывает еще и расширена. Получается ассиметрический косой таз.

Позвоночник делает при этом компенсаторное сколиотическое искривление дугой, обращенной в здоровую сторону, т. е. в ту сторону, на которую больная уверенно и смело ступает.

Воспаление тазобедренного сочленения распространяется часто и на полвздошную кость, происходят остеофиты, утолщения костей, и даже анкилоз крестцово-подвздошного сочленения. Чем более в раннем возрасте происходит коксит, тем больше изменен таз. Как результат процесса, может произойти и атрофия больной половины таза. Так что в одной половине таза, в здоровой,—происходит механическое сужение, а в другой, больной, стороне происходит сужение вследствие дистрофии, вызванной коксалгией.

Неправильное очертание безымянной линии усугубляется еще тем, что безымянные кости стоят не на одном уровне: с больной стороны эта кость стоит выше, ее чешуя поставлена вертикальнее.

Косое сужение таза распространяется и на полость таза, так как и полвздошная и седалищная часть здоровой стороны, следовательно наиболее суженной, приближены к крестцу.

Если коксит оканчивается без анкилоза тазобедренного сочленения и без вывиха бедра, то больная не хромает, и изменения в тазу могут быть незначительные.

*Распознавание* облегчается тем, что следы коксита в виде втянутых рубцов на бедрах, а также изменения подвижности и формы тазобедренного сочленения прямо указывают, в чем дело. Чтобы отдать себе отчет в том, где находится уплощение таза, нужно исследовать пальцем одной руки одну сторону таза и сейчас же пальцем другой руки другую половину таза. Кроме того следует определить наклонение таза.

*Прогностика и лечение.* Самопроизвольные роды нередко возможны при несильном изменении таза.

Если изменения таза настолько значительны, что должны представлять препятствие для родов и если прежние роды были неблагоприятные, то можно предложить и Кесарское сечение, но часто дело оканчивается просто шипцами. Симфизиотомию и пуботомию в этих случаях избегают делать из опасения обострить заглохший воспалительный процесс в крестцово-подвздошном сочленении, которое, как мы говорили, может принимать участие в процессе, а распознать это заранее с точностью не удается.

### Таз, измененный односторонним вывихом бедра.

Если существует односторонний врожденный вывих бедра, то получается ассиметрия половины таза. Безымянная линия на здоровой стороне в этом случае выпрямлена над вертлужной впадиной, и с этой стороны половина таза сужена, на больной же стороне, где было меньше давления, сужения нет. Косые и поперечные размеры увеличены, передне-задние уменьшены. Но уменьшение размеров не достигает значительной степени.

*Распознавание.* Вертел на больной стороне не выдается, головка бедренной кости может быть ошупана под *crista ilei*.

Когда женщина ходит, то всякий раз, как она ступает на больную сторону, она сгибает туловище.

Чтобы определить, есть ли ассиметрия таза и где таз сужен, нужно исследовать попеременно то одной, то другой рукой.

Так же, как и при других формах кососуженного таза, не лишнее производить наружное измерение косых размеров таза. В данном случае расстояние между *trochanter* и *spina ant. sup.* на одной стороне не будет равняться этому расстоянию на другой стороне.

Затруднения при родах в случаях описываемой формы таза бывают редко, так как анатомические изменения таза не заходят далеко.

### Таз, измененный двухсторонним врожденным вывихом бедра.



Рис. 15. Таз, измененный двухсторонним вывихом бедра, могущий симулировать спондилостезис.

Известно, что центр тяжести туловища находится кзади от линии, соединяющей обе головки бедренных костей.

При вывихе головки бедренных костей помещаются обычно выше вертлужных (рудиментарных) впадин и несколько кзади, центр тяжести туловища при этом должен переместиться более кзади.

Чтобы для равновесия выровнить перемещение центра тяжести, позвоночник поясничной части сильно выгибается дугой кпереди, получается поясничный лордоз а таз при этом сильно наклоняется кпереди, получается *anteversio pelvis*, так что плоскость входа может занимать почти вертикальное положение (рис. 15).

Чешуи подвздошных костей, в которые главным образом упираются головки бедер, недоразвиты, подвздошные ямки мелкие. Передне-задние размеры входа увеличены, поперечные несколько уменьшены вследствие давления головок бедер на боковые стороны таза. Поперечные размеры нижней части полости таза, освобожденной от давления головок бедер, увеличены как бы компенсаторно.

Крестец так сильно наклонен, что *lig tuberoso—sacrale* и *spinoso—sacrale* оттягивают верхушку крестца и копчик кпереди, получается увеличение крестцовой кривизны. Высота симфиза уменьшена, лонные кости тонки, лонная дуга очень широка Рис. 16.

*Диагностика.* Так называемая утиная походка больной заставляет прямо обратить вни

мание на исследование тазобедренного сочленения, нет ли бедренных вывихов. Когда женщина стоит, то таз в сильнонаклоненном положении, вульва обращена кзади, живот отвислый, беременная матка сильно наклонена кпереди.

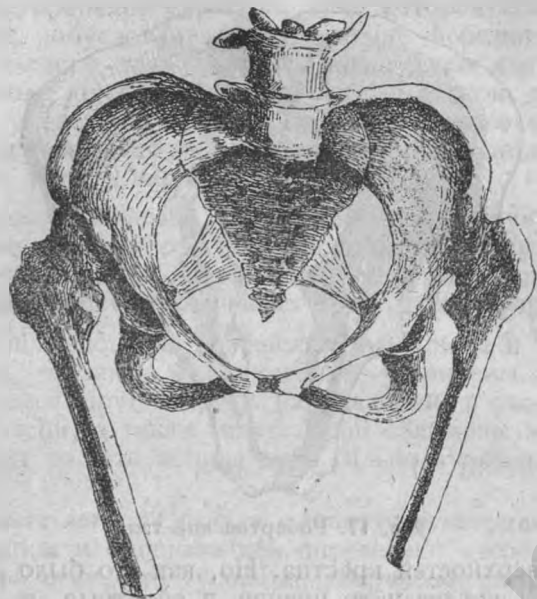


Рис. 16. Таз, измененный двухсторонним вывихом бедра.

При исследовании таза самое характерное то, что лонная дуга очень широка. Прогностика благоприятна, если во время родов будет обращено внимание на наклонение таза. Чтобы уменьшить наклонение таза, нужно во время родов уложить больную так, чтобы у нее не было той поясничной кривизны, под которую можно подвести две руки, нужно выпрямить спину, для этого ноги нужно держать выше, под плечи также положить лишнюю подушку. Также не лишнее исправить наклонение матки, лучше всего для этого надеть на живот бандаж.

### Поперечно суженный Робертсовский таз.

При недоразвитии боковой массы крестца с одной стороны получается косо суженный таз Naegele. Но боковые массы крестца могут недоразвиться и с обеих сторон. Тогда получается таз с общим сужением в поперечном направлении (рис. 17). Эта форма таза описана Robert'ом в 1842 г. Вместе с недоразвитием боковых масс крестца бывает, как и в Naegele'вском тазе, анкилоз крестцово-подвздошных сочленений.

Кривизны крестца как продольная, так и поперечная уменьшены. Узкий крестец вдвинут глубоко вперед между безымянными костями, так что задние концы их выступают сильно кзади; *spinae posteriores superiores* сближены. Чешуи подвздошных костей уплощены и подвздошные ямки смотрят кпереди. Обе половины безымянной линии выпрямлены и сближены. Горизонтальные ветви лонных костей сходятся друг с другом под углом. Все размеры таза кроме передне-заднего сильно уменьшены и чем ниже, тем больше, так что узкая часть полости таза представляет из себя щель.

Причина возникновения этой формы таза заключается, по Robert'у, в отсутствии или недоразвитии еще в утробной жизни островков окостенения боковых масс крестца, анкилоз крестцово-подвздошного соединения—вторичное явление, происшедшее вследствие недоразвития

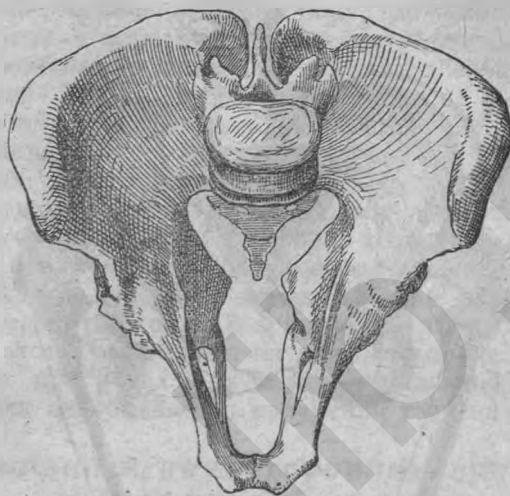


Рис. 17. Робертовский таз.

сочленовных поверхностей крестца. Но, как это было и в главе о Naegele'вском тазе, существуют мнения и обратные, т. е. состоящие в том, что сначала происходят воспалительные изменения в крестцово-подвздошных сочленениях, недоразвитие же боковых масс крестца есть вторичное явление.

Это мнение основано на том, что на некоторых препаратах таза видны остатки воспалительных изменений крестцово-подвздошных сочленений.

*Диагностика.* Все поперечные размеры сужены, это самое характерное. В одном случае при исследовании таза нас поразило, что *distantia trochanterica*—22, при более подробном исследовании оказалось уменьшение всех поперечных размеров, установлена была форма поперечно суженного таза и большой было сделано Кесарское сечение.

*Spinae post sup.* стоят близко друг к другу, между ними углубление вместо выпуклости крестца; остистые отростки как крестца, так и последнего поясничного позвонка прощупываются с трудом. Расстояние между *tubera ischii* уменьшено, выход таза бывает настолько сужен, что затрудняется внутреннее исследование. Прогностика произвольных родов плоха. Единственная помощь—Кесарское сечение.

### **Кифотический или воронкообразный суженный таз.**

По общему закону каждый кифоз сопровождается компенсаторным лордозом. Чем выше помещается кифоз и компенсирующий его лордоз, тем меньше изменений в тазу. При дорзолумбарном кифозе изменений таза может не быть. Наоборот, если кифоз люмбосакральный, т. е. захватывает последние поясничные позвонки и крестец, то получается тем самым отклонение крестца кзади (основанием), нижняя часть крестца отклонена наоборот вперед, в полость таза, произошло, следовательно, вращение крестца вокруг поперечной оси основанием

кзади. Получается увеличение передне-заднего размера входа в таз (положение как раз противоположное рахитическому изменению таза, где крестец наклоняется основанием кпереди). Поперечные размеры входа несколько уменьшены.

Описанное вращение крестца, при котором его верхушка смещается кпереди, обуславливает уменьшение передне-заднего размера узкой части полости таза и выхода таза; а так как в кифотических тазах седалищные бугры сближены друг с другом, то и поперечный размер выхода уменьшен. Вообще, от расширенного входа полость таза постепенно суживается до суженного выхода, получается воронкообразная форма таза. Рис. 18.

Форма самого крестца бывает изменена следующим образом: в верхней половине вместо обычной продольной выгнутости, наоборот, выпуклость в продольном направлении; нижняя половина крестца сохраняет свою вогнутость, получается S-образная форма крестца.

Кривизна подвздошных гребешков уменьшена и расстояние между *sp. ant. sup.*; а также между *cristae*—увеличены. Боковые стенки таза в сходящемся друг к другу направлении, в сходящемся—книзу, так что *spinae ischii*, а также *tubera ischii* сближены между собой. Из этого происходит то, что лонная дуга сильно сужена, высока, остроконечна.

*Распознавание* легко. Сначала женщину осматривают в стоячем положении. Осмотром и ощупыванием определяют степень и место кифоза; замечают при этом, что туловище укорочено, ложные ребра касаются подвздошных гребешков, руки достигают колен.

При осмотре тазовой области сзади прямо видно, как основание крестца выступает кзади.

При измерении расстояние между *spin. ant. sup.* увеличено, расстояние между *tubera ischii* уменьшено, также уменьшен прямой размер выхода. Наклонение таза всегда уменьшено.

При внутреннем исследовании, лонная дуга остра, лонное сочленение высоко, малое расстояние между седалищными остями.

Если при измерении расстояния между *tubera* получается—6 (на мягкие части нужно прибавить еще 2), то роды в срок еще возможны.

*Роды.* Головка легко проходит через расширенный вход таза и встречает препятствие у выхода, которое при небольшом сужении может быть преодолено силами природы или же при помощи щипцов. Нужно заметить, что подвижность сочленений кифотического таза обычно увеличена; это облегчает извлечение младенца.

В случаях сильного сужения может оказаться применимой симфизиотомия или пуботомия.

### Спондилолистетический таз.

Спондилолистезис значит соскальзывание одной части позвоночника (верхней) с другой (нижней). Это соскальзывание наблюдается больше всего в месте соединения 5-го поясничного позвонка с крестцом. В последнем случае получается серьезное изменение таза. Первый, описавший эту форму таза, был Kilian (1855 г.). За ним разрабатывали этот вопрос Breslau, Olshausen, Breisky, Schroeder, Neugebauer сын, Farabeuf.

Нижняя поверхность тела соскользнувшего 5-го поясничного позвонка свешивается над полостью таза и или полностью, или отчасти приложена к передней поверхности крестца, в то время как остальные части позвонка—дужка с суставными отростками, остистый отросток, находятся на крестце, упираясь на его основание (Neugebauer). На

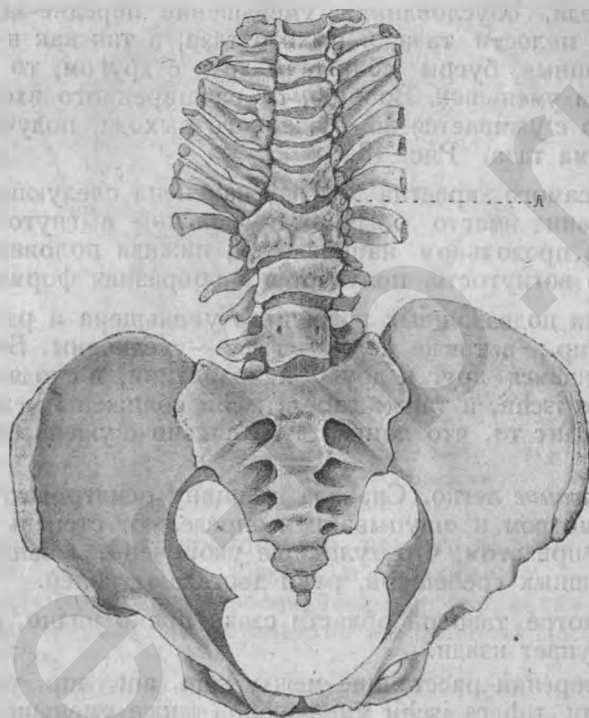


Рис. 18. Кифотический или воронкообразно суженный таз. Вход таза расширен, а выход сужен, видно, как уменьшены размеры между остями и верхушкой крестца уменьшение расстояния между остями становится особенно заметно, если перевести глаза на следующую страницу, где изображен таз в общем с нормальными размерами (но с экзостозом).

это смещение поясничная часть позвоночника отвечает лордотическим искривлением, дуга этого лордоза также виснет над входом в таз, так что роль *conj. vera* играет расстояние между верхним краем симфиза и 4-м или 3-м или даже 2-м поясничным позвонком; это расстояние незначительно, оно может достигать 5 сант.

Сам соскользнувший 5-й поясничный позвонок изменяет свою форму. Он уплощен, изогнут и длина его (сагиттальный размер) увеличена. Удлинению подвергается часть дужки между верхним и нижним суставными отростками, в этом месте и позвоночный канал увеличен в сагиттальном направлении. Наиболее уплощенной частью позвонка и является удлиненная часть дужки между верхним и нижним суставными отростками.

Центр тяжести туловища при спондилолистезисе естественно перемещается впереди, компенсируется это смещение тем, что уменьшается или даже исчезает наклонение таза. При уменьшении наклонения таза соскользнувший позвонок лучше опирается на переднюю поверхность крестца, что лучше фиксирует позвонок и мешает ему смещаться дальше.

По объяснению Breisky и Neugebauer'a, тяжесть туловища смещает верхнюю часть крестца кзади; нижняя часть его, т. е. верхушка при этом смещается вперед; это смещение крестца раздвигает верхние половины безыменных костей, нижние же половины их при этом сближаются; получается сужение выхода как в сагиттальном, так и в поперечном направлениях; получается картина, как в кифотическом тазе. Breus и Kolisko не согласны с этим описанием полости спондилолистетического таза. Они говорят, что крестец смещается весь равномерно кзади, да и то не всегда; наклоны же назад крестца никогда не бывает. По Breus и Kolisko крестец при описываемой форме таза укорочен, в ширину же увеличен. Кривизна крестца по длине увеличена.

Эта форма таза редка: Breus и Kolisko насчитывают в литературе только 18 безусловно описанных и несомненных случаев спондилолистетического таза.

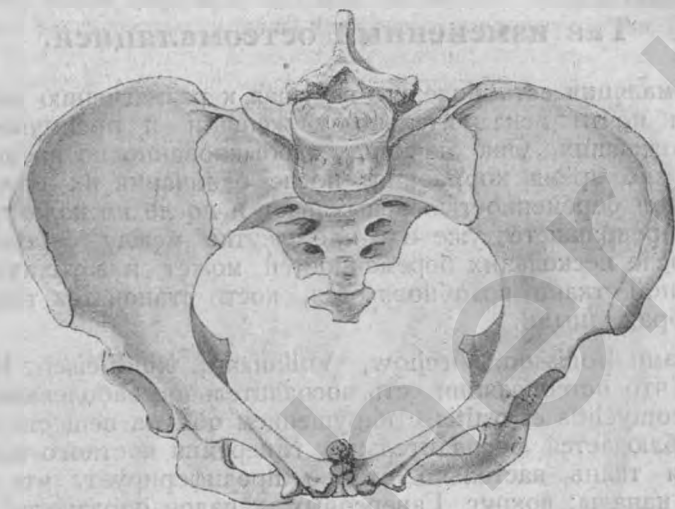


Рис. 19. Таз с экзостозом в виде орешка около symphysis pubis.

Причина возникновения описываемой формы таза видят в неправильном росте островков окостенения позвонка, происходящем еще в утробной жизни. Некоторые видят причину также в травме, причиненной в детстве, вследствие которой произошел перелом дужки позвонка или суставных отростков крестца, сидящих на основании крестца для соединения с таковыми же отростками 5-и-поясничного позвонка. Fagabeuf демонстрировал в хирургическом обществе нарушение целостности межартикулярных соединений и начало сдвигания позвонков в разных местах позвоночника.

**Диагностика.** При наружном осмотре длина туловища уменьшена; уменьшение происходит на счет бросающегося в глаза укорочения части туловища, соответствующей брюшной полости. Грудная часть туловища — нормальной величины. Грудь приближена к тазу, брюшные стенки, имея лишние размеры, отвисают; ребра приближены к подвздошному гребешку.

Так как наклонение таза уменьшено, то наружные половые органы смотрят вперед.



Вместо надкрестцовой ямки—провал, верхняя граница крестца выступает так резко кзади, что на основание крестца можно положить руку, при чем рука получает ощущение уступов как в лестнице; уступы образуют часть дужки 5-го поясничного позвонка, лежащего на основании крестца. Углубление над крестцом при наклонении туловища вперед не исчезает.

При внутреннем исследовании прощупывают угол между передней поверхностью крестца и соскользнувшим позвоночником. Чтобы не смешать его с мысом, нужно прощупать по сторонам его; если это мыс, то по сторонам его начинается безымянная линия и ясно прощупываются боковые массы крестца; если же ощупывать безымянную линию при спондилолистезисе, то она уходит в узкую щель под свисший позвонок.

Предсказание серьезно и для матери и для ребенка. Серьезность зависит от степени сужения таза. Рациональное лечение—Кесарское сечение.

### Таз измененный остеомалацией.

Остеомалация есть болезнь, ведущая к размягчению костей. Она встречается почти исключительно у женщин и преимущественно у женщин рожавших. Она начинается обыкновенно во время беременности или во время кормления, после окончания их затихает, но с каждой новой беременностью вспыхивает и после нескольких беременностей не прекращается уже и в промежутке между беременностями. Болезнь после нескольких беременностей может и затихнуть, образование костной ткани возобновляется, кости становятся твердыми, но уже обезображенными.

Работами Bonisson, Virchow, Volkmann, Rindfleisch, Ranvier установлено, что остеомалация есть воспалительное заболевание костной ткани—osteomyelitis et ostitis с нарушением обмена веществ в костной ткани. Наблюдается воспалительная гиперемия костного мозга, костно-мозговая ткань настолько сильно пролиферирует, что заходит в Гаверсовы каналы; вокруг Гаверсовых каналов образуется остеидная ткань, т. е. костная ткань без минеральных солей; рассасывание солей превалирует над отложением солей (в норме—между этими процессами существует равновесие). В дальнейшем и остеидная ткань начинает заменяться костно-мозговой тканью. Кости становятся гибкими и ломки.

Остеомалация болезнь редкая. Замечается, что в некоторых странах она встречается гораздо чаще, чем в других.

У нас в России она большая редкость. На 140.000 родов, которые прошли перед нами, мы видели остеомалацию один только раз. Во Франции и на севере Европы она встречается тоже весьма редко. Чаще она встречается в Италии, Австрии, Швейцарии, на юге Германии.

Этиология темна. Два факта служат маяками для исследования причины болезней: 1) вредное действие частых беременностей и 2) лечашее действие кастрации.

По мнению Fehling'a, открывшего лечашее действие кастрации на остеомалацию, дело идет здесь о патологическом изменении секреторной деятельности яичников, о химическом изменении их внутренней секреции.

### Изменения в скелете и тазе.

Остеомалация поражает прежде всего позвоночник и таз, затем переходит на грудь, далее на конечности, черепные кости она не поражает.

Позвоночник искривляется, ребра приближаются к тазовым костям, иногда надломлены; конечности изогнуты, бывают переломы их или самопроизвольные, или под влиянием незначительной травмы. Рост тела постепенно уменьшается. При далеко зашедшем страдании, все тело, говорят, может представлять из себя как бы бескостную мягкую массу.

На форму таза с мягкими костями влияет тяжесть туловища, противодействие головок бедренных костей, тянущая сила мускулов и давление на кости как со стороны кровати, на которой лежит больная, так и со стороны стула, на котором она сидит.

Под влиянием тяжести туловища крестец перегибается, складывается вдвое, таким образом, что мыс и копчик приближаются друг к другу. Места вертлужных впадин вдавливаются внутрь таза (рис. 20) и



Рис. 20. Остеомалатический таз.

продавливают внутрь боковые стенки таза настолько, что горизонтальным ветвям лонных костей, составляющим переднюю стенку таза, ничего не остается делать, как изменить свое направление из поперечного в передне-заднее и стать почти параллельными друг другу; вследствие этого вся лонная часть таза выдается вперед в виде носа корабля или утиного клюва. Вход в таз принимает форму треугольника или форму червонного туза или даже форму У.

При лежании на боках чешуи подвздошных костей пригибаются внутрь, так и остаются.

При сидении седалищные бугры и копчик отдавливаются по направлению к полости таза, внутрь, так что выход таза также суживается. Изогнутый в поясничной части позвоночник свешивается над тазом и тем еще более стесняет сообщение брюшной полости с полостью таза.

Вообще таз суживается в поперечных размерах; в выходе он бывает чаще всего сужен во всех размерах и настолько, что даже исследование становится затруднительным.

### Симптомы остеомалиции

Больная жалуется на боли в области седалищных костей, в области симфиза, в области крестцово-подвздошных сочленений, в крестце, всего позвоночника. Женщине трудно сидеть и лежать, ворочаться при лежании болезненно. Помним, как страдала от болей та татарка, больная остеомалицией, которая была под нашим наблюдением.

*Распознавание.* В начале болезнь распознать трудно. Когда женщина жалуется на боли, затруднение при ходьбе, то остеомалиция, в виду ее редкости, не приходит в голову, думают, что женщина заболела ревматизмом, невралгией и т. п. Если больная говорит, что это у нее не в первый раз, а повторяется каждую беременность и с каждой новой беременностью все сильнее и сильнее, то нужно заподозрить остеомалицию. (А как часто приходится слышать жалобы беременных в тазовой области, в ногах, в спине! Много еще темного в вопросе об обмене веществ у беременных!).

С дальнейшим развитием болезни женщина может указать врачу, что у нее платья стали длиннее. Latzko наблюдал в начале болезни парезы аддукторов и флексоров бедра и отсюда изменение походки (утиная) и затруднения при хождении по лестнице.

При исследовании отмечается чувствительность при давлении на кости ног и таза, иногда же можно ощущать и мягкость костей. У нашей больной была сильная чувствительность при давлении, некоторые ощущали у нее мягкость костей, мы же не могли ощутить ясно размягчение костей.

Как бы то ни было, а распознавание устанавливается прочно лишь при исследовании таза. Всегда первое, что наблюдается, это выпячивание лонных костей кпереди в виде клюва, далее крайняя узость лонной дуги. В нашем случае и то и другое было ясно выражено. Далее—крючковидное искривление крестца, низкое стояние мыса и сближение седалищных бугров.

*Прогноз* при остеомалиции в прежнее время был неблагоприятен. Больные погибали от истощения, от нефрита, от туберкулеза легких после родов и пр. Litzmann насчитывал 80% смертности.

Теперь, благодаря действию кастрации и усовершенствованию хирургических пособий, прогностика значительно улучшилась, по Fehling'у, теперь 80% выздоравливает.

Предсказание при родах также весьма серьезно. Хотя некоторые авторы (Kilian, Rollert, Winkel, Weler) и отмечали самопроизвольные роды вследствие мягкости и уступчивости костей, но эти случаи—исключительные по редкости. Дело оканчивалось часто перфорацией. В настоящее время прогностика определяется, главным образом, по исходам операции Кесарского сечения.

*Лечение* во время беременности сначала выжидательное, с назначением внутрь фосфора.

Не нужно торопиться в интересах матери с искусственным вызыванием преждевременных родов или с абортom. Во время родов Кесарское сечение с кастрацией—самое, повидимому, рациональное лечение. Но и этот метод не всегда ведет к полному излечению. По Winkel'ю неполное излечение наблюдалось в 20%. Тот же результат получился в конце концов и у автора лечения кастрацией Fehling'a.

### Ложно-остеомалятический таз.

Рахитические изменения таза иногда могут быть похожи на остеомалятические. Так области вертлужных впадин могут быть так сильно вдавлены внутрь, что вход в таз принимает форму треугольника, как при остеомаляции и лонные кости могут выдаваться в виде клюва; крестец может быть также перегнут, как при остеомаляции. Но при остеомаляции не наблюдается той малости и тонкости костей, как в рахитических тазах; кости в рахитических тазах хоть и малы, но плотны. Лонная дуга в рахитическом тазе никогда не изменена в такой высокой степени, как в остеомалятическом тазу. Далее, в рахитическом тазу нет такого сближения седалищных бугров, как в остеомалятическом. Наконец в рахитическом тазу всегда останутся его самые постоянные характерные черты: короткая *pars iliaca* и длинная *pars pubica*. Рахитический таз, похожий на остеомалятический, называется ложноостеомалятическим тазом.

Есть еще разные формы измененных тазов, не имеющих практического значения или столь редких и разнообразных, что они ускользают от изучения.

Бывают, напр., тазы с несросшимся лонным сочленением; эти тазы бывают обыкновенно соединены с недоразвитием передней брюшной стенки и с открытым наружу мочевым пузырем. Акушерского значения эти тазы не имеют, так как родов при них, повидимому, никогда не бывает.

Затем есть тазы, измененные опухолями стенок таза, экзостазами (Рис. 19) и пр. Каждый из таких тазов подлежит индивидуальному изучению.

## Препятствия со стороны мягких родовых путей.

### Препятствия со стороны шейки матки.

Во время родов шейка должна прежде всего сгладиться, т. е. должно раскрыться внутреннее отверстие матки, шейка должна расширяться мешкообразно, чтобы вместить в себе часть пузыря и предлежащую часть, затем должно раскрыться наружное отверстие матки и только после этого шейка не может оказать никакого препятствия при родах.

Если же шейка не раскрывается, то создается весьма серьезное и иногда опасное препятствие для родов.

Шейка может не раскрываться в течение родов, во первых, от причин, не исходящих от самой шейки, например, шейка может упорно не раскрываться при спазматических схватках, при слабости схваток, при несоответствии осей матки и таза, при маловодии; рассмотрение этих неправильностей приведено в соответствующих главах; во вторых, причина того, что шейка не раскрывается, может заключаться в самой шейке, например: при рубцовой стриктуре шейки, при перегородочной шейке, при канкротном изменении шейки, при отклонении наружного зева слишком вверх или в стороны, при так называемой ригидности шейки и склейке ее краев.

Относительно склейки краев наружного маточного зева нужно сказать следующее. У многих первородящих наружный маточный зев отличается особым свойством не уступать растягивающему действию сокращений мышц матки, не раскрываться: Часто приходится замечать также и при выкидыше у первородящих, что внутренний зев широко раскрылся, пропустил через себя яйцо, последнее вступило в шейку, растянуло ее в объемистый мешок, а наружный зев остается, как был раньше, маленьким, нераскрытым, хотя края его истончились и имеют толщину края бумаги. В таком состоянии наружный зев при выкидыше может остаться неопределенно долго, а между тем этот наружный зев при проникновении через него пальца раздается без особого сопротивления особенно тогда, когда края очень истончены; дальнейшее раскрытие зева завершается очень легко при манипуляциях, имеющих целью удалить остатки яйца.

Такое же явление встречается у первородящих и при родах: шейка давно сглажена, растянулась в виде мешка, в котором помещается и часть пузыря и предлежащая часть, а само отверстие наружного зева столь маленькое, что не пропускает конца пальца, иногда оно столь мало и края его столь истончены, что можно его не заметить и счесть растянутую истонченную стенку шейки за пузырь, как это рассказывает *M-me Lachapelle*. Роды затягиваются без конца, в этих случаях роженица мучается, а наружный зев остается все таким же. Иногда стоит только пальцем проникнуть через это отверстие и искусственно пальцем же без усилий расширить его, как оно начинает раскрываться как следует.

Получается иногда впечатление, как будто бы наружный зев действительно склеился и пальцем разрушают эту склейку. Поэтому то Naegele и назвал такое состояние *Conglutinatio orificii uteri externi*, а другие объясняют, что склеивание происходит сгустившейся слизью или даже вследствие произрастания здесь слизистой ткани.

Но странно, что такое незначительное препятствие не преодолевается силой сокращения мышц матки. Повидимому, не в этом дело. Ведь бывают даже такие случаи, что шейка скорее разорвется где-нибудь поблизости от зева и роды (преждевременные) или аборт наступит не через зев, а через разрыв, как об этом сообщают Norgmann, Schauta und Piering, Jaquet и др. А между тем исследования анатомические и микроскопические, произведенные Bouf de Saint—Blaise и Walliche не открыли в ткани около таких наружных отверстий никаких патологических изменений. В чем же здесь дело?

Мы вспомнили распределение мышечных пучков в шейке, как это описано нами, т. е. мышечные пучки идут вниз тела матки вдоль шейки и концы их оканчиваются перпендикулярно к слизистой оболочке шейки, как повсюду, так и у наружного зева (см. о строении матки), если представить себе сразу все концы мышечных пучков вокруг наружного зева, то они составят круг. И вот нам думается, что в описываемых нами случаях центр круга, составленного этими концами, не совпадает с центром наружного зева, часть этого эксцентрического круга может быть значительно отдалена от краев зева; он может быть косо расположен к зеву; так что растягивающая сила мышц направляется не на маточный зев, а на какое-нибудь место стенки шейки около него.

Достаточно пальцем порасширить маточный зев, как он будет расположен более концентрически к кругу концов мышц, нормальные отношения восстановятся и раскрытие зева совершается беспрепятственно.

Думается нам, что такое эксцентрическое расположение наружного зева должно происходить чаще при *collum conicum*, бывшем до родов.

Когда происходит задержка в открытии маточного зева, то говорят также, что шейка неспособна раскрываться вследствие своей плотности, ригидности и что ригидность шейки бывает чаще у пожилых первородящих. Мы никак не могли заметить в громадном большинстве подобных случаев даже у пожилых первородящих в ткани шейки что-нибудь такое, что давало бы право говорить о ригидности шейки; ткань шейки при ощупывании представляла самые нормальные свойства. Более того, мы не могли заметить, чтобы раскрытие шейки у первородящих 35—40 лет замедлялось чаще, чем у молодых.

Но мы далеки от того, чтобы утверждать, что не бывает вообще ригидных шеек. Встречаются во время родов чаще у многородящих шейки плотные, с твердыми натянутыми краями. Такие шейки носят следы бывших воспалений, ткань их представляется инфильтрированной и, нужно заметить, не прочной: такие шейки, сначала представляя препятствие, склонны к разрывам, опытные акушеры это знают и обращаются с ними осторожно.

Шейка может долго не раскрываться тогда, когда наружный зев расположен слишком взади, находится где-нибудь у мыса; передняя стенка шейки в этих случаях бывает сильно растянута пузырем или прилежащей частью в виде выпячивающегося в вагину мешка.

Ряд немалых авторов усматривают причину задержки раскрытия шейки в том, что водные оболочки еще во время беременности сра-

стаются со стенками шейки. Но этот взгляд основан на незнании того факта, что внутренний зев раскрывается только во время родов и что оболочки со стенками шейки во время беременности не соприкасаются и соприкасаться не могут.

Иногда оказывает препятствие к продвижению головки передняя губа шейки, это происходит при следующих обстоятельствах: передняя губа наружного зева, открытого на 3—3½—4 пальца, зажимается между головкой и лонными костями, отекает, как чепчиком одевает головку и не пропускает ее к выходу таза. Стоит в самом начале схватки такую переднюю губу маточного отверстия заправить двумя пальцами за головку, как головка начинает опускаться, направляться к выходу и роды весьма ускоряются.

Иногда препятствием к окончанию родов служит гипертрофия передней маточной губы. В одном из таких случаев нам понадобилось во время родов ампутировать такую губу.

Рубцовые сужения шейки бывают после некрозов шейки при тяжелых родах, после язвенных пuerиеральных или сифилитических процессов, после сильных прижиганий или химических, или каленым железом, или горячим паром, после небрежных операций на шейке. До полной облитерации шейки дело почти никогда не доходит.

В шейном канале иногда прощупывается мост ткани шириной в 1—2 пальца, толщиной в полпальца и больше, протянутый от задней стенки шейки к передней; это тот вид перегородки матки (*uterus suseptus*), когда перегородка находится только в шейке. Этот мясистый мост прямо мешает и подлежащей части опускаться и шейке раскрываться. Этот мост перерезается ножницами, кровотечения не бывает; после перерезки этого моста роды начинают двигаться вперед беспрепятственно.

*Диагностика.* Когда роды тянутся долго и шейка не открывается, то задачей диагностики является узнать, в чем заключается причина задержки открытия. Прежде чем обвинить в этом какую-нибудь не правильность в самой шейке, нужно исключить аномалии со стороны свойства схваток, со стороны таза, плода отношение осей матки и таза. Если все это исключено и прощупывается кольцевое рубцовое сужение шейки или перегородка шейки или особая омовелая плотность краев шейки или канкрозное ее изменение, то причина ясна. Но дело-то в том, что в повседневной практике бывает сплошь да рядом так, что все исключено, в шейке не отмечается никакой ненормальности, а шейка не раскрывается. Много неприятности причиняет с этой стороны шейка и роженицам и акушерам. Родственники и сама роженица просят помочь, облегчить положение, сделать операцию; или положение самой роженицы и плода заставляют думать о желательности более скорого окончания родов, а сделать ничего нельзя кроме форсированного расширения шейки. Но всякому акушеру известно, с каким риском связана эта операция.

*Прогностика.* Если роды тянутся долго, шейка не раскрывается и пузырь цел, то можно быть спокойным и ждать неопределенно долго (при отсутствии неправильностей в других отношениях).

Если-же шейка не открывается, а воды прошли, то при затянувшихся родах развивается *endometritis sub partu*. Положение — всегда сомнительное, часто бывает серьезное, может перейти в опасное.

*Лечение* определяется диагностикой. При спазматической ригидности шейки, сопровождаемой болезненными схватками — хлороформирование, клизмы с хлоралом, опиум, инъекция морфия. Лучше всего хло-

роформирование. При склеивании краев наружного отверстия хорошо попытаться пальцем, как мы говорили, увеличить наружное отверстие матки. Если наружное отверстие где нибудь высоко кзади, то пальцем можно попытаться оттягивать его книзу. Перегородку перерезают ножницами или по обнажении шейки зеркалами или под руководством пальца; кровотечений не бывает. Если шейка действительно ригидна, края ее отверстия плотны, в ткани ее—признаки воспаления, то хорошо применять горячие спринцования через каждый час. Особенно— в том случае, если схватки слабы.

При рубцовых сужениях наружного зева можно делать инцизии одну или несколько, ножницами или через зеркало скальпелем. Относительно инцизий скажем следующее. Их можно производить и довольно смело тогда, когда рубцы ограничиваются районом наружного зева, не илут в глубь шейного канала. Но если шейный канал еще не совсем сужен и рубцы проникают вглубь канала по направлению к внутреннему зеву, тогда инцизии делать нельзя, будет сильное неупорядоченное кровотечение.

Если шейка не раскрывается и наступает опасность со стороны матери или ребенка, то применяются методы быстрого расширения шейки, столь известные, столь мало усовершенствованные и столь кровавые.

Если воды еще не прошли и инфекции еще нет, то при распространенных рубцовых сужениях приходится прибегать и к Кесарскому сечению.

Если нам удавалось определять маловодие, то это обстоятельство нас великолепно выручало: мы разрывали пузырь, не смотря на малое открытие, после чего открытие матки происходило скоро, иногда очень скоро. Но мы осмеливаемся разрывать пузырь лишь при следующих обстоятельствах: когда головка в полости таза, когда она, опустившись в таз, вовлекла с собой шейку, когда последняя обтягивает головку, как шапка; когда шейка, следовательно, уже сглажена и осталось не открытым только наружное отверстие с истонченными уже краями, и, наконец, когда мы убеждены в том, что диагностика маловодия поставлена верно.

Повторяем, что успех разрыва пузыря при подобных обстоятельствах бывает поразительный, почему это так, наверно сказать не можем. Это только эмпирическое наблюдение.

О раковом изменении шейки, о фибромах, о кистах, представляющих препятствие при родах, мы говорим в отдельной главе.

#### Препятствия со стороны влагалища и промежности.

Влагалище бывает сужено рубцами на ее стенке после бывших ранений, после язвенных процессов, после сильных прижиганий. Сужение бывает или кольцевое или полукольцевое. Подобные сужения представляют всегда большее или меньшее препятствие для родов. Для устранения его приходится рассекать рубец в одном или в нескольких местах. Иногда же рубцовое сужение влагалища вызывает необходимость произвести Кесарское сечение.

Влагалище у первородящих, как бы ни было узко, без рубцового сужения не представляет абсолютного препятствия для родов. Но бывают случаи, очень правда редкие, когда влагалище бывает так узко, стенки его так неполатливы, что представляют действительное препятствие для родов, преодолемое только щипцами, от которых получают обширные продольные разрывы влагалища, нередко довольно глубокие, заходящие в тазовую клетчатку (cavum ischio-rectale).



Вообще с мягкими частями принято не считаться при разборе препятствий к окончанию родов, особенно не принято считаться с тем препятствием, которое оказывает при поступательном действии головки тазовое дно и промежность. Этому вопросу в учебниках, руководствах, в лекциях посвящается 2—3 слова или не говорится совсем. Между тем это не так. Как часто у первородящих после полного открытия, головка останавливается в узкой части полости таза и ни с места, сколько бы ни ждали. Обыкновенно говорят и пишут в таких случаях что развилась слабость схваток, вследствие чего роды остановились. Между тем это не так, схватки все те же, даже, наоборот, изгоняющие силы увеличились на счет потуг, но этой силы оказывается недостаточно, чтобы преодолеть встретившееся препятствие: фасции, мышцы и вообще вся промежность слишком неподатливы.

Мы, а также, думаем, и многие акушеры, замечали и раньше, что промежность представляет нередко очень большое препятствие для родов, но в значительности этого фактора мы убедились на основании больших цифр совершенно случайно.

Мы разбирали случаи, где была произведена операция шипцов по случаю слабости схваток. Таких случаев мы набрали 563. Оказывается, что шипцы были наложены в громадном большинстве случаев в узкой части полости таза, у выхода.

Когда препятствия со стороны таза нет, т. е. таз нормальный, когда со стороны шейки препятствия тоже нет, т. е. когда наступило уже полное открытие шейки, когда и со стороны влагалища тоже нет препятствия, т. е. когда оно достаточно широко, когда роды двигались все время хорошо и головка уже опустилась в полость таза, то бывают случаи, что роды на этой стадии останавливаются, головка не подвигается вперед, период изгнания затягивается, а это отзывается, как известно, не благоприятно на ребенке.

Персоналу сначала не ясно, отчего остановились роды, затем обычно начинают обяснять причину остановки родов в слабости схваток и потуг. Но наши статистические исследования показали, что в подобных случаях в большинстве случаев играют роль не слабость схваток, а другие неправильности, как-то: задний вид затылочного положения, большой ребенок, многоводие, спазматические схватки, и, главное, неподатливость тазового дна и промежности. По истории 563 случаев родов, вошедших в эту статистику, видно, что все упомянутые причины просматривались, а главное, персоналу не приходило в голову оценивать плотность и неподатливость тазового дна и промежности. А ведь мы на странице говорили про исследования Varnier и Farabeuf'a, показавшие, что головка при встрече с тазовым дном наталкивается на такое противодействие своему поступательному движению, на столько подвергается влиянию мышц тазового дна, что принуждена производить внутренний поворот (3 й момент механизма родов), чтобы протиснуться между половинами levatoris ani той и другой стороны. Поэтому неудивительно, что бывает такие крепкие мышцы и фасции тазового дна, что служат препятствием для выхода головки, особенно это должно быть часто у первородящих; статистика и показывает, что описываемое препятствие происходит почти исключительно у первородящих.

Это препятствие устраняется искусственно посредством применения шипцов, иногда шипцам предшествует надрезы промежности, чтобы не было самопроизвольных разрывов. Но изучение причины остановки родов в подобных случаях показывает, что делу может помогать и один разрез промежности по средней линии без шипцов. Само собой разумеется, что разрез должен быть произведен своевременно, т. е.

тотчас после того как будет решено, что причина остановки родов заключается в неподатливости тазового дна и промежности. Шипцы могут быть наложены лишь после известного выжидания, не окончатся ли роды и без них. Или же делу может помочь впрыскивание питуитрина.

Остановка родов может произойти даже и тогда, когда преодолено препятствие со стороны тазового дна и промежности; так бывают следующие случаи: головка вышла из выхода таза выпятила промежность в виде шара, половая расщелина более или менее открыта и видна часть головки, и как раз на этой стадии происходит остановка родов, причем непреодолимым для изгоняющих сил роженицы препятствием является плотное натянутое кольцо, окаймляющее отверстие половой расщелины; это кольцо беловатого цвета с очень натянутой кожей, на ощупь совершенно плотное, тверже ремня, эта плотная и белесоватая лента вокруг отверстия половой расщелины имеет толщину не более одного сантиметра; эта кольцевая оплотнелость и есть оплотнелое вульварное кольцо, это—последнее из анатомических образований, могущих оказать препятствие для родов. К одному из таких случаев мы были призваны на роды; пришлось ехать довольно далеко; имелось в виду, по словам мужа, говорившего по поручению акушерки, наложить шипцы; когда мы увидели вульварное кольцо в только что описанном виде, абсолютно остановившее всякое дальнейшее продвижение головки, мы сделали на кольце ножницами несколько насечек небольших, величиной каждую на 1 сантиметр; не успели мы отойти к ручкомойнику, чтобы вымыть ножницы, как головка уже вышла и роды окончились.

## Неправильность механизма родов.

### Неправильность механизма родов при предлежании головки.

Первый момент механизма родов при затылочном положении состоит как известно в том, что головка вступает во вход таза в сильно согнутом состоянии. Неправильность этого момента может выразиться прежде всего в том, что головка вступает во вход в таз не в согнутом а, так сказать, в нейтральном состоянии, т. е. в несогнутом и в неразогнутом состоянии, тогда затылок находится на одном уровне со лбом, а также на одном уровне находятся малый и большой роднички, которые при отсутствии родовой опухоли на головке прекрасно и прощупываются при исследовании.

Такое отклонение от нормы бывает преимущественно при плоских тазах, как об этом говорится в соответствующем месте.

Если указанное неправильное положение головки усилится, т. е. головка будет занимать положение не среднее между сгибанием и разгибанием, а несколько разогнется еще, так что затылок отклонится ближе к спине, а лоб опустится, и будет играть роль впереди идущего полюса головки, тогда получается так называемое предлежание лбсм или короче лобное положение.

Далее, если произойдет полное максимальное разгибание головки, при чем затылок уже прижимается к спинке, то получается лицевое положение, которое считается, как известно, нормальным.

### Лобное положение.

Лобное положение есть важная и опасная неправильность. Оно имеет особое значение в акушерстве потому, что головка вступает в таз своим самым большим размером, большим косым, идущим от подбородка до выдающейся части затылка ( $=13\frac{1}{2}$ ), это значит, что головка—этот овоид—вступает в тазовое кольцо также, как всякое яйцо вступает плашмя в кольцо, диаметр которого меньше длинника этого яйца, ясно, что при таких обстоятельствах ни головка, ни яйцо через свои кольца пройти не могут (см. главу о механизме родов). Роды могут двигаться вперед, т. е. головка может опускаться в полость таза только в том случае, если головка нормальной величины, а таз очень велик, или таз нормальный, а головка очень мала (при двойнях, преждевременных родах).

Причины лобных положений, как думают, те же, что и лицевых, так как дело идет в сущности об одном и том же движении головки, о разгибании ее, различие только в степени. Говорят, лобное положение бывает часто при двойнях, при многоводии, при гидроцефалии.

Частота лобных положений по

Heinricius	на	65697	родов . . . . .	54
Walter	»	86050	» . . . . .	84
Weiss	»	19102	» . . . . .	19
Steinbüchel	»	52464	» . . . . .	52
Palotoi	»	17169	» . . . . .	12
Leopold	»	11340	» . . . . .	4
Наш материал	»	182818	» . . . . .	75

Замечается особая частота лобных положений при сужении таза. По Heinricius'у частота суженных тазов при лобных положениях = 25%, по Gehrke и Walter'у = 42%, по Peters'у = 50%, по Соловьеву 88%. Мы имели возможность определить прямо частоту лобных положений при сужении таза; на 5.866 случаев со суженными тазами насчитывалось 34 лобных предлежания, т. е. одно лобное предлежание на 175 родов с узкими тазами, это составляет частоту в 10—15 раз большую, чем общая их частота (по Leopold 1 : 3.000 и другим авторам 1 : 1500—2000). Наибольшее количество лобных предлежаний при узких тазах было у многородящих—у 28 (из 34). Из этого можно заключить, что если неправильность таза и способствует неправильной установке головки, то этому весьма еще благоприятствует особая растянутость и вялость мягких частей, что бывает у многородящих и особенно часто у многородящих с узкими тазами (на последнее указано на стр. 34).

Также и в других статистиках лобных положений преобладают многородящие (Steinbüchel 53 : 46, Walter 72 : 30, Peters und v. Weiss 31 : 13).

*Течение и исходы.* Вследствие механического препятствия, создаваемого неправильной установкой головки, роды при лобных положениях, затягиваются, останавливаются и происходит все то, что при всяком механическом препятствии, например, при сужении таза.

По свидетельству некоторых авторов роды при лобном положении иногда оканчиваются самопроизвольно—Mangiagali, Peters (вес ребенка 3500), Beumer und Peiper (реб. 4000, пузырно-маточная фистула), Hüter, Stodfeld, v. Helly, Deners, Resfmasky, Reinhardt.

В нашем материале три плода родились в лобном положении: в одном случае ребенок был второй при двойнях весом 2500, в другом случае у ребенка была мозговая грыжа, третий случай окончился наложением щипцов (см. 3-ю задачу) Franquè описывает механизм родов при лобном положении так: лобный шов, как сагиттальный при затылочном, становится в поперечном или косом размере входа таза, затем головка, проходя через вход, на некоторое время делает еще более разгибательное движение; внутренний поворот совершается так, что лобный шов становится в сагиттальном направлении (т. е. как сагиттальный при затылочном), при чем лицо обращено вперед: при прорезывании головка делает сгибание и затылок первый выкатывается через промежность, после него из под лонных костей выходит лицо. В одном из случаев нашего материала так и произошло: вперед шел лоб; подбородок во время прорезывания подошел под лонную дугу и сначала из под промежности вышел затылок. В другом случае, о котором уже упомянуто, произошел такой же механизм при извлечении щипцами головки в лобном положении. Но в одном из подобных случаев произошло не так, как описано, а наоборот: двумя тракциями щипцов лоб был подведен под лонную дугу, затем по промежности выведен затылок.

Но такой механизм, есть большая редкость, он совершается чрезвычайно медленно, настойчиво выжидать его опасно. По счастью, сама природа приходит иногда на помощь: может произойти самопроизвольный переход из лобного в затылочное или лицевое положение; а также удастся и искусственно исправить лобное положение на затылочное или лицевое.

В нашем материале самопроизвольный переход в затылочное положение произошел 2 раза, в лицевое 4 раза.

*Распознавание.* При наружном исследовании всегда прощупывается через брюшные стенки угол между спинкой плода и его отклоненным к спинке затылком. Этот угол не так сильно выражен, как при лицевом положении, поэтому на основании наружного исследования ставить диагностику не приходится; утверждает диагностику внутреннее исследование, причем прощупывается лоб с его швом, как самая низкая, самая опустившаяся часть головки; если вести палец повыше, то прощупывается с одной стороны переносица и глаза, с другой большой родничек. Ни до рта, ни особенно, до подбородка палец не достигает; если же достигнет, то это означает, что мы имеем дело с лицевым положением. В случае неясности при ощупывании, советуем ввести не один, а 2,3,4, 5 пальцев, а другой рукой через брюшные стенки помогать внутреннему ощупыванию.

*Терапия.* При плоском тазе и лобном положении, что бывает, как показала статистика, не очень редко, если головка еще подвижна над входом, то показывается профилактический поворот: это рационально уже по одному тому, что поворот вполне устраняет одну из двух неправильностей—лобное положение. Если головка находится высоко, подвижна, воды целы или только что прошли, то предпочтителен поворот и при нормальном тазе: наверное избавиться от такой крупной неправильности всегда даст больше шансов на успех, уже не говоря о том, какой соблазнительный эффект дает иногда поворот: бесконечное ожидание в перспективе, неопределенные надежды на переход головки в другое положение, неопределенность исхода щипцов, все это сменяется скорым окончанием родов. Если головка находится неподвижно во входе и стремится вступить в полость, то можно рассчитывать на переход лобного положения в другое. Переход может быть, как было сказано, самопроизвольный или искусственно произведенный.

Ручной перевод в затылочное положение без щипцов производится так, что стараются лоб оттиснуть кверху. Думается, что в щипцах это делать лучше, так как головка хорошо фиксирована. Перевод в лицевое положение Solowief и Kose советуют делать так: ввести палец в рот, зацепиться пальцем в твердое небо или в верхнюю челюсть и притискивать лицо книзу. Но раз дело идет о введении пальца в рот, то лобное положение было в описанных случаях ближе к лицевому, чем к затылочному.

В нашем материале искусственное ручное переведение без помощи щипцов было произведено 2 раза в затылочное и 1 раз в лицевое, при накладывании щипцов 10 раз в затылочное и 4 раза в лицевое. Нам лично удавалось наблюдать 4 раза переход в щипцах лобного положения в затылочное, мы говорим «наблюдать», хотя мы старались произвести этот переход ручными приемами: переход происходил так легко, что получалось впечатление, что сама головка имела наклонность перейти в затылочное положение.

В клинике Baudelocque делали при лобном положении симфизиотомию с 0% смертности матерей и 28,5% смертности детей.

### Задачи на лобное предлежание.

1. (№ 1046 1888 г.) 35 лет, 6-я беременность таз 30,25 27,20. Роды срочные, продолжаются 5 часов. Открытие на 3½ пальца, воды только что прошли. При внутреннем исследовании найдено, предлежит головка лбом, большой родничек вперед и вправо (спинка вправо и кзади); головка внедрилась в полость таза. Попытки исправить положение головки по Schatz'у не удалась. Схватки сильные, правильны. Сердцебиение плода слышно хорошо. Что делать?

2. № (1357 1902 г. (34 г. 6-я беременность. Таз 33,28,30,20. Роды срочные, продолжаются 10 часов. Предлежит головка лбом, находится в широкой части полости таза. Воды прошли, открытие полное уже 7 часов. Схватки ослабли, потуг нет. Сердцебиение плода слышно, но стало ослабевать. что делать?

3. (№ 217 1910 г.) 26 лет. 3-я беременность. Таз 31,25,27,21. Роды срочные, продолжаются 17 часов. Лобное положение головки, находящейся в узкой части полости таза. Воды прошли 3 часа тому назад. Полное открытие уже 4 часа. Схватки стали болезненны, слабы. Сердцебиение плода слышно хорошо. Что делать?

4. (№ 3964 1902 г.) 33 г. 9-я беременность. Таз 30,24,26,19. Роды срочные, продолжаются 16 часов. Предлежит головка лбом, находится над входом. Воды прошли 4 часа 45 минут т. назад. Открытие полное. Сердцебиение плода слышно. Что делать?

5. (№ 5439 1901 г.) 30 лет, 8-я беременность. Таз 28,24,26,20. Роды срочные, продолжаются 25 часов; воды излились 24 часа т. назад. Предлежит головка лбом, находится неподвижно во входе таза. Открытие на 3 пальца. Температура повышена—39, явления Endometritis S-p. Сердцебиение плода слышно. Что делать?

6. (№ 820 1887 г.) 32 г. 7-я беременность. Таз 30,26,28,18. Роды срочные продолжаются 8 часов 30 минут. Воды только что прошли. Было раньше лицевое положение, но по мере того, как головка опускалась в таз, лицевое положение переходило в лобное. Схватки сильные, открытие полное. Сердцебиение плода слышно. Что делать?

### Ответы.

1. Роды продолжаются всего 5 часов и с хорошим успехом, так как матка уже хорошо открылась, головка опустилась в таз. Здесь нет показаний чтонибудь сейчас делать, а ждать событий: ведь схватки сильные, правильны, оне могут сами чтонибудь сделать. И действительно, в данном случае под влиянием сильных схваток лобное положение перешло само собой в лицевое с подбородком вперед и роды окончились силами природы через 2½ часа живым ребенком 3900 весом с отечной опухолью на лбу.

И так, искусство акушеров в данном случае потерпело фиаско, помогла natura medicans. Пользоваться помощью природы есть одна из высших задач акушерской науки.

2. Наложить щипцы. Так и было сделано. В щипцах при тракциях произошел переход из лобного в лицевое положение. Получился живой ребенок весом 5100.

3. Наложить щипцы. Так и было сделано. В этом случае перехода в лицевое положение не произошло, а головка была извлечена в лобном положении таким образом, что лоб был подведен под лонную дугу затем по промежности выведен затылок. Получился живой ребенок весом 3800.

4. Головка находится еще над входом, можно попытаться сделать поворот, несмотря на то, что воды уже прошли, нужно лишь воспользоваться в полной мере хлороформным наркозом. В данном случае был произведен поворот; при низведении ножки выпала пуповина, получился мертвый ребенок весом 3450.

5. Если наложение щипцов на головку, находящуюся во входе, считается вообще слишком форсированной операцией, то это тем более относится к случаям с лобных положением. Произвести симфизиотомию или пуботомию в подобном случае вряд ли кто отважится, так как роженица уже сильно инфицирована. Найти верный путь пройти между Сциллой и Харибдой здесь невозможно; затрагиваются то вопрос о жизни ребенка, то о жизни матери. Можно еще попробовать счастья щипцами. В данном случае были наложены щипцы, но без успеха, дело кончилось перфорацией. Получился разрыв шейки, проникающий в клетчатку правого параметрия, получился parametritis, больная все же выздоровела.

6. В данном случае схватки сильны, а головка уже в полости таза меняет свое положение. Раз есть возможность головке менять свое положение и схватки сильны, то можно ожидать, что головка вообще так или иначе будет двигаться, поэтому нужно подождать и посмотреть, как дело пойдет дальше, тем более, что нет никакой необходимости торопиться с окончанием родов. В данном случае головка при дальнейшем своем продвижении еще раз изменила свое положение, перешла из лобного в задний вид затылочного положения, в каком и прорезалась. Родился без помощи искусства живой ребенок весом 4100.

#### **Неправильность второго момента механизма родов при затылочном положении.**

Неправильность второго момента механизма родов, который состоит в опущении головки в полость таза, состоит собственно говоря в том, что головка не опускается. Мы уже говорили о том, что головка может опускаться в таз синклитически, т. е. так, что стреловидный шов находится посередине между мысом и лонным сочленением, или же асинклитически; при *asynklitismus anterior* стреловидный шов стоит ближе к мысу, передняя теменная кость опускается первая в полость таза, при *asynklitismus posterior* отношения обратные.

По мнению акушеров немецкой школы самая важная неправильность этого момента механизма родов заключается в *asynklitismus posterior*, т. е. в задне-темянном вставлении, когда стреловидный шов находится ближе к лонному сочленению, чем к мысу, или в так называемом Litzmann'овском вставлении.

По мнению акушеров французской школы, указанное положение нормально, о чем и было нами изложено подробно в главе о нормальном механизме родов.

По нашему центр тяжести патологии 2-го момента лежит не в том, куда произойдет боковое наклонение головки вперед или назад, а в том, какое отношение имеет ось матки, ось плода к ось входа в таз, к осям тазовой полости. Об этом мы говорили в главе о нормальном механизме родов с возможной подробностью. Здесь же только скажем, что патология отношения осей, также как и физиология этого отношения требует большей научной разработки, чем это делалось до сих пор.

Во всяком случае, если таз нормальный, ребенок нормальной величины, схватки правильные, хорошие, а согнутая головка не опу-

скается, то нужно искать причину остановки родов в неправильности отношения осей, нужно обратить внимание на положение матки, на положение ребенка по отношению ко входу в таз, нужно обратить внимание на наклонение таза.

Если матка отклонена сильно в сторону, то правильного отношения быть не может, нужно положить роженицу на противоположный бок; если матка в состоянии антефлексии, то для исправления отношения осей нужно наложить бандаж, бинт на живот, мы при этом хорошо помогали и тем, что во время каждой схватки несколько отдавливали матку кзади.

Когда женщина во время родов лежит на спине, то матка в громадном большинстве случаев находится в ретроверзии, на что обыкновенно не обращается внимания. Если это обстоятельство своевременно учесть и, для того чтобы матка вышла из состояния ретроверзии, привести роженицу из положения на спине (когда, например, головка вступает в таз) в положение сидячее (с опущенными ногами) или в положение на коленях с наклонением туловища вперед или в положение на корточках подобное тому, которое принимают при испражнении, то можно получить великолепный эффект, т. е. роды начнут быстро двигаться вперед.

Иногда приходится переменить несколько раз положение роженицы, чтобы достигнуть соответствия осей. Когда женщина примет какое нибудь из означенных положений, то при наружном осмотре и ощупывании часто можно видеть, как относится ось плода ко входу в таз, т. е. удобно ли будет проходить плоду в таз.

При сильном наклонении таза достаточно обратить лишь на это внимание, как дело принимает благоприятный оборот.

При сильном наклонении таза между осью матки и перпендикуляром плоскости входа слишком большой угол, нужно уменьшить или уничтожить наклонение таза, чтобы ось матки и перпендикуляр входа совпадали; для этого необходимо поднять ноги; иногда все время родов приходится держать ноги кверху. Наклонение таза можно считать исправленным, если поясничная впадина сгладилась и подвести руку под поясницу лежащей роженицы нельзя. Чтобы достигнуть этого полнее, приходится сверт поднять ног или без поднятия ног подложить под плечи лишнюю подушку. Много рожениц мы избавили от тяжелых операций только тем, что изменяли соответствующим образом положение матки или положение самой роженицы.

### **Неправильность третьего момента механизма родов.**

Переход затылочного положения в прямой задний вид.

Внутренний поворот головки может произойти не так, как это бывает в норме, а наоборот т. е. затылок обращается кзади, чтобы поместиться в крестцовой ямке. Это положение неблагоприятно, так как создает препятствие со стороны мягких родовых путей для дальнейшего поступательного движения головки; роды очень замедляются, особенно у первородящих, у которых мягкие части создают более сильное препятствие, чем у многорожавших. Мы говорили в главе о нормальном механизме родов, что внутренний поворот совершается тогда, когда головка достигла тазового дна, когда она начинает находиться под влиянием мягких частей.

Как только головка начинает вступать в так называемый канал мягких частей и выходить из костного таза, так она начинает делать в норме разгибательное движение, чтобы следовать направлению ка-



нала мягких частей вверх, так как поступательное движение головки здесь может совершиться на счет только разгибательного движения, при котором лицевая часть головки делает со стороны промежности дугообразное движение, а затылок остается неподвижным у лонного сочленения; при задне-затылочном положении дугообразное движение со стороны промежности должен делать уже затылок, для этого головка должна сделать не разгибательное, а сгибательное движение, а она уже и так сильно согнута; при движении вперед она может не столько согнуться еще сильнее, сколько разрывать мягкие части, составляющие препятствие ее движению, что она и делает особенно регулярно при наложении щипцов.

Без щипцов у первородящих почти никогда и не обходится. У многорожавших роды оканчиваются нередко самопроизвольно в силу того, что мягкие части податливы и головка делает все возможное, чтобы согнуться еще больше, чем она была согнута. Делу помогает и то, что затылок, долженствующий выкатиться через промежность, занимает гораздо меньшую поверхность, чем лицевая часть головы.

Распознавание устанавливается при внутреннем исследовании: стреловидный шов идет прямо в сагиттальном направлении, а малый родничок не у лона, а наоборот сзади, у верхушки крестца. Очень часто затрудняет диагностику родовая опухоль головки. Помогает распознаванию то обстоятельство, что при задних видах сердцебиение плода слышно глухо все время родов. Все таки распознавание бывает иногда настолько затруднено, что приходится испытывать позднее распознавание задне-затылочного положения, т. е. когда головка щипцами уже наполовину вынута.

**Терапия.** Роды обычно замедляются; если распознавание сделано, то у первородящих, по нашему мнению, другого выбора нет, как приступить к операции щипцов. Так как разрыв промежности не избежен, то во время операции не лишнее сделать боковые разрезы вульвы сант. на  $2-2\frac{1}{2}$ . При прорезывании головки нужно постараться сдвинуть промежность с затылка, что делается гораздо легче, чем при нормальном механизме, так как затылок гораздо менее обемист, чем лицо; этой выгодой нужно пользоваться.

Неправильность третьего момента механизма родов может состоять еще в том, что головка делает неполный поворот, поэтому затылок не доходит до лонного сочленения, а останавливается у какой нибудь точки лонной дуги. Эта неправильность происходит крайне редко; при ней головка так и прорезывается в косом размере.

*Уклонения от нормы в четвертом моменте* механизма родов происходят в зависимости от неправильности механизма в третьем моменте, т. е. если затылок поворачивается не кпереди, а кзади, то и прорезывание головки совершается ненормально, о чем мы только что говорили при описании неправильности 3-го момента механизма родов.

#### **Неправильность 5-го момента механизма родов.**

После выхождения головка туловище не делает внутреннего поворота, а головка не делает наружного поворота. Плечики могут прорезаться в поперечном или косом размере, т. е. в таком размере, в каком были в полости таза. Это может произойти, разумеется, при хороших схватках и потугах. Если же сила схваток и потуг недостаточна, то выхождение плечиков задерживается, ребенок синее и впадает в состояние асфиксии. Посobie при этом должно состоять в том, чтобы повернуть искусственно плечики в прямой размер, для чего вво-

дят по 1 или по 2 пальца той и другой руки и, упираясь в то и другое плечико с разных сторон, приводят одно плечико под лоно, а другое—в крестцовую впадину, после чего плечики выходят сами или выводятся без особых затруднений.

#### **Неправильный механизм родов при лицевых положениях.**

*Неправильность первого момента* состоит в том, что головка, долженствующая сделать во входе таза при лицевом положении полное разгибание, не делает такового, а останавливается при разгибательном движении как бы на половине, получается лобное положение, подобно тому, как, если при предлежании теменем делается не сгибательное движение, а разгибательное, получается то же лобное положение, о котором мы говорили в особой главе.

*Неправильность второго момента при лицевом положении* состоит в том, что головка не опускается в полость таза, что может зависеть или от сужения входа в таз или от неправильного отношения осей матки, плода и входа в таз, о каковом мы говорили, описывая неправильность второго момента при затылочном положении.

*Неправильность третьего момента* состоит в том, что подбородок, долженствующий в норме подойти под лонное сочленение, не подходит под него, а при движении своем кпереди останавливается где-нибудь под лонной дугой, т. е. головка делает неполный поворот или даже совсем не делает внутреннего поворота, а так и прорезывается в поперечном или косом размере выхода таза.

Таких случаев, когда подбородок поворачивается кзади в крестцовую впадину, мы не знаем. Такие случаи по справедливости считаются невозможными, о чем мы говорили.

#### **Неправильность механизма родов при тазовом предлежании.**

Во время прорезывания тела плода, предлежащего тазовым концом, могут произойти неправильности, главным образом, в двух отношениях: первое, ягодицы могут выходить так, что крестец обращен не кпереди или в сторону, как это бывает в норме, а кзади, к крестцу матери и туловище тогда выходит животом, обращенным кпереди, т. е. к лонному сочленению матери; второе, головка вступает во вход таза не в согнутом, а в разогнутом состоянии; конечно, могут выступить и обе неправильности сразу вместе. Первая неправильность ведет к следующим опасным для ребенка последствиям: 1) Пупочное кольцо и идущая от него пуповина прижимаются к лонным костям, что прекращает плацентарное кровообращение; 2) ручки задевают за края лонных костей, отходят от груди, помещаются по бокам головки и препятствуют выходу последней, 3) головка вступает во вход таза в передне-заднем его размере, своими передне-задними размерами, которые, как известно, все больше поперечных размеров головки, поэтому то в норме головка и вступает своим профилем в поперечном размере входа в таз, здесь также, пока последующая головка не повернется или сама, или при помощи искусственных пособий своим подбородком в сторону, до тех пор она не вступает в полость таза. В этом то и состоит пособие при означенной неправильности: вводится рука, захватывается доступная часть головки, головка поворачивается подбородком в сторону, при этом насколько возможно стараются согнуть головку. Вмешиваться раньше и исправлять положение туловища, когда оно еще идет животом кпереди, нет смысла,

потому что все наши старания остаются обычно тщетны: туловище лишь скручивается под влиянием наших стараний, а положение его не исправляется.

Нужно заметить, что по счастью туловище чаще всего само поворачивается животом сначала в сторону, потом кзади и неправильность исправляется сама собой. О низведении запрокинутых ручек мы говорим в главе об извлечении при ягодичном предлежании.

Вторая неправильность, т. е. вступление головки во вход таза в разогнутом состоянии ведет к тому же, как таковая-же неправильность при головном предлежании: разогнутая головка вступает своими наибольшими размерами во вход таза, что создает препятствие, если головка вступает большим косым размером, абсолютное преодолимое только тогда, когда положение головки исправляется. Если головка не очень разогнута, то она вступает кое-как в полость таза и кое-как с задержкой, стоящей ребенку иногда жизни, проходит.

Пособие в данном случае состоит в искусственном сгибании головки введенною во влагалище рукою и во всех тех манипуляциях, которые описаны в главе об извлечении ребенка при предлежании тазовым концом.

Но самое неприятное в неправильности механизма при тазовых предлежаниях состоит в комбинации описанных двух неправильностей, т. е. когда туловище идет животом кпереди и когда головка разогнута, в этих случаях подбородок, обращенный кпереди, задевает за край лонных костей и как-бы защелкивается наглухо, пройти в полость таза в этом случае головка не может до тех пор, пока подбородок не будет сдвинут с лонной кости и повернут в сторону.

## Разрывы мягких родовых путей во время родов.

### Разрывы промежности, вульвы и влагалища.

Влагалище на месте своего входа, как известно, сужено; это — одно из наиболее суженных мест мягких родовых путей после шейки матки; здесь под напором крупной части прорезывающего плода, т. е. его головки или плечиков или даже иногда ягодич происходит надрывы или разрывы разной величины; надрывам и разрывам часто подвергаются и другие наружные половые части, как-то: малые и большие губы, клитор, *corpora cavernosa clytoridis*, промежность; так что получаются часто разрывы и влагалищного входа, и вульвы, так сказать, вульвовагинальные разрывы, или входа влагалища и промежности, так сказать, промежностно-влагалищные или вагиноперинеальные разрывы.

Разрывы промежности принято делить на 3 степени. Разрыв первой степени — такой, который, начинаясь с задней спайки, не доходит до середины промежности. Второй степени, — когда он идет до середины промежности и пожалуй немного дальше. Третьей степени, — когда он идет до *sphincter ani*, затрагивает и его. Рис. 21. Наконец может быть разорван весь *sphincter ani*, а также и часть прямой кишки, такой разрыв называется полным.

Большое различие между разрывами промежности наблюдается по глубине разрывов, что, по нашему мнению, имеет большее значение, чем различие неполных разрывов только по длине их. Бывают разрывы промежности очень поверхностные, затронувшие только кожу; как бы длинен такой разрыв ни был, он не угрожает в дальнейшем зиянием половой расщелины, функциональными расстрой-

ствами и гинекологическими страданиями: он может зажить при благоприятных условиях сам, зашивание же его очень легко и дает наилучшие результаты.

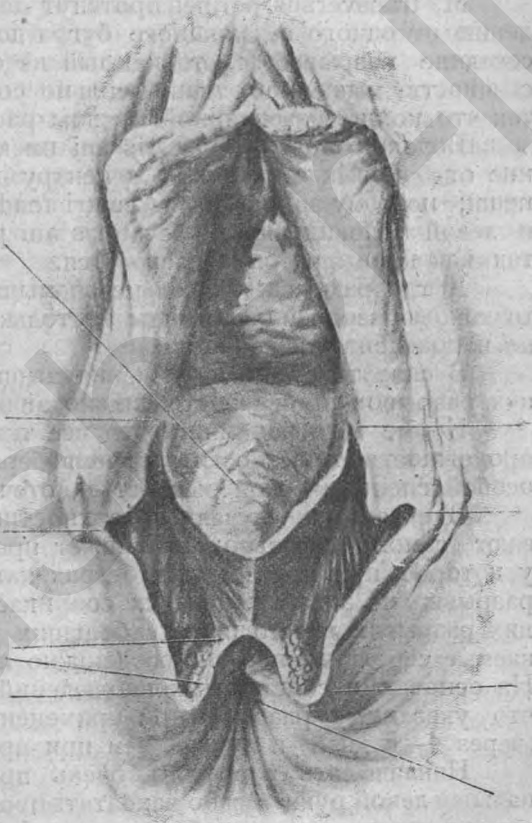


Рис. 21. Разрыв промежности третьей степени, распространившийся в правую и левую сторону.

Разрывы же вагиноперинеальные могут идти очень глубоко, разорванными могут оказаться не только *musculus transversus perinei*, но и *centrum tendineum*, соединяющий обе половины *m. levatoris ani*, т. е. бывает нарушена целостность тазового дна, этого поддерживателя органов малого таза.

Иногда вагиноперинеальные разрывы распространяются вглубь и кверху не только по средней линии, но и в правую или левую стороны или в обе стороны сразу, (Рис. 21), при этом получается боковой разрыв влагалища по линии соединения передней и задней стенки влагалища; это продолжение разрыва идет иногда довольно далеко вверх (после трудных щипцов у первородящих).

Бывают иногда, как курьезная редкость, разрывы промежности только по середине ее, при чем спайка остается целой, это так называемые центральные разрывы промежности. Это происходит тогда, когда оказывается менее растяжимой центральная часть промежности, она и разрывается при наивысшем выпячивании промежности головкой. Был случай в Московском Родовспомогательном заведении, когда через этот центральный разрыв родился ребенок.

*M. transversus perinei* протянут поперек промежности по направлению от одного седалищного бугра до другого; когда эта мышца по середине разрывается, то каждый из отрывков в силу большой эластичности мышечной ткани сильно сокращаются, уходят в стороны, так что концы разорванной мышцы расходятся на большое расстояние.

Волокна *musculi levatoris ani* имеют преимущественное направление от боковых стенок таза к центру дна таза, т. е. к *centrum tendineum*; поэтому при разрыве *centri tendinei* в силу сокращения правой и левой половин *musculi levatoris ani* разрыв этого места также зияет, так как концы разрыва расходятся.

Когда разрывается кольцевая мышца сфинктера заднего прохода, то концы разорванной мышцы не только расходятся, но отходят вниз по направлению к копчику.

В силу такого расположения мышц края более или менее глубоких разрывов промежности сильно зияют.

Кроме того напомним, что все ткани половых органов вообще и промежности в частности во время беременности и родов отличаются особой специфической рыхлостью, отечностью.

В некоторых случаях поверхностные разрывы промежности заживают самопроизвольно; это может происходить у полных родильниц, у которых при приведенных бедрах натяжения ткани промежности нет, разрывы не зияют и края их соприкасаются друг с другом. При таких разрывах вместо швов с большим успехом применяются так называемые серрфины или кнопки (можно применять даже кнопки *Michel'*я). На основании собственных наблюдений мы можем засвидетельствовать, что указанные разрывы при применении серрфин заживают быстрее (через 4—5 дней) и лучше, чем при применении швов.

Накладывать серрфины очень просто: указательным и большим пальцем левой руки нужно захватить промежность на некотором расстоянии от краев разрыва, сблизить края разрыва и сжиманием несколько приподнять их, правой рукой наложить серрфину так, чтобы ее зубцы захватили тот и другой край разрыва и не давали им расходиться.

*Зашивание разрыва* лучше всего производить тотчас после выхода последа.

Зашивание до выхода последа связано с риском в том, что, в случае ручного отделения детского места или оболочек, только что наложенные швы под влиянием действий руки или зеркал сместятся, про-

режутся и весь эффект зашивания может пропасть. Можно производить зашивание и через несколько часов после родов. Винт говорит, что можно производить накладывание швов и через 24 часа после родов с полным успехом. Операция производится на поперечной кровати или на операционном столе. Ноги должны быть сильно приподняты, бедра—пригнуты к животу; при таком положении (как для камнесечения) промежность обращена к глазам оператора, а не вниз, что дает много удобств. Должен быть запас кусков стерилизованной сухой марли или ваты, так как рану постоянно заливают кровянистое отделение, идущее от матки, или же сам разрыв кровоточит. Материалом для швов служит шелк или силькворм. Если приходится накладывать двухэтажный шов, причем первый этаж—шов погружной, то для погружного шва применяется кэтгут или тонкий шелк.

Должны быть приготовлены следующие инструменты: круглые иглы средней величины и побольше, смотря по величине разрыва, иглодержатель, хирургический пинцет, ножницы.

Если разрыв довольно глубок, но повреждения тазового дна не заметно, то лучше накладывать один этаж швов; погружных швов все же лучше избежать, так как они могут дать глубокое нагноение.

При неглубоких и не распространяющихся вверх разрывах проводятся швы в поперечном направлении и так, чтобы нити прошли под дном разрыва, при этом нужно наблюдать, нет ли боковых углублений в разрыве, чтобы и их захватить в шов. Один шов должен быть наложен так, чтобы вкол и выкол прошел как раз на месте бывшей спайки, при этом берется игла побольше, так как отсюда до дна разрыва расстояние самое большое. Раз нужно выполнить требование, состоящее в том, чтобы шов прошел под дном разрыва, то конечно, нужно сначала наложить все швы, потом их завязывать. При проведении иглы под дном разрыва можно попасть в прямую кишку, это, конечно, недопустимо. Вкол и выкол производится на расстоянии  $\frac{1}{2}$  сантиметра и больше от края разрыва. Перед завязыванием швов нужно сблизить края разрыва друг с другом, при этом следует избегать, чтобы края кожи подвергивались, для чего следует, чтобы помощник их подправлял при помощи хирургического пинцета. Не следует при завязывании натягивать швы, так как ткани отечные легко прорезаются; не нужно также и слабо завязывать швы, так как через 3—4 дня отечность тканей начинает пропадать, они становятся тоньше и швы могут ослабнуть до того, что будут болтаться; нужно сблизить края раны и завязать их не слабо и не так сильно, чтобы ткани краев разрыва были смяты нитью.

Завязывание швов есть самое трудное при операции, так как требует опытности и навыка. От применения известной степени силы при стягивании швов на данных тканях зависит половина успеха. Главное условие успеха (т. е. заживление швов) состоит в асептике; самый опасный враг швов есть их нагноение, так как при нагноении заживления не происходит.

Если разрыв распространяется на стенку влагалища, то зашивание нужно начинать с влагалищной стенки (рис. 21), остановиться с влагалищными швами нужно немного выше места бывшей спайки. Это место всегда легко найти; затем продолжают накладывать швы со стороны промежности. Если разрыв влагалища простирается далеко вверх, что бывает чаще всего с боковыми разрывами влагалища, то лучше накладывать швы из кэтгута, чтобы не снимать их потом, так как снятие швов в верхних частях влагалища связано с употреблением зеркала, а это ведет к повреждению места швов на промежности.

Прежде чем накладывать швы со стороны кожи промежности, следует завязать влагалищные швы, после чего форма разрыва упрощается (рис. 22), получается как бы поверхностный разрыв только одной промежности.

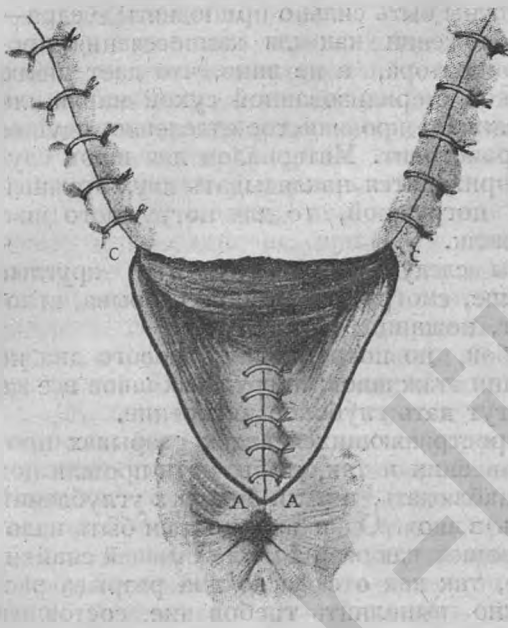


Рис. 22. Швы при полном разрыве, распространяющемся на стенки влагалища. Швы наложены на продолжения разрывов во влагалище. На самой промежности наложены лишь глубокие погружные швы; поверхностные швы промежности еще не наложены.

Если разрыв очень глубок, разорваны глубокие мышцы промежности — *centrum tendineum*, то один ряд швов стягивает сразу много разнообразных тканей; когда разрыв срастается, то разные ткани, разные пласты срастаются как-нибудь, получается покатая промежность и нельзя сказать, чтобы при этом получалось полное ее восстановление. В таких случаях следует наложить глубокий ряд погружных швов; при этом всегда отлично видно, что нужно сшивать в глубине, видны края мышц, видны гладкие края аноневроза (*centri tendinei*), их-то и нужно сшивать хотя бы даже непрерывным швом. После ряда глубоких швов получается форма поверхностного разрыва, который зашивается обычным порядком, как описано. Рис. 22.

При разрывах третьей степени нужно обращать особое внимание на зашивание раны *sphincteri ani*. Часто

сфинктер разрывается не по средней линии, с одной стороны часть его торчит в виде языка, а на другой стороне — углубление, где язык оторвался; конец языка следует вставить в углубление и там фиксировать его швом. Для восстановления сфинктера требуется тонкий шелк, так как эта мышца сама тонка.

Если разрыв полный, т. е. разорвана и часть прямой кишки, то нужно прежде всего соединить края разрыва кишки. Накладывать швы нужно не со стороны полости кишки, а со стороны разрыва, при чем швы будут, конечно, погруженные и материалом для них должен быть кэтгут или тонкий шелк.

*Muscularis* кишки отлично различается, он выделяется своею правильностью, компактностью и слегка желтоватым оттенком. Узловыми швами сближаются края *muscularis* с подслизистым слоем, сама же слизистая оболочка кишки в шов не захватывается, чтобы со стороны кишки не зашла инфекция в швы. После сближения краев прямой кишки получается разрыв как бы 3-й степени, который и закрывается вышеописанным способом.

Кроме того приходится иногда сближать края надрывов на верхней части вульвы, посредством 1, 2, 3 швов. Особенно это важно, если разрывы — на клиторе или на *corroga cavernosa*, ибо они сильно кровоточат.

При распространении разрыва вверх по боковой стенке влага-

лища в продольном направлении нужно очень подробно и внимательно рассмотреть разрыв, так как верхняя часть разрыва может остаться не замеченной за свешивающейся передней стенкой влагалища, такие разрывы открывают паравагинальную клетчатку. При зашивании таких разрывов нужно раздвинуть переднюю и заднюю стенки влагалища, поддерживать переднюю стенку шпателью или рукой помощника, притянуть пинцетом или кувальцангом края разрыва и поаккуратнее наложить шов; если верхний шов накладывается очень высоко, то приходится контролировать наложение верхнего шва не только глазом, но и осязанием указательного пальца левой руки.

Когда нить одного шва проведена, то ею можно воспользоваться для притягивания краев разрыва, чтобы посмотреть, не идет ли разрыв еще выше и не нужно ли наложить шов выше наложенного, при потягивании за нитки наложенного первого шва удобнее сближать края и накладывать дальнейшие швы.

После зашивания промежности нужно сказать родильнице, чтобы она двигала ногами осторожно и не раздвигала бы их в сторону; для вяжущаго внушения связывают ноги у колен полотенцем. Уход за раной—обыкновенное содержание раны в чистоте, частое промывание водой или перекисью водорода; присыпок мы не употребляем никаких и об этом не жалеем. Если затронут был сфинктер или прямая кишка, то нужно держать родильницу 5 дней на жидкой пище и давать опий. На 6-ой 7-ой день дается касторовое масло и ставится осторожно клистир. Швы снимаются на 7-ой день. Если больная никак не может помочиться, то употребляют катетер, но все же нужно стараться, чтобы больная мочилась сама, ибо можно накатетеризовать цистит.

Помимо описанных разрывов повреждения влагалища и вульвы могут состоять в том, что ткани их являются ушибленными, размятыми, тогда тотчас после родов слизистая вульвы и вагины представляются покрытою синяками или сплошь темно-синего цвета, припухшею, как бы имбибированною кровью.

Бывают случаи, когда слизистые вагины и вульвы, также кожа вульвы остаются неповрежденными, а разрывы происходят в подлежащей ткани, т. е. под слизистой и под кожей, если эти разрывы связаны с повреждением какой нибудь веточки артерии или вены, то происходит кровоизлияние, образуется опухоль гематома, выпячивающаяся в виде опухоли во влагалище или на вульве величиною от ореха до кулака. Нам однажды пришлось видеть во время извлечения головки щипцами, что на большой губе вдруг начала образовываться опухоль, которая в несколько секунд выросла больше кулака величиною, затем она прорвалась и из нее хлынула кровь.

С маленькими гематомами можно ничего не делать, так как оне могут рассасываться, большие же нужно вскрывать, очищать от сгустков крови, останавливать в них кровотечение одним или несколькими швами и тампонировать стерилизованной марлей. В случае нагноения в гематоме тампонацию ее делать лучше иодоформенной марлей.

Наконец повреждение стенки влагалища может состоять в том, что подвергается узуре, омертвению, ограниченная часть стенки, под влиянием прижатия ее между подлежащею частью плода и стенкой таза; это происходит обыкновенно на передней стенке влагалища, когда головка прижимает ткани к лонным костям, при этом прижатию и омертвению подвергается и стенка мочевого пузыря; получается через несколько дней после родов провал омертвевших частей ткани влагалища и мочевого пузыря и образование влагалищно-пузырного свища (*fistula vesico-vaginalis*).



Образование фистул происходит тогда, когда большая предлежащая часть вколотилась в полость таза, а роды останавливаются, не прогрессируют; например произошло полное открытие матки, воды давно прошли, твердая большая головка вколотилась в полость таза, не двигается больше ни на иоту часов 12, сутки и больше. Вообще если при вколотившейся головке роды останавливаются и ни в чем движения вперед нет, например, как было открытие шейки на 3 пальца, так и остается часов 12, сутки и больше, и как была головка в широкой части полости таза, так и не двигается ни на иоту, остается неподвижно вколоченной, то нужно опасаться образования фистулы.

#### Разрывы влагалищной части шейки матки.

Наружное маточное отверстие является вторым наиболее суженным местом мягкого родового канала после входа влагалища; здесь происходят надрывы почти после каждого родов; эти надрывы остаются после родов, изменяют форму наружного отверстия матки и служат признаком того, что женщина рожала. Большие надрывы шейки ведут к образованию выворота — *ectropion*, — о чем говорится в гинекологии. Надрывы влагалищной части шейки обычно не кровоточат и оставляются без внимания. Но если надрыв простирается до свода влагалища, распространяется и на свод, то получается кровотечение

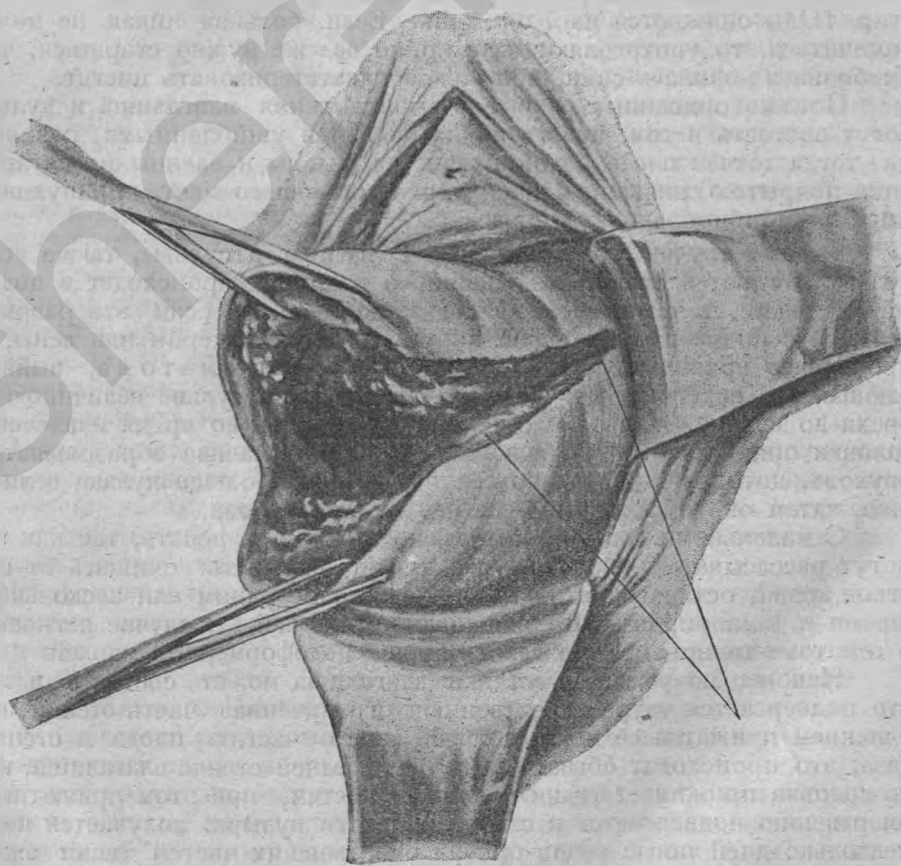


Рис. 23. Левосторонний разрыв шейки, простирающийся до свода.

после родов, которое требует остановки посредством накладывания швов. При этом обнажают шейку зеркалом Симса, захватывают переднюю и заднюю губы кувальцами, низводят шейку, осматривают подробно разрыв и швами сближают края разрыва (рис. 23), при чем при проведении швов стараются захватить побольше ткани, чтобы захватить кровотокающий сосудик.

Шейка матки так же, как и влагалище, может быть подвергнута на ограниченном месте прижатию между подлежащею частью и лонными костями, узуре, омертвлению. Так что на шейке может образоваться мочево́й свищ (*fistula vesico-cervicalis*) при таких же обстоятельствах, как это указано при описании образования влагалищно-пузырных свищей.

Далее шейка может разрываться во время родов до такой степени, что разрыв проникает в околоматочную клетчатку или даже в полость брюшины. Такие разрывы всегда угрожают жизни роженицы, способ происхождения и лечения таких разрывов мы рассмотрим вместе с разрывами матки вообще в отдельной главе, посвященной разрывам матки.

#### Разрывы матки во время родов.

Разрывы матки во время родов представляют из себя осложнение, столь грозное и опасное для матерей и столь губительное для детей, что самым главным и первым в этой главе должен быть вопрос о предохранении рожениц от этой катастрофы.

А чтобы предохранять от осложнения, нужно знать его причину. Поэтому вопросу о профилактике должен предшествовать вопрос об этиологии осложнения. При чем в основе главы должны быть не теории (например теория Bandl'я) а факты. Должно быть фактически обоснованное рассмотрение этиологии разрывов матки!

В этиологическом отношении разрывы матки во время родов необходимо прежде всего разделить на две основные группы: самопроизвольные и насильственные, т. е. разрывы, произведенные при применении силы извне, главным образом, конечно, при манипуляциях акушерского персонала. Если проводить далее этиологическую точку зрения в изучении разрывов матки во время родов, то они естественным образом распадаются на группы, сообразно тем патологическим отклонениям при родах, которые явились причиной разрывов. Группы эти следующие: I—разрывы при *placenta praevia*, II—при поперечных положениях, III—при гидроцефалии, IV—при лобном положении, V—при неправильностях таза, VI—при патологическом изменении стенок матки.

*Частота разрывов* у разных авторов отмечается различно: от отношения 1:4000 до 1:482. В нашем материале \*) на 118581 родов было 124 случая.

У первородящих по статистике авторов разрывы происходят гораздо реже, чем у многородящих, так, по Bandl'ю 4 первородящих на 39 случаев, по Merz'ю—6%, по Koblaak'ю 5 на 80, по H. W. Freund 2 на 17 случаев. В нашем материале 12 (на 124 случая). К сожалению, у авторов разрывы у первородящих не разделены на самопроизвольные и насильственные. В нашем материале обнаружился весьма поучительный в этиологическом отношении факт: ни одного самопроизвольного разрыва у первородящих!

\*) К вопросу об этиологии, профилактике и лечении разрывов матки во время родов. Труды Ак.-гин. О-ва за 1904 г. *Annales de Gynaek. et d'obst* 1904 г.

### I. Разрывы матки--при placenta praevia.

По поводу этой группы случаев Н. W. Freund говорит, что при предлежании детского места происходит тяжелый деструктивный процесс; если плацента прикрепляется к нижнему сегменту матки, которого стенки тонки и подлежат еще большему истончению вследствие прикрепления детского места и вследствие растяжения, то являются условия, очень благоприятствующие разрыву.

Если мы от теоретических рассуждений перейдем к фактам, то оказывается следующее. В нашем материале было 12 случаев разрыва при placenta praevia, из них 11 были насильственного происхождения, 1 случай самопроизвольного разрыва произошел при плоском тазе и лобном положении. Из 8 случаев, описанных в литературе, 5 несомненно насильственного происхождения, 2—очень вероятно насильственные и 1 самопроизвольный. Такое же преобладание насильственных руптур объясняется прежде всего и легче всего тем обстоятельством, что кровотечение при plac. praevia часто вынуждает к вмешательству рано; полного открытия выжидать не приходится.

Относительно места и вида разрывов при placenta praevia мы должны отметить известную правильность. В большинстве наших случаев и во всех 5 насильственных разрывах, описанных в литературе, разрывы были в шейке боковые, большей частью неполные (т. е. брюшина оставалась цела), проникающие в клетчатку широких связок; направление разрывов продольное, т. е. параллельное оси матки или приближающееся к продольному.

И вообще преобладающее большинство насильственных разрывов (в шейке) и не при placenta praevia имеют такое же местоположение и направление. В нашем материале из 49 насильственных разрывов 35 как раз такие.

### II. Разрывы при поперечных положениях.

Относительно происхождения разрывов при поперечных положениях существует ходячее мнение, тождественное с общим объяснением разрывов по Bandl'ю: полый мускул матки, т. е. сокращающаяся часть выталкивает из себя части плода, которые помещаются большей частью в нижнем сегменте, последний при этом оказывается сильно растянутым и истонченным; между сокращающейся и растянутой частями матки существует борозда (кольцо сокращения); при таких условиях матка наконец разрывается.

Но это объяснение разлетается, как дым при первом соприкосновении с фактическим материалом. Из 26 случаев разрыв при поперечном положении нашего материала 18 были, несомненно, насильственные разрывы и 1 случай, несомненно, самопроизвольный, происшедший во время самоизворота плода весом в 3000 гр.

11 из насильственных разрывов были продольные, боковые, проникающие в клетчатку, т. е. характерные для насильственных. Из случаев разрыва при поперечном положении, описанных в литературе, большинство также несомненно насильственные. Разрывы помещались, как правило, в шейке; иногда они продолжались в тело.

В утверждении, что преобладающее большинство разрывов при поперечном положении насильственные, мы не одиноки: Н. W. Freund утверждает то же самое, но он не прав, утверждая, что при поперечных положениях плода разрывается не матка, а подвергается разрыву влагалище.

### III. Разрывы при Hydrocephalia.

При hydrocephalia (и следовательно в зависимости от нее) разрывы матки составляют 5%—6% всех разрывов.

В нашем материале из 124 случаев 5 произошли при hydrocephalia.

При изучении всех случаев, происшедших при hydrocephalia, как наших, так и описанных в литературе, бросается в глаза одна особенность: слишком большая продолжительность родов. Это значит, что гидроцефалия не была своевременно распознана, иначе была бы произведена тотчас же пункция или перфорация и дело окончилось бы весьма скоро и благополучно для матери. В некоторых случаях, описанных в литературе, прямо доказано, что водянка головки не была распознана. В прочих же случаях не трудно об этом догадаться, например, когда накладывают щипцы на водяночную головку. Поэтому, говоря о гидроцефалии, мы и настаивали на том, что своевременное распознавание гидроцефалии есть в сущности верное средство для спасения больных. Конечно, бывают случаи, когда гидроцефалия распознается легко, даже г. студентами, как говорит Pinard; когда головка высоко, открытие небольшое, то это бывает не так легко: нужно суметь заподозрить наличие гидроцефалии и для окончательного распознавания прощупать головку по возможности всей рукой.

Результаты вскрытия показывают, что разрыву предшествует растяжение и истончение стенки шейки. Иногда этому растяжению и истончению подвергается также часть тела матки или влагалища, смотря по тому, находится ли голова во время родов все время высоко или она имеет наклонность опускаться.

Способ происхождения самопроизвольных разрывов при hydrocephalia можно объяснить следующим образом: происходит предварительно истончение стенки нижнего сегмента вследствие растяжения со стороны очень об'емистой головки, это растяжение, по мнению Koblanck'a, происходит еще во время беременности. Во время схваток это растяжение еще увеличивается вследствие повышения давления в гидроцефалической головке. При сильных схватках напрягающаяся мышца матки наконец может оторваться от места своего прикрепления, т. е. от нижней части шейки, где находятся концы вышеописанной нами системы мышц шейки и чаще всего от передней стенки шейки, как наиболее тонкой, наименее прочной.

#### Разрывы при лобных положениях.

В литературе описано 12 случаев разрыва матки при лобных положениях. В нашем материале имеется 6 случаев. Общее количество слишком еще мало, чтобы выводить какие нибудь заключения, а от теоретических рассуждений мы вообще уклоняемся.

#### Разрывы при неправильностях таза.

Для объяснения разрывов при неправильностях таза с 1875 года до сих пор не прибавилось ничего к теории Bandl'я, которая всецело и господствует. Наш материал дает 50 случаев разрыва при неправильностях таза. Помимо того, что это значительное количество вышло из одного учреждения, особенность этого материала заключается в том, что он дал богатое патологоанатомическое собрание, состоящее более чем из 20 препаратов разорванных маток. Этот материал был разобран нами в вышеупомянутой работе.

Наши случаи разбились прежде всего на две группы: разрывы при общесуженных тазах и разрывы при плоских тазах. Каждая из этих групп имеет свои определенные характерные черты, резко отличающие их друг от друга.

#### Разрывы при общесуженных тазах.

Установить канву фактов, уясняющих происхождение разрывов при узких тазах, прежде всего дал возможность один случай разрыва необычайной редкости. Женщина после долгих трудных родов родила сама, несмотря на происшедший разрыв матки; разрыв находился на задней стенке шейки, был проникающий в брюшину, это, собственно говоря, было лишь прободение. Рассматриваемое со стороны брюшины, это прободение представляет совершенно круглое, как бы выбитое, отверстие величиной с небольшую серебряную монету, с приостренными краями; если рассматривать прободение со стороны слизистой оболочки шейки, то заметна кратерообразная потеря вещества. Выше этого отверстия на задней стенке уже тела матки видна значительная потеря вещества в виде глубокой язвы с изрытым дном величиной в пятак, происшедшей, повидимому, от гангреносценции мышечного слоя. В этом случае хотели наложить шипцы. Если бы наложили, то разрыв получился бы большой.

Из этого описания ясно, что головка при своем прохождении через таз чрезвычайно сдавливала мягкие части о мыс, который слишком выпячивался вперед. Сначала такому сдавливанию подвергалась часть тела матки, затем нижняя часть шейки, к несчастью, та часть ее, к которой прикреплена брюшина; случись это на 1 сант. ниже, женщина осталась бы жива.

В двух случаях общесуженные тазы были с экзостазми (см. рис. 18). Произошло протирание стенок шейки о ненормальные выступы костей до такой степени, что при вскрытии эти части стенок оказались просвечивающими, в центре просвечивающих мест находятся отверстия, произведенные, наверное, инструментами, так как в обоих случаях были наложены шипцы, в одном кончилось дело перфорацией головки плода. Эти разрывы, следовательно, насильственные, но с большой подготовкой.

В одном случае головка очень большого ребенка почти уже прошла через весь тазовой канал, но при своем трудном прохождении она подвергла сильному разминанию и протиранию часть шейки; в этом случае была *uterus dibartitus* с неравным развитием половин; подверглась разрыву именно та часть шейки, которая соответствовала менее развитой половине матки, в этой же половине матки, при микроскопическом исследовании, эластическая ткань оказалась слабее развитою, чем в другой половине.

В прочих случаях не было таких ясных и несомненных признаков протирания и истончения стенки шейки, но обширное микроскопическое исследование стенок разорванных маток доказывало, что при разрывах мы имеем дело с изменением стенок шейки матки. В литературе известны случаи повторных разрывов матки. В нашем материале есть случаи повторных разрывов, где точно установлено, что разрывы, происшедшие во второй раз, были как раз в том месте, где происходили разрывы в первый раз.

Во многих тех препаратах разорванных маток, где макроскопическое исследование не обнаруживало никаких видимых изменений, при микроскопическом исследовании обнаруживались обширные руб-

цовые изменения стенки шейки на месте разрывов с атрофией мышечных элементов, происшедшие, конечно, при предыдущих родах вследствие узурпирования ткани от давления, протирания, разминания, производимого головкой о стенки узкого таза.

В этом отношении знаменателен отмеченный уже нами факт, что у первородящих самопроизвольных разрывов при узком тазе не бывает никогда. Почему это? Потому что у первородящих шейка матки не подвергалась еще разминанию и протиранию. В последующем изложении отмеченные факты подтверждаются все более и более.

Характерной чертой клинического течения разрывов при общесуженных тазах служит то, что разрыв происходил всякий раз тогда, когда головка уже глубоко вколочивалась в таз, и что роды отличались крайней продолжительностью; этим объясняется большое количество операций щипцов (в этой группе случаев 60%), при чем щипцы нередко были наложены на головку, стоящую близко у выхода таза.

#### Разрывы при плоских тазах.

*Разрывы при плоских тазах* представляют из себя резко обособленную группу. Прежде всего и главным образом они отличаются однообразием формы, направления и места разрыва: все они имеют поперечное направление (рис. 24 и 25) и помещаются в надвлагалищной части шейки. Кроме того во всех случаях продолжительность родов поразительно мала: в 9 случаях она была менее 12 часов, нередко продолжительность была 7—8 часов. При чем угрожающих явлений, описанных Bandl'ем, не было, в 4 случаях отмечено, что схватки были не сильные. Ни в одном из наблюдаемых нами лично случаев не было ни очень сильных схваток, ни кольца сокращения. Разрыв подкрадывался неожиданно, коварно. Происхождение этих разрывов никак нельзя было объяснить небрежностью акушерского персонала, ни незнанием описанных Bandl'ем угрожающих явлений, наоборот, отсутствие нарисованной Bandl'ем картины сбивало только врачей, излишне успокаивало врачей, не знавших истинной сущности дела. (Такое же положение дела можно подмечать и в описаниях разрывов в литературе).

Еще характерною клиническою особенностью разрывов при плоских тазах служит то, что разрыв происходит тогда, когда головка находится еще высоко, во входе в таз, разрыв как мы сказали, обыкновенно бывает сквозной, т. е. сообщающий полость брюшины с полостью матки широкою щелью (рис. 24 и 25); головка, прижимавшаяся раньше ко входу, отходит от входа, проходит через щель в брюшную полость, а за ней в брюшную полость переходит и все тело ребенка. Поэтому процент щипцов при этого рода разрывах ничтожный в противоположность случаям при общесуженных тазах.

Раз нам известно, что разрыву матки предшествует потеря вещества в ткани, произведенная протиранием и разминанием головки о кости таза, то становится понятным вся описанная особенность формы, места разрывов, а также клинической картины. Во первых, мы имеем здесь дело с неправильностью таза своеобразною и типичною, характерною для плоских тазов, состоящею в том, что сужена самая верхняя часть малого таза, т. е. вход таза; сужение касается лишь прямых размеров таза, поперечные увеличены; следовательно, передняя и задняя стенки входа приближены друг к другу, а боковые, наоборот, отдалены друг от друга. Разумеется, протирание случается при плоском тазе именно тогда, когда головка еще во входе, как в суженном месте таза и, конечно, протирание не может произойти сбоку

шейки матки, где между головкой и боковой стенкой входа существует свободное пространство, а происходит это протирание там, где головка непременно должна упереться при своем стремлении пройти через вход, т. е. спереди и сзади, так как передняя и задняя стенки таза приближены друг к другу. Небольшая продолжительность родов и об'ясняется тем, что разрыв происходит в самом начале прохождения головки через таз. Многочисленные микроскопические исследования,



Рис. 24. Поперечно идущий разрыв матки бывающий при плоских тазах. Сфотографирована передняя поверхность разорванной матки.

констатирующие изменение ткани, и тот факт, что у первородящих самопроизвольных разрывов не бывает, какой бы плоский таз ни был, подтверждает наше положение, что для разрыва нужна подготовка при предшествовавших родах в виде потери вещества протиранием головкой о кости входа в таз, опять на строго определенных тех же местах, соответствующих самым узким местам входа, т. е. спереди и сзади

шейки матки. На передней стенке шейки разрывы происходят чаще, потому что передняя стенка шейки не имеет одного слоя мышц, она тоньше, менее прочна, более способна разрываться, как об этом мы много раз говорили. Кроме того положение женщины на спине во время родов способствует особому растяжению именно передней стенки нижнего сегмента и шейки вследствие той ретроверзии матки, которая образуется при лежании на спине и вследствие того, что головка при



Рис. 25. Поперечный разрыв матки, сфотографированный со стороны внутренней поверхности матки.

этом положении упирается в лоно, как мы говорили в главе о механизме родов.

Однако же для образования разрывов матки одних протирания и прижатия недостаточно. Здесь должна играть роль непосредственно сила сокращений мышц матки, здесь должен быть действительно отрыв, как выражались прежние авторы. Раз мы теперь знаем распо-



ложение мышечной системы шейки, объяснение готово: концы мышц шейки (идущих из тела продольно по шейке) тянут стенку шейки вверх (почему она раскрывается и заходит за головку после полного открытия) и, конечно, могут разорвать шейку там, где ее ткань истончилась, стала разрываемой. (Известно кроме того, что ткань, измененная рубцом, легко разрывается).

К сказанному нужно сделать общее добавление, что не всегда конечно узурь стенки шейки ведут к разрывам. Результаты протира-ния и прижатия стенок матки в различных случаях различны, смотря по топографии прижатого и протираемого места по силе и продолжительности прижатия, по свойству тканей прижатого места и пр. В одних случаях результатом протира-ния и прижатия является простая узуря в стенке матки, непроникающая и заживающая рубцом, не дающая никаких последствий, в других случаях это ведет к фистулам, в третьих к разрывам.

К такому объяснению самопроизвольных разрывов при плоских тазах мы пришли после своих собственных исследований, основанных на большом материале.

В немецких учебниках обыкновенно приводится объяснение разрывов Bandl'я.

Bandl, первый давший идею о сокращающейся части матки и не сокращающейся, пассивной (т. е. нижнем сегменте и шейке), объяснял разрывы при узких тазах так: сокращающаяся часть матки тянет вверх нижний сегмент матки, а шейка фиксируется головкой, прижимающей ее к тазовым костям; если головка не опускается в таз, то схватки могут быть так сильны, что растягивающийся нижний сегмент может разорваться. При очень сильных схватках, когда сокращающаяся часть матки стремится вверх, то подымается кольцо сокращения, т. е. граница между сокращающейся частью матки и пассивной (т. е. между тазом и нижним сегментом). Так что сильное выступление кольца сокращения и поднятие этого кольца вверх при очень сильных схватках служат, по учению Bandl'я, явлением, угрожающим разрыву матки.

Учение Bandl'я, начиная с 70-х годов, положительно доминирует до сих пор. Между тем как некоторые авторы наблюдали много случаев, где разрывы происходили совсем не при таких явлениях, как описывает Bandl. В нашей работе о разрывах матки мы приводим много случаев, где при плоском тазе происходили разрывы без всяких явлений, описанных Bandl'ем, т. е. без кольца сокращения, без так называемых схваток угрожающей силы, без того, чтобы роды очень затянулись. Мы сами лично наблюдали много таких случаев, где ужасные разрывы наступали без всяких угрожающих явлений, описываемых Bandl'ем, внезапно, неожиданно.

Опыт нас научил принимать крайние меры предосторожности, когда женщина, обладающая плоским тазом (особенно при сужении II степени), родит уже 5—6—7-й и более раз, хотя бы у нее не было схваток угрожающей силы. И наоборот, мы не боимся разрывов даже при сильно плоском тазе у первородящих при ясно выраженном кольце сокращения, так как у первородящих при узких тазах самопроизвольных разрывов не бывает.

Теперь все положения Bandl'я нужно считать рассеявшимися, как дым. Во-первых, в нашей работе «о мускулатуре связок матки в связи с распределением мышц в самой матке», доказано, что нет деления на активную сокращающуюся часть матки и пассивную, что все части матки активны; во-вторых, явление, которое называется кольцом сокращения (Kontractionsring), не может служить само по се-

бе признаком, угрожающим разрыву матки; оно только показывает, что сокращение мышц матки происходит неправильно, неравномерно; когда сокращаются мышцы, идущие по бокам матки спереди назад в поперечном к ее длиннику направлении сильнее, чем прочие мышцы матки, то получается перехват матки, матка получает форму песочных часов; а так как такие поперечные пучки находятся на всех уровнях боков матки сверху донизу, то явление перехвата бывает то выше, то ниже; осмотр и ощупывание матки в это время показывают, что перехват—только по бокам матки, на передней поверхности его ни ощупать, ни видеть никогда не приходится.

Если при суженных тазах предрасполагают к разрывам рубцовые изменения шейки, то при нормальных тазах предрасполагающим условием являются другие изменения матки, как-то: неправильности в развитии матки (*uterus duplex, arcuatus, septus, unicornis, infantilis* и пр.), раковые изменения стенки, фибромы и, главное, воспалительные изменения в матке, в частности в шейке; в нашей упомянутой работе мы нашли в нескольких случаях сильные воспалительные изменения (мелкоклеточная инфильтрация, эктазия сосудов). После окончания нашей работы нам приходилось все более и более убеждаться в частоте этой причины.

Одно время появился ряд авторов, утверждавших, что к разрывам предрасполагают особые изменения эластической ткани матки. Мы взяли обследовать этот вопрос со всех сторон с обстоятельной полнотой: мы предприняли сначала работу об исследовании эластической ткани от начала беременности и до конца послеродового периода, попутно мы исследовали и мышечную ткань. Затем подвергли правильному гистологическому исследованию громадный патологоанатомический материал, имеющийся у нас в руках и после работы нескольких лет пришли к заключению, что особых изменений эластической ткани не замечается.

Разрывы матки, соединяющие полость матки с полостью брюшины, т. е. проникающие в брюшину, называются полные. Разрывы матки без нарушения целости брюшины называются неполные подбрюшинные.

Обычно разрывы бывают в шейке; если некоторые из них и продолжались в тело или во влагалище, то все же начало разрыва происходило в шейке. Как особая редкость бывают разрывы в теле. В нашем материале—4 случая разрыва тела и все насильственные.

Разрывы во время беременности в виде исключительной редкости описывались, как последствие неправильного развития матки.

*Клиническая картина разрыва матки.* Клинические явления, предшествующие самопроизвольному разрыву, бывают различны. Часто перед разрывом схватки бывают нестерпимо болезненными, больные находятся в сильном возбуждении, хватают за руки врачей и требуют помощи. Нередко же, как было сказано, разрыв наступает без всяких предшествующих явлений, даже иногда при довольно мирной обстановке вполне неожиданно.

Во время самого разрыва больные чувствуют иногда, что как-будто у них внутри что-то порвалось. Но самое постоянное и грозное явление заключается в том, что после наступления разрыва нет схваток, сердцебиения плода нет, пульса у роженицы нет, или он сильно упал: стал част, мал, нитевидный. На боли иногда в начале не жалуются, иногда же бывают боли в животе, усиливающиеся при попытке движения; вообще все жалобы больной после момента разрыва становятся не такими сильными, живыми, как раньше; она вся как-будто приглушена

каким-то ударом, она находится в состоянии шока, как говорили прежние авторы. Теперь при слове шок подразумевают чаще внутреннее кровотечение или сепсис, но несомненно кроме этого существует общая подавленность, приглушенность, если можно так выразиться.

Это и не удивительно: ведь при полных разрывах ребенок переходит в брюшную полость, это не может не вызывать того состояния, которое называют именем шока. При неполных разрывах ребенок также выходит из матки или отчасти или даже целиком и помещается под отслоенной брюшиной и это не может не травмировать брюшину и не вызывать состояния шока.

В дальнейшем развивается или картина общего малокровия или явления септического перитонита или и того и другого вместе. Иногда разрыв происходит не сразу, а в течение нескольких схваток, несколькими так сказать атаками. Иногда при неполных разрывах при отсутствии перитонита существуют явления только внутреннего кровотечения: падение пульса, бледность, синева губ, тихий сиплый голос; затем больная как будто поправится; и пульс станет лучше и цвет лица; а затем через несколько часов или даже суток—опять плохо с больной, опять нет пульса, бледность; это значит внутреннее кровотечение возобновилось.

*Распознавание.* Схватки исчезли, пульс упал— вот первые грозные признаки разрыва матки. При исследовании живот болезненный, формы матки нет, на месте ее отдельные большие бугры, это в одном месте сократившаяся матка, в другом плод. Части плода прощупываются с необыкновенною ясностью, иногда они кажутся как будто бы прямо под кожей; сердцебиения плода нет.

Иногда ощущается крепитация при дотрогивании до низа живота над лоном, это воздух или газы проникли через рану матки, получилась эмфизема подбрюшинной клетчатки, в частности *cavi Rethii*.

При внутреннем исследовании иногда можно прощупать ясно разрыв, иногда же это не удается и дело выясняется лишь через некоторое время; неполный разрыв часто остается даже не распознанным. Конечно, когда рука попадает в брюшную полость, это всегда распознается.

Данные по прогностике будут изложены в главе о лечении.

*Профилактика.* Раз установлено, что при поперечном положении разрывы бывают, как правило, насильственные, то больная будет предохранена от разрыва тогда, когда техника поворота будет произведена опытной рукой знающего врача. Пусть лучше она подождет такого врача, чем будет произведен поворот лицом, не опытным в акушерских операциях. О профилактическом значении своевременного распознавания гидроцефалии мы уже говорили.

При суженных тазах у многородящих, если раньше были очень трудные роды, трудные операции, то настойчиво выжидательный метод применять нельзя: после полного открытия нужно применять те или другие меры для ускорения окончания родов, т. е. или способствовать усилению схваток, или уничтожать их болезненность, или применять то или иное оперативное пособие.

Нужно быть осведомленным о том, не было ли у роженицы раньше воспалительных процессов в матке или в частности в шейке, если да, то удвоить осторожность. У первородящих можно быть всегда покойным относительно самопроизвольного разрыва, как бы узок таз ни был, какие бы схватки ни были, как бы ни определилось то явление, которое именуется кольцом сокращения.

*Лечение* разрывов в матке производится по двум методам: консервативное лечение и хирургическое. Консервативное лечение состоит в применении тяжести на матку, приведении ее по возможности в неподвижное состояние наложением крепкого бинта на живот, применении льда и покойного лежания на спине. В нашем материале такой метод дал  $81\frac{3}{4}\%$  смертности. Больные гибли от двух причин: кровотечения и сепсиса.

От кровотечения больные гибнут в громадном большинстве случаев не тотчас, а через несколько часов, через сутки после разрыва, так что всегда есть время для хирургических методов с целью остановки кровотечения посредством перевязки сосудов.

Ляпоротомия имеет целью лечение как кровотечения, так и сепсиса. Только при ляпоротомии можно наверное перевязать кровоточащие сосуды или прямо или *per continutatem—arteriam uteriam*. Только при ляпоротомии можно удалить из полости брюшины или из полости гематомы широкой связки—сгустки, обрывки тканей, первородную смазку и прочий материал для инфекции. При ляпоротомии можно, перевязав кровоточащие сосуды и удалив сгустки, ограничиться тем, что зашить разрыв; но этот способ дает результаты, далеко не блестящие, так как разрыв имеет края очень неровные, рваные, инфицированные кровью, им можно довольствоваться лишь тогда, когда больная слаба и нужно скорее оканчивать операцию. При возможности же делать все *lege artis* лучше делать *extirpatio uteri totalis*. Такой способ дает 45—47% смертности, почти вдвое меньший консервативного.

Некоторые делают *extirpatio uteri per vaginam*, но это метод — более темный, менее надежный.

Способ, состоящий в зашивании разрыва *per vaginam*, мы отвергаем: при нем нельзя перевязать кровоточащего сосуда, который обыкновенно уходит вглубь далеко в параметральную клетчатку и достать его *per vaginam* нельзя. Применять этот способ это значит терять время и закрывать себе глаза.

Когда разрыв произошел и ребенок еще не родился, то поступать нужно сообразно обстоятельствам. Если части плода легко доступны для извлечения тем или иным способом, то нужно сначала разрешить женщину *per vias naturales*. Если же ребенок в брюшной полости, то делать поворот ребенка в брюшной полости и извлечение через разрыв есть метод, как показал нам наш опыт, плохой: происходит потеря времени, увеличение разрыва и усиление кровотечения. Если ребенок уже в брюшной полости, то нужно прямо приступить к ляпоротомии, вынуть ребенка через брюшную рану и затем приступить к хирургическому лечению самого разрыва. Хотя и относительно этого существуют различные мнения.

При неполных разрывах принципы лечения те же: перевязка кровоточащих сосудов, удаление сгустков из полости гематомы.

## Эклямпсия.

Это слово происходит от греческого слова *ἐκλάμπειν* (блеснуть молнией). Это название, правильность которого хотя не всеми признается, очень характерно. Именно молниеносно наступает эклямпсия. Например, в одном случае, не успели мы отвернуться от одной роженицы, которая вполне спокойно и сознательно жаловалась лишь на небольшую боль под ложечкой, и направиться к дверям родильной комнаты, как послышался какой-то сильный удар; повернув голову, мы увидели эту роженицу лежащую на полу рядом с кроватью, на которой она лежала, и бьющейся в эклямптических судорогах в бессознательном состоянии. Наступление эклямпсии было столь внезапно и судороги были столь сильны и захватили сразу такое большое количество мышц, что больная была буквально сброшена ими с кровати. Но мы не помним ни одного случая, когда это молниеносное наступление болезни было при вполне ясном небе. Почти всегда припадкам предшествует более или менее быстрое появление предвестников—тучек большей или меньшей величины. Иногда тучки бывают так ничтожны и малозаметны, что могут ускользнуть от внимания. Нужно их знать, нужно научиться их подмечать, чтобы по ним предугадывать наступление грозы. Чем раньше придет в голову врача подозрение о наступлении этой чрезвычайно опасной болезни, тем больше орудий для борьбы с ней будет у него в руках.

И так *eclampsia* есть такая болезнь, которая состоит в характерных эклямптических судорогах, связанных с потерей сознания. Но такое определение еще недостаточно. Известно, что бывают случаи эклямпсии без судорог. Так, нам пришлось пережить следующий случай. Молодая особа, акушерка, беременна в первый раз, была у меня за 5 дней до болезни вполне здоровая, исследование мочи показало полное отсутствие всяких намеков на белок; я успокоил ее и она ушла от меня веселая, полная светлых надежд иметь ребенка, милая и любезная. Через 5 дней, вечером, по телефону звонит ее муж, что ей что-то плохо, у нее рвота, через 10 минут муж опять звонит, просит приехать, так как его жене стало очень плохо, через 5 минут муж опять звонит и просит немедленно приехать. При посещении мы застаем больную в глубокой коме, с еле ощутимым пульсом, в цианотическом состоянии, но без отечности лица, губы синие и тонкие, пришлось наблюдать только несколько судорог лица в течение 1—2 секунд. Пульс и дыхание временами выправлялись и состояние ее становилось лучше, но затем, через несколько минут, вдруг опять исчезал пульс, ухудшалось дыхание, губы синели, казалось больная выпускает дух, но минуты через  $1\frac{1}{2}$  опять наступало улучшение. Судорог при этом никаких. Общее впечатление от картины болезни не оставляло сомнения в том, что мы имеем дело с эклямпсией, при чем припадки эклямпсии заключались лишь в том, что исчезал пульс, становилось слабым, поверхностным дыхание. Сердцебиение ребенка было слышно. Так как больную можно было считать в положении

умирающей, а ребенок был жив, то показано было Кесарское сечение, для чего больная была переведена в Родовспомогательное заведение. Но во время дороги вышеописанные припадки часто повторялись и сердцебиение ребенка прекратилось, вскоре же по прибытии в Родовспомогательное заведение умерла и больная. Вскрытия не было. Но общая клиническая картина болезни указывает нам, что мы имеем дело не с чем иным, как с эклямпсией, при чем припадки эклямпсии заключались лишь в том, что исчезал пульс, дыхание становилось слабым и поверхностным.

Случаи эклямпсии без судорог, установленные вскрытием, наблюдались многими авторами, как напр. Bickenbach, Bouffe de St. Blaise, Venus, Гусаков, Селицкий и пр.

Venus наблюдал один случай такой: во время родов вдруг затемнение сознания, рвотные движения. Больная побледнела, наступило несколько молниеподобных судорог лицевых мышц, продолжавшихся 2—3 секунды, глаза скосились и руки сжались в кулак. Через полчаса смерть. Вскрытие показало, что здесь была эклямпсия, которая наступила очень быстро и необыкновенно быстро повела к смерти.

Нам приходилось иногда наблюдать мимолетное затемнение сознания рожениц, связанное с изменением пульса и дыхания; невольно приходило в голову, не эклямптические ли это припадки, слабо выраженные и бесследно проходящие.

Так что судороги не есть самое характерное в эклямпсии. При стремлении заглянуть глубже в сущность заболевания приходится признать, что эклямпсия есть какое-то общее состояние. Поэтому Пинар предлагает называть только то, что мы видим в болезни, т.-е. только симптом болезни—еклямптические судороги (*les accès éclamptiques*), оставляя самую сущность болезни без названия, так как сущность ее нам неизвестна; относится же она, по Pinard'у, к разряду болезней, зависящих от аутоинтоксикации.

Иногда приходится действительно наблюдать такие явления у беременных, даже не стрававших эклямптическими припадками, которые можно объяснить лучше всего аутоинтоксикацией. Так нам приходит на память пациентка, у которой нам приходилось наблюдать несколько беременностей; эта пациентка в общем здоровая цветущая женщина, происходящая из вполне здоровой семьи, прекрасно переносила свои прежние беременности, но последнюю всю беременность от начала и до конца ее она стала не узнаваема: похудела, цвет лица из прекрасного сделался бледным, сероватым, она часто приходила на амбулаторный прием и положительно наскучила нам своими бесконечными жалобами на то, что у нее сильная слабость, что у нее головные боли, что у нее все из рук валится, что ничего ей не мило, ни дети, ни весь свет, что у нее боли то в животе, то в других местах и т. д. без конца; так прошла вся беременность до родов. Родила она двух больших мальчиков, первого при помощи щипцов, другого при помощи поворота и извлечения. Но тотчас же по окончании, не успела она еще оправиться от боли, еще слабая, она с радостью заявила, что все, что ее мучило во время беременности, у нее совершенно прошло, что голова у нее ясна и она чувствует, как к ней как бы стали приливать ее прежние силы. Не была ли эта пациентка близка к эклямптическим припадкам? (Мы нарочно говорим «к эклямптическим припадкам», а не к эклямпсии, так как состояние эклямпсии может быть у нее до некоторой степени было). Не служили ли эти два больших мальчика с их последями слишком большим грузом для химического равновесия ее организма?

### С И М П Т О М Ы.

Из предвестников эклампсии самым частым является симптомокомплекс заболевания почек: отеки ног, лица, живота, альбуминурия, олигурия и даже анурия, расстройство зрения вследствие *retinitis albuminurica*. Нам рассказывала одна пациентка, перенесшая временную слепоту и эклампсию, что в тот день, когда у нее началась эклампсия, она с трудом написала открытое письмо, так как у нее сливались строки; других заметных предвестников кроме отека лица у нее не было. Упорные головные боли, связанные с альбуминурией, а также и без альбуминурии, довольно частый предвестник эклампсии. Расстройства нервной системы, бывающие перед эклампсией, указывают на состояние какой-то аутоинтоксикации. Так, бывают невралгии *n. trigemini*, *plexus lumbalis*, в случае Tarnier была гиперэстезия и болезненность вдоль ветвей *n. abdomino genitalis* с большим отеком большой губы той же стороны. Бывают шум в ушах, чувство ползания мурашек в конечностях, сердцебиение, страх, анестезия половины тела, общая слабость, бессонница, кошмары и пр. Многие авторы отмечают сильные боли под ложечкой, как предвестник эклампсии. Нам пришлось навесить одну беременную (8-я беременность) по случаю сильнейших болей под ложечкой; прописав что-то успокоительное для желудка и поставив горчичник на подложечную область, мы взяли на исследование ее мочу; у нас получилось впечатление, что здесь какое-то случайное отравление или колики, эклампсии мы, признаться, серьезно не ждали, но через полчаса после нашего визита грянул первый припадок эклампсии и на следующий день она умерла.

Нередко за несколько дней или даже недель до экламптических припадков наблюдается изменение психики: потеря памяти, изменения в характере, раздражительность. Нам приходилось наблюдать крайнюю болезненность при исследовании *per vaginam* у рожениц перед припадками эклампсии.

Эклампсия есть болезнь, происходящая только во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Ее можно поэтому поставить в один разряд с болезнями, свойственными лишь беременности, как-то: *hyperemesis gravidarum*, *ptyalismus*, астеомалиция, некоторые изменения кожи, свойственные беременности и пр. Ряд современных авторов (Селицкий, Судаков, Schikele и др.) идет еще дальше: эти авторы считают, что бывающие во время беременности *emesis*, *hyperemesis*, *albuminuria*, изменения в печени, *ptyalismus*, набухание щитовидной железы, образование остеофитов, изменения в костной ткани, повышение всех рефлексов, неврозы, психозы, полиневриты, хорей, *prurigo*, *herpes gestationis*, *urticaria*, *purpura*, *erithema*, *eczema*, — проходящие после беременности, — все это в своей сущности тождественно с эклампсией; все это есть проявление одного общего состояния, какой-то аутоинтоксикации, в которое могут впасть только беременные. Vasquez, Nobécourt наблюдали повышение артериального давления за несколько дней до экламптических припадков.

Экламптические припадки состоят в следующем: при наблюдении за больной вдруг замечается, что она уставила свои глаза вверх, вкось и неподвижно устремилась взором в угол комнаты, затем она начинает быстро ритмически моргать, затем она начинает также быстро ритмически плотно закрывать глаза и сжимать мышцы орбиты, эти движения быстро усиливаются, при этом все лицо перекосилось судорогой лицевых мышц и как бы застыло. Если перевести глаза на вис тело, то видишь, что руки прижаты к груди, пальцы судорожно со-

гнуты, большая вся вытянулась, иногда даже перегнулась назад, дыхание сперто, она не дышит, посинела, так остается несколько (15—20) секунд (гонимые судороги), затем вдруг она начинает колотиться в судорогах: руки судорожно ритмически прижимать к груди, ритмически дергаться, колотиться головой, ногами, спиной (период клонических судорог), язык теми же судорогами своих мышц высовывается, а жевательные мышцы начинают ритмически сжимать челюсти и, положительно как сечка рубит капусту, рубить этот орган. Черты лица исчезают, заплывают отеком, лицо становится большим, толстым, черносиним, из высунутого синего языка течет по щеке лентой кровь. В ужасе и отчаянии, смешанном с чувством отвращения, отворачивается от такой картины любящий муж, убегают в панике трусливые родственники.

Этот период клонических судорог, захватывающих все мышцы тела, так что бьются в судорогах и мышцы конечностей, и крепкие мышцы челюстей, и мышцы, приводящие в движение голову, и мышцы туловища,—продолжается  $1\frac{1}{2}$ —2—5 минут. Судороги кончаются, наступает глубокий, страдальчески глубокий вздох, который дает понять, что организм сильно потрясен. Сознание теряется в самом начале припадка, т. е. с момента моргания глазами. После припадка сознание не возвращается более или менее продолжительное время, наступает более или менее глубокая кома.

Если припадки редки и не сильны, то сознание понемногу может начинать возвращаться через  $\frac{1}{2}$  часа, час. Если кома глубокая, припадки часты и сильны, то сознание не возвращается все время болезни. Припадки повторяются через несколько минут или часов. Температура обычно повышается; пульс част, но полон и напряжен по крайней мере до тех пор, пока не наступает слабость сердечной деятельности, что происходит в трудных и затянувшихся случаях. Часто ко всему присоединяются явления отека легких. Иногда происходят кровоизлияния в мозг и односторонний парез мышц. Припадков может быть 1—2—10—20—30 и более. Rosenstein наблюдал случай с 81 припадком. Сознание может не возвращаться несколько дней.

Странно, что эклампсия поражает чаще всего первородящих. Молодые, роскошно упитанные, первородящие—вот обычная пища эклампсии. Из 100 случаев эклампсии в 80 случаях она бывает у первородящих (по некоторым—в 60 случаях). В 50% случаев эклампсия происходит во время родов, в 25% случаях—во время беременности и в 25% случаях—после родов. По Budin et Demelin эклампсия может наступить во всякое время беременности. Нам приходилось наблюдать, что эклампсия наступает лишь в последние месяцы беременности. После родов эклампсия может наступить даже через 12—15 дней. Общая частота эклампсии 1 на 300—400 родов. По некоторым 1 на 600 (Büttner).

Ни время года, ни погода, ни климат не играют никакой роли в распространении эклампсии.

Эклампсия во время родов заметного влияния на схватки и течение родов не оказывает.

Иногда роды протекают без замедления. Бывали случаи, когда первородящие в состоянии комы так незаметно рожали, что ребенка находили случайно под одеялом между ног матери. Особенно такой грех может случиться, когда страдающую эклампсией обертывают в простыни и клеенчатую материю и не следят за схватками; ребенка в этом случае можно найти уже задохнувшимся.



Смерть при эклампсии наступает очень редко во время припадков. Чаще приходится наблюдать, что смерть наступает тогда, когда больные находятся в состоянии комы, в прострации, как бы действительно смертельно отравленные. Ближайшей причиной смерти является или анурия, или отек легких и слабость сердечной деятельности, или кровоизлияние в мозг.

Если припадки становятся реже, не так продолжительны и сильны, если количество мочи начинает увеличиваться, если больная, которая раньше даже не глотала, когда ей вливали в рот воды или молока, начинает глотать, начинает, хотя слабо, реагировать на раздражения, если к ней начинают возвращаться мало по малу проблески сознания и если начинают исчезать другие признаки интоксикации, то можно думать, что наступает выздоровление или полное, или наступают последующие заболевания, как-то: послеродовой психоз (чаще мания), воспаление легких, парезы конечностей, слепота (или временная или даже полная вследствие атрофии сетчатой оболочки).

### Патогенез эклампсии.

Этиология и сущность эклампсии до сих пор не открыты. Но усилия сделать это открытие дали в последнее время несколько интересных работ. Патолого-анатомические изменения при эклампсии подробнее и обстоятельнее всего исследованы бывшим прозектором Дрезденских больниц и акушерско-гинекологической клиники Schmorl'ем.

В почках трупов после эклампсии Schmorl находил большею частью дегенеративные процессы почечного эпителия: мутное набухание, жировое перерождение и даже иногда некроз; в гломерулах, в маленьких венах и артериях нередко находились тромбы. Из 73 вскрытий умерших от эклампсии в 72 присутствовали указанные изменения почек, более или менее сильно выраженные, только в одном случае почки были нормальны (но зато были изменения в других органах).

В печени обыкновенно находятся крупные изменения: мелкие кровоизлияния и анэмические некрозы. Из своих 73 случаев Schmorl нашел их в 71; в остальных двух были найдены тромбы воротной вены. Эти изменения печени были найдены и в том случае, в котором почки были нормальны; следовательно причиной связи между поражениями того и другого органа нет. Описанные изменения печени наблюдались также в случаях эклампсии или с легкими судорогами, или совсем без судорог; следовательно, изменения печени происходят не от судорог.

В мозгу Schmorle очень часто находил мелкие кровоизлияния и размягченные очаги, зависящие отчасти от тромбов, отчасти от действия эклампсических припадков. Изредка встречались обширные кровоизлияния в мозгу.

В сердце нередко Schmorl находил жировое и паренхиматозное перерождение, а также кровоизлияние и распад мышечных волокон.

В 66 случаях Schmorl нашел тромбы в сосудах легких с последующими кровоизлияниями.

Описанный комплекс изменения органов Schmorl считает патогно-моничным для эклампсии; особенно во всей картине изменения органов бросается в глаза многочисленное образование тромбов, что указывает на глубокие изменения в крови страдающих эклампсией.

Патолого-анатомические исследования Schmorl'я в настоящее время являются полными и обстоятельными. Только на них, как на фактиче-

ском материале, можно основывать какие-либо выводы, к ним только можно примеривать различные теории возникновения эклампсии и они только могут направить дальнейшие исследования по патогенезу эклампсии на правильный путь.

Например, если мы сопоставим самое старое из современных учений о причине эклампсии, именно Lever'a, появившееся в 40-х годах XIX столетия и продержавшееся несколько десятилетий, с результатами патолого-анатомических исследований, то станет ясно, что это учение решительно отпадает. Lever первый стал находить белок в моче экламптичек. Наряду с этим находили болезненные изменения в почках. Этого было достаточно, чтобы появилось учение, что эклампсия есть следствие заболевания почек. Но дальнейшие патолого-анатомические исследования показали, что здесь не в почках только дело, что здесь сильно поражены все внутренние органы, что поражение почек бывает иногда средней интенсивности при сильно выраженной эклампсии, оканчивающейся смертью, что, наконец, при сильно выраженной эклампсии белка в моче может не быть и почки при аутопсии могут оказаться нормальными. Если бывают перед эклампсией продолжительные заболевания почек, то бывают и такие случаи, где эклампсия наступает быстро и уже одновременно с экламптическими припадками возникает и заболевание почек.

Опыты с Methylenblau указывают, что почки во время эклампсии, не смотря на их заболевание, все же проходимы.

Итак, эклампсия, выраженная в сильной степени и оканчивающаяся смертью, может появиться тогда, когда почки функционируют хорошо, недостаточность деятельности почек большею частью предшествует экламптическим припадкам, часто появляется вместе с ними, но она не есть необходимое условие для их появления.

Разочарование в учении Lever'a началось давно и вместо него появилась масса различных теорий возникновения эклампсии. Так, вместо почек, начали обвинять печень, появилась печеночная теория возникновения эклампсии, которая нашла себе приют, главным образом, у французских авторов. Если мы, не вдаваясь в подробности этой теории, сопоставим, с вышеуказанными фактами патолого-анатомических исследований, то мы и в данном случае должны придти к выводу, что здесь дело не в одной печени. Но все же изменения в печени столь серьезные и постоянны, что заслуживают внимательного рассмотрения.

Поражение печени двойное: мелкие кровоизлияния и некротические изменения в клетках. Мутное набухание и жировое перерождение клеток бывают разных степеней, но видно, что перерождение наступило сразу, в одно время, повсюду, оно диффузно. Такое перерождение может предшествовать экламптическим припадкам (это доказывают случаи подобного изменения печени при эклампсии без припадков); но бывают, нужно думать, случаи, когда изменения печени наступают одновременно с первым припадком; на это указывают исследования мочи с часу на час после начала припадков: после начала припадков в моче начинают появляться красящие вещества желчи.

Так что изменения в почках и печени аналогичны по времени их появления, по быстрому их развитию и по их диффузности.

Если состояние эклампсии тянется долго без припадков (эклампсизм авторов), то поражение печени может предшествовать поражению почек и, пожалуй, наоборот, при чем поражение одного органа может вызвать вторичные изменения в другом, напр., поражение почек при затянувшейся болезни может вызвать новые изменения в печени.

Опыты быстрого введения в кровеносные сосуды некоторых ядов, напр., карболовой кислоты, вызывают появление экламптиформных припадков и диффузные некротические изменения печеночных клеток.

Нужно предположить, что печеночные клетки при своем быстром распаде выбрасывают в кровь продукты своего распада, которые могут быть ядовиты сами по себе и, циркулируя в качестве вторичных ядов, ухудшать и симптомы (усиливать кому, желтуху, повышение  $t^{\circ}$ ), вызывать отек почек, нервных центров и пр.

Итак поражение почек и печени, несомненно, влияет на течение болезни, но это есть второстепенный болезнетворный агент, появляющийся в зависимости от первой какой-то причины.

У патологоанатомов нет разногласия в том, что эклампсия не есть заболевание какого-нибудь одного внутреннего органа, они видят какую-то сильную интоксикацию. Также и клиницисты, наблюдая при эклампсии эти припадки, эту протрацию, следующую за припадками, чувствуют, что здесь какое-то сильное отравление нервной системы.

Клинические явления поражения нервной системы и глубокие изменения во внутренних органах и в крови — вот те данные, которые в настоящее время приводят всех наблюдателей, всех ученых к одному заключению, что эклампсия есть общая интоксикация организма.

Определение ядовитости мочи и кровяной сыворотки экламптичек не дало никаких результатов (Volhard, Schuhmacher), т. е. моча и сыворотка экламптичек, здоровых беременных и небеременных при впрыскивании животным оказываются одинаково ядовитыми. Tarnier et Chambrelent нашли, что сыворотка экламптичек более ядовита, чем сыворотка здоровых женщин; эта ядовитость сыворотки исчезает после нагревания до  $60^{\circ}$  и после долгого стояния. Кроме того они нашли, что после впрыскивания крови экламптичек кроликам, у последних получается растворение гемоглобина, гемоглобинемия; следовательно кровь экламптичек содержит гемолизин. Эти факты указывают только на то, что кровь экламптичек сильно изменена. На это же указывает и обилие тромбов при вскрытии. Исходя из этого, Kollmann произвел свои очень интересные исследования содержания фибрина в крови экламптичек. Он нашел, что в крови у экламптичек содержание фибрина увеличивается значительно в сравнении с кровью здоровых беременных. Из веществ, производящих фибрин, глобулин обладает необыкновенно токсическими свойствами: он производит кому, судороги, лихорадку, продолжительную депрессию и, наконец, может причинить смерть, сопровождаемую судорогами.

Kollmann объясняет все симптомы эклампсии и образование тромбов отравлением глобулином. Объяснения же Kollmann'a, почему может увеличиваться содержание глобулина в крови и при каких условиях выделение глобулина из крови задерживается, сбивчивы.

К решению вопроса, что такое первичный яд эклампсии и откуда он берется, подходили с разных сторон и все попытки остаются пока тщетны.

Чрезвычайно загадочно, почему эклампсия возникает только лишь в таком состоянии женщины, когда она с плодом или когда плод и послед недавно из нея вышли.

По Futh'u и Krönig'u существует переход токсических продуктов из крови ребенка в кровь матери. Но против этой теории (так называемой *die foetale Eclampsitheorie*) говорят случаи, опубликованные в 1911 году Sitzenfrei и Mathilde Brauser, в которых эклампсия произошла при пузырьном заносе и при полном отсутствии плода.

По Veit'у, синтициальные клетки переходят в кровеносные сосуды матери; эти клетки в виде эмболов встречаются среди внутренних органов: в легких, в печени (Fürgens, Klebs); при изменении состава этих клеток, находящихся в чуждых им органах, вырабатывается яд. Этот яд, синтициолизин, по Askoli, вызывает у животных кому и конвульсии. Но теперь стало известно всем, что эмболии плацентарных клеток не патогномичны для эклампсии, так как они—заурядное явление и не у экламптичек. Далее старались определить, какое химическое действие оказывает живая плацента и не оказывает ли она токсическое воздействие на ткани матери во время эклампсии. Но и опыты в этом направлении не дали определенных результатов.

Далее искали, не возникает ли яд от недостаточности действия надпочечных желез, hypophysis cerebri или glandula thyroidea. И в этом направлении не набрали на след сокрытой тайны.

Sellheim без биологических оснований стал обвинять молочные железы в производстве эклампсии. Он не стеснялся вырезать мат-тае у экламптичек, но не нашел себе последователей. Очень соблазнительно искать источник яда эклампсии в том направлении, что он получается как продукт жизнедеятельности какого нибудь микроорганизма, потому что общая патологическая картина напоминает инфекционный процесс. Но работы последних лет все более и более отклоняют нас от этого предположения. Еще можно думать, что микроорганизмы уже во время эклампсии проникают в печень и отягчают своим присутствием как симптомы, так и прогностику.

#### Diagnosis.

Распознавание эклампсии легко для тех, кто хоть раз видел ее, настолько все симптомы эклампсии характерны, специфичны. Очень неопытные и никогда не видавшие случаев эклампсии могут ее припад-ки смешать с эпилептическими. Но почти всегда от родственников или знакомых можно узнать, что у больной и раньше были припад-ки. Разницу между эпилептическими и экламптическими припадками не стоит описывать, чтобы отличать одни от других, нужно, повторяем, хоть раз увидеть экламптические припадки. После эпилептического припад-ка нет комы.

При менингите судорогам предшествует картина общего воспалительного процесса,

При tetanus'e преобладают тонические судороги.

Опьянение можно отличить от комы по запаху выдыхаемого воз-духа.

Труднее отличать другого рода отравления, как то: свинцовые, фосфорные, карболовые, сулемовые, стрихнинные и пр.

#### Prognosis.

Эклампсия—одна из самых опасных болезней. Большие старые статистики дают смертность матерей от 20% до 45%. Самый высокий процент смертности дает эклампсия во время беременности и самый низкий процент дает eclampsia puerperarum.

В каждом отдельном случае ничего нельзя предсказывать. Бывают случаи, когда после первого же припад-ка наступает смерть или от кровоизлияния в мозг или от жировой эмболии в легких. По Vig-schow'у даже при небольшой закупорке легочных капилляров, но при ослаблении дыхания и деятельности сердца может наступить отек лег-ких и смерть.

Конечно, случаи эклампсии тем опаснее, чем больше припадков и чем тяжелее и продолжительнее самые припадки, они тем опаснее, чем чаще и меньше пульс, чем больше выражен отек легких, анурия, чем глубже кома, чем более и прогрессивнее подымается температура. Но и при обратных условиях, когда припадков немного, они редки и не тяжелы, когда пульс хорош и пр., т. е. когда случай эклампсии считается легковверными людьми легким, предсказание нужно ставить всегда осторожное, серьезное. Нам приходилось переживать не раз такие случаи, когда эклампсия казалась легко протекающей, но потом вдруг дело принимало дурной оборот: припадки вдруг становились чаще, сильнее и все неблагоприятные явления со стороны пульса и дыхания становились налицо. Эклампсия—болезнь еще неведомая и всякий случай эклампсии нужно считать опасным.

Особенного внимания заслуживает прогноз для детей при эклампсии, так как смертность детская при ней чрезвычайно высока, гораздо выше материнской, так как по статистике Vyder'a при 20% смертности матерей детская смертность—36%, по статистике Büffner'a при 34% материнской смертности детская смертность—42%. По нашему мнению этот факт заслуживает гораздо большего внимания, чем это делалось до сих пор, при обсуждении индивидуальности случая, вообще, и выбора терапии, в частности.

По Dührsen'у прогноз для ребенка зависит не столько от тяжести случая, сколько от способа лечения. Выжидательная терапия при эклампсии дает по Dührsen'у наихудшие результаты для детей, так как при этом, помимо того, что токсины эклампсии переходят от матери на ребенка и помимо нарушения плацентарного кровообращения во время припадков, еще вредно действуют на ребенка narcotica, которыми, обычно, в избытке действуют на мать.

Хотя Dührsen принадлежит к горячим противникам выжидательного лечения при эклампсии и в этом направлении он пожалуй и увлекается, но все же нельзя отрицать, что в его словах есть доля правды. Цифры в этом отношении говорят все же сбивчиво. Нужно, чтобы кто-нибудь взялся специально за статистические исследования этого вопроса.

Смерть ребенка может возникнуть во время припадка вследствие нарушения плацентарного обмена газов при асфиктическом состоянии матери. Далее причиной смерти ребенка является несомненно переход яда эклампсии на ребенка. Это доказывается, во первых, тем, что при вскрытии у детей находят иногда те же изменения, что и у взрослых после эклампсии, так напр. Schmorl из 8 случаев нашел в 5 случаях частичные некрозы в почках и в 3 случаях в печени. Во вторых, переход яда эклампсии доказывают случаи экламптических припадков у новорожденных детей, случаи, правда, крайне редкие. Наконец, причиной смерти ребенка могут быть технические затруднения при оперативном пособии. Для устранения причин подобного рода Dührsen советует при оперативном родоразрешении устранять препятствие со стороны мягких частей предварительными разрезами влагалища (при отсутствии, конечно, препятствий со стороны твердых родовых путей).

Эклампсия во время беременности может вызвать выкидыш или преждевременные роды; но эклампсия может пройти благополучно для беременной и роды могут наступить в свое время уже через несколько недель после эклампсии, при чем ребенка нередко постигает смерть во время эклампсии и он рождается мацерированным. Бывают случаи рождения живых детей без припадков эклампсии после того, как недели за 3 за 4 перед этим был ряд припадков эклампсии.

### Л е ч е н и е.

Случилось так, что мы начали главу об эклямпсии с упоминания ее предвестников. Сама жизнь учит, с чего нужно начинать изучение этой болезни. Желая говорить о лечении эклямпсии и стараясь быть ближе к жизни, к клинике заболевания, мы начнем о лечении эклямпсии еще в периоде ее предвестников, еще в периоде так называемого эклямпсизма, следовательно, будем говорить о так называемом профилактическом лечении эклямпсии, хотя название профилактическое здесь уже не подходит, раз принимать, что состояние эклямпсизма есть уже сама эклямпсия, как мы склонны были утверждать в начале этой главы.

Мы тем более охотно ставим впереди профилактическое лечение эклямпсии, что весь секрет борьбы с этой ужасной болезнью, повидимому, заключается в лечении продромального периода, здесь, повидимому, «зарыта собака».

К решению вопроса о профилактическом лечении эклямпсии подошли вплотную врачи французской школы. Еще Tarnier, введший абсолютную молочную диету в периоде предвестников эклямпсии, высказал следующее положение: «всякая женщина, пользующаяся абсолютной молочной диетой в течение недели, защищена от эклямпсии». Это положение теперь не только опровергнуто, но все более и более подтверждается. Теперь все врачи, ведшие большое количество наблюдений, утверждают, что эклямпсию можно предотвратить соответствующим режимом.

«Régime laché absolu» Tarnier состоит в следующем.

Если есть налицо изменение в почках и другие предвестники эклямпсии, то больная укладывается в постель; избегается всякое охлаждение тела, назначаются теплые ванны и все тело обертывают фланелью. Питание состоит исключительно в молоке, больше ни в чем. Назначаются не сильные слабительные. Для питья — щелочную воду. Если все таки симптомы ухудшаются, тучи надвигаются, то дают хлорал и в клизмах и per os в дозах от 3 до 10 грамм. Некоторые делают кроме того венозные кровопускания.

На XIV съезде О-ва французских акушеров, бывшем в октябре 1911 г. в Париже, проф. Пинар отозвался о значении такого профилактического лечения в следующих словах: «В настоящее время одно лечение эклямпсии верно, действительно и могущественно, это профилактическое. С тех пор как Tarnier в 1875 году в «Progrès médical» опубликовал результаты, полученные им от абсолютного молочного режима у беременных женщин с альбуминурией, можно сказать, что действительное лечение, предупреждающее эклямпсию, найдено. Скажут, что это лечение эмпирическое, но что же из того, что оно эмпирическое, если оно помогает. Разве лечение бешенства в институте Pasteur'a не эмпирическое? — Я знаю отлично, что это лечение не имело триумфального успеха и не вошло в сознание всего медицинского мира, медицинская пресса далеко не горячо отозвалась на трактат Tarnier, не могу умолчать и того, что в некоторых странах это лечение игнорируют или не знают о нем. Но все это только обязывает нас пропагандировать, что открытие этого лечения было большим благодеянием. Я могу громко заявить здесь, что с 1893 года я не видел эклямптических припадков у тех беременных альбуминуричек, которые были подвергнуты абсолютному молочному режиму не менее 8 дней».

Относительно России слова Pinard'a оправдываются вполне. У нас в России не знают о профилактическом способе лечения Tarnier, так как все русские акушеры идут за немецкими акушерами, а в Герма-

нии способ Tarnier в семидесятых годах игнорировали, а теперь тоже не знают.

Если принимать, что эклампсия возникает вследствие нарушения равновесия между выработкой ядов в организме беременной и их выведением из организма и если соглашаться с Kollmann'ом и Dienst'ом, что ядовитые вещества эклампсии должны иметь большой молекулярный вес, должны быть белковыми, то не должны ли мы следить вообще за количеством белковых тел, вводимых в организм беременной?

Не должно ли нам послужить уроком в этом отношении то обстоятельство, что мы так часто видим пораженных эклампсией женщин сильно упитанными?

Не слишком ли хорошо питаются эти беременные женщины концентрированной белковой пищей, как, напр., мясом? Не назначать ли им преимущественно молочный и растительный режим? Конечно, эклампсия возникает и среди тех женщин, которые не питаются мясом, но все же и те экламптики—большую часть упитанные.

Не платятся ли беременные, роженицы и родильницы за то, что они, как и среда, в которой они находятся, слишком сильно питаются и белковый распад их тела задержан вследствие отсутствия физической работы? Может быть до некоторой степени правы старые авторы, как напр. Oslander, говорящие, что эклампсией страдают преимущественно городские женщины.

Во всяком случае есть указания на то, что женщины в течение всей беременности должны быть под врачебным надзором в течение всей беременности.

Чтобы не пропустить начала предвестников эклампсии недостаточно только исследовать мочу, иногда белок появляется только за несколько часов перед первым экламптическим припадком. Нужно уметь подметить самые слабые признаки предвестников и не оставлять без внимания наличие отеков, головных болей, болей под ложечкой, незначительных расстройств зрения и, очень важное, по нашему мнению, подметить изменения пульса: увеличение артериального давления, увеличение частоты пульса.

#### Лечение при экламптических припадках.

Лечение самой эклампсии до сих пор чисто эмпирическое, так как натура яда эклампсии нам неизвестна, неизвестно также и противоядие.

Если экламптические припадки возникли во время беременности или во время родов, то обычно приходится решать основной вопрос, предоставить ли течение беременности или родов самим себе и лечить эклампсию терапевтически или же предпринимать те или иные акушерские воздействия, имеющие целью скорейшее родоразрешение. Приходится, следовательно, решать, в каком направлении действовать.

Так, например, если экламптические припадки случились у беременной 7-ми месяцев, что делать? На заседании французской медицинской академии в январе 1893 года относительно этого вопроса все присутствующие акушеры заявили в один голос, что в таких случаях не нужно приступать к родоразрешению, нужно лечить терапевтически.

По нашему мнению нужно прежде всего избегать определенных правил и категорических требований, а углубляться каждый раз в самый подробный разбор индивидуальности случая. На чем могут быть основаны правила? На статистике и на личных наблюдениях. А где

статистика случаев эклампсии у беременных 7-ми месяцев? Ее нет. А личные наблюдения носят всегда отпечаток впечатлений последних случаев; случаи, бывшие давно, забываются, если акушер практикует лет 10—20 и более, как это мы знаем из самонаблюдений.

В случаях эклампсии при успехе действия врача считаются правильными, а при неблагоприятном окончании действия врача считаются неправильными, резко осуждаются не только родственниками и знакомыми, но нередко и собратьями по профессии. Поэтому при обсуждении, как поступать в этих случаях, для врача должна быть базисом (а впоследствии душевным утешением) полнота логических посылок.

Для этой полноты необходимо взвешивать все шансы, касающиеся жизни ребенка, с таким же расчетом, как и относительно жизни матери, с расчетом холодным, объективным, без всяких случайных компромиссов и уступок. Здесь ведь в большой опасности две жизни: спасти одну какую нибудь из них иногда является благом.

В случае эклампсии у беременной 7-ми лунных месяцев интересы ребенка стходят совсем на задний план, так как ребенок, если и родится живым, то едва ли будет жизнеспособным. По этому при обсуждении, как поступать, нужно иметь в виду лишь жизнь матери. Что же говорит опыт?

Статистики, как мы сказали, нет, а опыт говорит, что если припадки эклампсии наступили сразу, без угрожающих предвестников, т. е. если общее состояние больной не было плохо вследствие прежней сильной альбуминурии, уремии и пр., то можно лечить терапевтически, не считаясь с тем, в каком состоянии ребенок.

Конечно, если раньше у больной было много белка в моче и с каждым днем количество его увеличивалось: было, напр., 1 на 1000 и стало 9—12 на 1000, если появились признаки *retinitidis albuminuricae* и прочие явления уремии, то вопрос о вызывании искусственных преждевременных родов возник бы и без экламптических припадков.

Конечно, если общее состояние в начале припадков было еще удовлетворительное, а с дальнейшим течением эклампсии ухудшается больше и больше, то также может возникнуть вопрос о вызывании родов, если есть еще время.

Какое значение имеет вызывание родов? Несомненно, явление поражения почек, как-то альбуминурия, уремия после окончания искусственных родов часто резко улучшаются; кажется, это происходит чаще, чем прекращение припадков.

Давно уже вообще при активном вмешательстве во время беременности и родов руководствуются следующим соображением: эклампсия бывает во время беременности, значит, присутствие плода и вообще яйца вызывает накопление ядов эклампсии, из этого следует, что нужно удалить из материнского организма первую причину ее эклампсии, т. е. яйцо и плод. К сожалению, это логическое заключение далеко не всегда оправдывается: припадки эклампсии продолжают и после родов; очевидно в этом логическом рассуждении заключение выведено из недостаточного количества посылок.

Из лекарственных средств, употребляемых при экламптических припадках, самыми старыми являются *narcotica*: хлороформ, морфий, хлорал гидрат, как средства противосудорожные.

И, действительно, если уметь владеть этими средствами, то они иногда до некоторой степени помогают. Поэтому то они до сих пор и применяются весьма широко.



Хлороформируют при эclamптических припадках долго. Не доводят до глубокого наркоза. Чаще всего дают нюхать хлороформ только во время припадков. Возражение против применения хлороформа веско: к отравлению эclamпсией мы прибавляем новое отравление—хлороформное, вредное, а при большом количестве смертельное, как для матери, так и для ребенка. Schmorl находит при вскрытии сильное жировое перерождение сердечной мышцы, как раз у пользовавшихся хлороформом долгое время. Индивидуальное отношение к хлороформу играет здесь большую роль, как это можно сказать и про применение морфия.

Французские врачи одно время увлекались хлорал-гидратом и применяли только его. Давали и теперь дают большие дозы от 4 до 24 грамм в сутки. Предпочитают вводить хлорал не в клизмах, а *per os*, так как всасывание *per os* происходит полнее и вернее.

Если больная не глотает, не пьет, то вводят раствор хлорала через желудочный зонд. Иногда предварительно промывают желудок. Некоторые вводят в желудок такую смесь, хлорал-гидрат 3,0—2,0, молоко 150,0 и яичный желток.

Для клизмы растворяют 2,0—4,0 хлорала в 200,0 воды.

Проф. Строганов вводит некоторую систему в применении морфия, хлорала. Его способ состоит в следующем. Больную помещают в отдельную теплую комнату и отдалают от нее всякий шум, стараются дать ей абсолютный покой во всех отношениях. Далее впрыскивают 0,015 морфия; если больная беспокойна, впрыскивают через час еще 0,015 морфия.

Через 2 часа после первого впрыскивания морфия ставят клизму с 2,0—3,3 хлорал-гидрата. Клизму с хлоралом повторяют через 4 часа.

Смотря по обстоятельствам повторяют это лечение.

Кроме того дают бром, дают молоко и щелочные воды, если кома не глубока и больные проглатывают вливаемые им в рот небольшие порции жидкости.

Американцы применяют охотно *veritrum virade* (*extr.-fluidum* по 20 капель 5 раз в день).

При сухой коже и анурии мы иногда употребляли *pilocarpin* под кожу, пот всякий раз был вызываем в изобилии, но это не оказывало влияния на припадки и между тем усиленное выделение слизистой бронхов всегда, возникающее под влиянием пилокарпина, ускоряет наступление отека легких.

Volle советует интрамаммарное впрыскивание раствора иодистого кали (1,5 *kalii iodati* и 1000,0 физиологического раствора соли).

Nicholson советует применять *thyreoidin*.

Некоторые французские врачи якобы видели хорошие результаты при обильных венозных кровопусканиях. Некоторые советуют делать обширные промывания кишек.

Некоторые советуют впрыскивание соляного раствора.

В последнее время начали настойчиво советывать сывороточное лечение.

Не станем входить в оценку того или иного способа терапевтического лечения, так как ни одно из них не имеет серьезного значения, кроме, пожалуй, *parcotica*.

При припадках необходимо всегда больную отделить в особую комнату, соблюдать тишину, назначить опытных дежурных. Во избежание ранений языка закладывают между коренными зубами больной столовую ложку (ручку ее), обернутую несколько раз в полотенце.

Чем беременность более приближается к сроку родов, тем более должны выступать интересы живого ребенка при обсуждении характера мероприятий. Так что в самом конце беременности условия—такие-же, как в самом начале родов, когда, опять повторяем, шансы жизни ребенка не должны стоять на втором плане, чтобы не получить в результате два трупа—матери и ребенка.

Когда врач приступает к больной эклампсией в самом начале родов, т. е. матка еще закрыта, когда шейка или еще не сглажена или, если и более или менее сглажена, но открытие зева не больше чем на 1 палец, то нужно сразу решить, в каком направлении действовать, чтобы не бросаться из стороны в сторону и не пропустить время. Нужно решить, приступать ли к одному из методов быстрого опорожнения матки от плода и последа, или-же, наоборот, лечить большую консервативно, как это было описано для эклампсии во время беременности и ждать или самопроизвольного окончания родов или такого момента, когда матка раскроется и можно будет произвести ординарную акушерскую операцию—щипцы или извлечение (иногда после поворота).

Середины между этими двумя направлениями терапии нет. Поэтому-то и господствуют два крайних мнения: одни говорят, что после первого-же припадка нужно немедленно приступать к родоразрешению, другие—что нужно лечить консервативно. Самым горячим и веским защитником первого мнения является в настоящее время проф. Строганов.

Dührsen в течение всей своей долгой и интенсивной деятельности работал над способами быстрого родоразрешения при эклампсии. За усовершенствованием его методов в этом направлении идет весь акушерский мир. Dührsen давно уже предложил при малом открытии, когда подлежащая часть стоит неподвижно в тазу, делать разрезы шейки до сводов.

Dührsen советует производить четыре разреза шейки—передний, задний и боковые,—при чем разрезы не должны быть маленькие, а должны быть глубокие, иначе при извлечении младенца (напр. щипцами) небольшие разрезы превращаются в большие неправильные разрывы. Затем стали практиковать, может быть уже не по предписанию Dührsen'a два боковых разреза. Кровотечения из таких разрезов были редки, как указывает Dührsen, это-же самое показал и нам собственный опыт. В случае-же кровотечения Dührsen советует останавливать его посредством шва.

В тех случаях, где шейка еще не сгладилась, растяжима и головка подвижна над входом в таз, Dührsen практикует и *metreuryisies* (аппарат Champetier de Ribes).

Наконец Dührsen дает гениальный метод влагалищного Кесарского сечения для быстрого опорожнения матки, хотя бы и вполне закрытой.

При неподатливости стенок влагалища у первородящих Dührsen делает разрезы влагалища и промежности. При этом облегчается извлечение ребенка, что дает больше шансов на его жизнь.

Влагалищное Кесарское сечение действительно прекрасная операция. При внимательном отсепарировании пузыря и при хорошем освещении она хорошо выполняема. Поэтому все, кто практикует быстрое опорожнение матки при эклампсии, производят только эту операцию, забыв и разрезы шейки и *metreuryisies*. Но сам Dührsen применяет то один, то другой из указанных трех способов сообразно индивидуальности случая, присоединяя иногда влагалищно-промежностный разрез и всегда глубокий наркоз непременно.

Пропагандируя оперативное лечение при эклампсии, Dührsen говорит, что все указанные операции должны быть производимы в специальных учреждениях, потому что в частных домах как все вообще роды, так и оперативные имеют последствием такую же заболеваемость и смертность от сепсиса, как и в доантисептическое время. Поэтому все женщины, по мнению Dührsen'a должны рожать в специальных учреждениях. Женщины достаточных классов, рожаящие дома, находятся в худших условиях, чем бедные женщины, разрешающиеся в родильных домах. Тогда, говорит Dührsen, падет сам собой наболевший вопрос о деятельности акушеров.

Из 27 больных, лечимых Dührsen'ом таким образом, была 1 смерть матери и 1 смерть ребенка.

По статистике проф. Zweifel'я процент смертности матерей, лечимых консервативно—32,6%. После-ие, введения практики оперативных методов Dührsen процент этот понизился до 15%.

Bumm'у удалось понизить процент смертности матерей с 30% до 8% и даже до 2%. Doederlein'у—с 28,6% до 16,2 и даже 6,5%. Это—понижение процента смертности матерей при оперативном лечении эклампсии в сравнении с выжидательным методом.

Опасности и осложнения со стороны вагинального Кесарского сечения заключались, во первых, в том, что разрезы шейки при извлечении младенца слишком увеличивались или наступали боковые добавочные разрывы шейки; во вторых происходили поранения мочевого пузыря. Из 76 случаев Bumm'a в 7 получились пузырьно-влагалищные фистулы. Третий риск—это кровотечение (тем сильнее, чем больше ребенок).

По исчислениям Winter'a смертность тем меньше, чем раньше сделана операция. Dührsen советует приступать к операции после первого-же припадка.

Что касается детской смертности, то она оказывается выше всего при выжидательном методе. Меньше всего детская смертность при классическом Кесарском сечении, которое производилось некоторыми при эклампсии. Середину между этими методами занимают методы Dührsen'a. Чем раньше предпринята операция, тем больше шансов для жизни ребенка. Friedmann на основании всего количества 161 случаев эклампсии приводит следующую сравнительную таблицу.

	Смертность матерей.	Смертность детей.
Кесарское сечение . . . . .	38,9%	37,5%
Dührsen'ские методы . . . . .	20,7%	56,4%
Выжидательный метод . . . . .	37,5%	75%

По статистике Everke, 17 случаев Кесарского (классического) сечения дали 82% смертности, 37 случаев, лечимых по способам Dührsen'a дали 19% смертности матерей и 10% детей Goedeke. на основании 403 случаев Берлинской клиники, лечимых консервативно, дает 17% материнской смертности и 48% детской. Если последний процент детской смертности сравнить с 10% Everke, то оказывается, что детская смертность при выжидательном способе в 5 раз больше, чем при применении способов Dührsen'a.

Однако-же на ряду с хорошими статистиками методов Dührsen'a есть и неблагоприятные, так Hammerschlag на свои 21 случаев влагалищного Кесарского сечения получил 9 смертных случаев, это составляет 42,5%.

В общем-же приверженцы выжидательного метода борются с приверженцами Dührsen'овских методов довольно успешно, по крайней мере по отношению к материнской смертности. Так Строганов в 1912 г.

в *Annales de gynék. et d'obst.* на основании 796 случаев, проведенных консервативно по его методу дает 8,4% смертности. Достоинно особого замечания то, что проф. Строганов не приводит совсем процента детской смертности, так как об этом он не получил точных данных от доставлявших ему сведения преимущественно русских врачей. Это для русских акушеров вообще очень характерно: не считаться серьезно с жизнью ребенка.

В начале обсуждения терапии при эклямпсии мы выставили положение: при обсуждении случаев эклямпсии нужно хладнокровно, зрело, научно, об'ективно, независимо обсуждать дело, нужно знать и помнить, что при эклямпсии две жизни в опасности, по указанию цифр, опасность для ребенка даже больше, чем для матери, погонишься только за жизнью матери, потеряешь ребенка. Статистика склоняет в отношении детской смертности на сторону Dührsen'овских способов. А между тем, если даже погнаться за жизнью ребенка и предпочесть один из Dührsen'овских способов, то опасность потерять жизнь матери не увеличивается. В нашей личной практике при выборе выжидательного метода мы иногда чувствовали себя в довольно ложном и шатком положении. Иногда же мы оказывались в совсем глупом положении: так например: открытие на 1 палец, сердцебиение ребенка прекрасно слышно, решено обождать; после новых 2-х сильных припадков сердцебиение ребенка прекратилось, далее припадки все сильнее и чаще, общее состояние больной — угрожающее и открытие все еще 1 палец. Что делать? Оставить больную умереть не разрешившись? Это будет пожалуй уж слишком консервативно; тогда в интересах больной не будет использовано одно из — средств родоразрешения — дающее в одной трети случаев прекращение припадков. Метрейриз применить уже поздно: больная может с метрейринтером умереть, пока он чтонибудь сделает, да кроме того и головка уже слишком низко для этого. Разрезы же шейки по Dührsen'у или влагалишное Кесарское сечение потеряли всякий *raison d'être*, так как ребенок уже мертв. Относительно выбора способов лечения при эклямпсии *Commandeur* из Лиона на с'езде французских акушеров в 1911 г. в качестве докладчика о лечении эклямпсии высказывается так: «Мы не можем принять формулу: один уже факт эклямптического припадка требует немедленного опорожнения матки. Мы думаем, что нужно держаться совета *Hofmeister'a*: нужно руководствоваться тяжестью случая и состоянием родовой деятельности. Если симптомы будут становиться все тяжелее и тяжелее, несмотря на энергичное лекарственное лечение, тогда уже прибегать к *accouchement forcé*».

Все это было бы очень хорошо, если бы мы не рисковали упустить при лекарственном лечении время, а также упустить благоприятные обстоятельства для операций, из этих обстоятельств самым главным руководящим началом как звездой для мореплавателя служит, сердцебиение плода. Без последнего обстоятельства действия акушера теряют много в своем принципиальном значении.

Вот руководствоваться состоянием родовой деятельности это практически важно. Сколько мы помним случаев эклямпсии с хорошей родовой деятельностью: открытие на 1 палец; пока идет обсуждение случая, обмывание больной, приготовление к операции, открытие оказывается более 3-х пальцев и весь план приходится изменять: при этом возможно и сделать поворот и наложить щипцы и пр. и пр.

Вообще все предыдущее рассуждение с цифрами и статистиками имеет надобность только для тех случаев, где матка закрыта или не вполне открыта. Относительно же тех случаев, где матка открыта настолько, что можно не нарушая, целости мягких родовых путей, при-

менить ту или иную родоразрешающую операцию, относительно этих случаев двух мнений нет: при них нужно немедленно прибегать к родоразрешению.

И вообще в вышеприведенных статистиках и нужно бы сравнивать те случаи, которые поступали к врачу с закрытыми матками; тогда сравнивались бы величины однородных предметов.

В статистике случаев эклампсий вообще много недостатков и пользоваться ею с доверием еще нельзя уже по одному тому, что она основывается на слишком малых числах, да и составлены-то эти числа не вполне правильно. Пинар во время дебатов о лечении эклампсии на съезде французских акушеров, говоря о докладе *Commandeur'a* восклицает: «докладчик говорит, что статистики случаев эклампсий, доставленные известным числом авторов в настоящее время совершенно недостаточны, чтобы на них опираться при выборе такого или другого лечения. Как он прав!».

С критикой статистик *Dührsen'a* и *Liepmann'a* в свое время выступил почтенный Лейпцигский проф. *Zweifel*. Последний ввел в своей клинике методы Дюрсена с 1892 и практиковал их до 1911 года. Следовательно, он мог проверить значение методов *Dührsen'a* самостоятельно и на собственном большом материале. В объективности взглядов проф. *Zweifel'я* никто не может сомневаться: в течение всей своей долгой научной деятельности проф. *Zweifel* был безукоризненно объективен.

Проф. *Zweifel* проверил, во первых, следующее положение *Dührsen'a*: производить оперативное родоразрешение нужно после первого же припадка; после родоразрешения припадки прекращаются в 93,7% случаев. В клинике проф. *Zweifel'я* припадки прекращались после родоразрешения в 66%. Но главное: из 129 своих случаев *Zweifel* нашел 16 в которых первое условие *Dührsen'a* было соблюдено, т. е. родоразрешение произошло после первого припадка и в 15 из этих случаев прекратились припадки. Казалось бы—блестящее подтверждение положения *Dührsen'a*. Но при ближайшем рассмотрении этих случаев оказывается, что после первого припадка и до окончания родов (как натуральных, так и оперативных) во всех этих случаях прошло довольно много времени, несколько часов (*viele Stunden*), так что это были случаи все исключительно легкие, благоприятные. Такая статистика может обмануть, по выражению *Zweifel'я*, как автора, так и читателей.

После введения методов *Dührsen'a* в клинике *Zweifel'я* процент смертности сразу понизился до 15% (раньше был 32,6). Но в период от 1895 до 1901 годов этот процент дошел до 17,2, а от 1901 до 1911—процент смертности стал еще выше—18,5.

И другие авторы, занимавшиеся более или менее внимательно статистикой эклампсии, отмечают большие колебания процентов в разные периоды времени в одних и тех же клиниках и при одном и том же лечении. Так *Hannes* (*München med. Wochenschrift*. 1911 № 11) в материале Бреславской клиники отмечает в один промежуток времени 6,5% смертности, в другой—33 $\frac{1}{3}$  при одном и том же лечении.

Проф. *Zweifel* в своей клинике начиная с января 1911 г. в течение двух лет на 84 случаях применял метод проф. Строганова вместе с венозным кровопусканием и получил 5 смертных случаев, т. е. 5,9%. Выпускали сразу не менее 500 куб. сант. крови под легким эфирным наркозом. Если приходилось повторять кровопускание, то ограничивались 350 куб. сант. крови и менее. Повторное кровопускание производилось уже после родов.

Затем применялся метод проф. Строганова по следующей схеме:  
Во-первых впрыскивание 0,015 Morphium mur.

Через 1 час после начала лечения	2,0 Chloralhydrat.
» 3 » » » »	0,015 Morphium mur.
» 7 » » » »	2,0 Chloralhydrat.
» 13 » » » »	1,5 (1,0—2,0) Chloralhydrat.
» 21 » » » »	1,5 Chloralhydrat.

Промежутки между каждой дозой Narcotica каждый раз увеличивались так: 1:2:4:6:8. Chloralhydrat давался всегда в 300,0 молока или физиологического раствора per rectum. Per os давать лекарства избегали, так как при понижении рефлексов жидкость могла проникнуть в дыхательные пути и повести к пнеймонии. Иногда прибавляли подкожное вливание физиологического раствора. По мнению Zweifel'я, если при всем этом припадки не прекращаются, то причина лежит в том, что желудок наполнен разлагающейся пищей. По этому, под наркозом желудочным зондом, введенным через нос, промывают желудок и иногда вымывают громадные количества зловонных масс. После промывания желудка в него вводят литр лимонада.

Из способов быстрого расширения шейки для форсированного искусственного родоразрешения нужно упомянуть о способе Bossi, хотя он уже основательно предан забвению.

Начинают забывать также способ декапсуляции почек и нефротомии. Но в случаях отчаянных, когда все использовано, можно прибегнуть и к этому средству, как к последнему, именно тогда, когда существует подавленное состояние деятельности почек, после того как больная уже разрешилась и все способы мочегонные остались без результата. Во французской медицинской академии в 1906 г. Пинар высказался за декапсуляцию почек и нефротомию только для случаев полной анурии, так как доказано, что эти операции улучшают циркуляцию в органе. Последующие авторы, специально рассматривавшие этот вопрос, (Longard, Sitzenfren, Ильин) остановились как раз на тех же выводах, т. е. на декапсуляцию почек и нефротомию можно решить после родоразрешения, когда все другие способы борьбы оказались недостаточны, при полной анурии и при повышении кровяного давления.

### Задачи.

1. (№ 2131 1891 г.) 30 лет 1-я беременность. Таз 34,25,29, 22. Роды срочные, продолжаются 33 часа, воды прошли 3½ часа т. н. Предлежащая часть головка, находится в полости таза неподвижно 4 часа. При полном открытии—припадок эклампсии, продолжавшийся 5 минут. Сердцебиение плода слышно. Схватки слабы. Что делать?
2. (№ 1647 1888). 23 года 1-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 12 часов. Предлежит головка, находится во входе, открытие полное. Появились припадки эклампсии, в течение 15 минут их было три, Сердцебиение плода слышно. Что делать?
3. (№ 1717 1891 г.) 19 лет. 1-я беременность. Таз 29, 25, 27, 19. Роды срочные, продолжаются 1 сутки 20 часов. Предлежит головка, находится в узкой части полости таза. Открытие полное уже 2 часа; пузырь цел. Сердцебиение плода хорошо слышно. Схватки и потуги сильны и правильны. Появился припадок эклампсии. Что делать?
4. (№ 2035 1890) 18 лет, 1-я беременность. Таз 29, 22, 25, 18 Роды срочные, продолжаются 18 часов. Поступила с припадками экламп-

сии, которых было 8; после 3-го припадка полное бессознательное состояние. Сорог. Предлежит головка, находится в широкой части полости таза в поперечном виде первого положения. Воды прошли еще до прибытия. Открытие матки на 3 пальца, края зева уступчивы. Сердцебиение плода слышно. Что делать?

5. (№ 1679 1886 г.) 22 года, 1-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 2 суток. Прибыла в бессознательном состоянии, дома было 9 припадков эклампсии. Пульс слабый. Произошло еще 2 припадков эклампсии. При исследовании: сердцебиение плода не слышно, лобное предлежание, головка во входе, спинка влево. Открытие полное. Воды прошли 39 часов тому назад. Из половых органов выделяется кровь и вонючие околоплодные воды. Что делать?

6. (№ 823 1880 г.) 20 л., 1 беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Прибыла после того, как дома было 3 припадков эклампсии в бессознательном состоянии. При исследовании оказалось предлежит головка, находится глубоко во входе, открытие на 1 палец; пузырь цел. Вскоре по поступлении произошло еще 2 припадков, было вприснуто 0,015 morphii mlg. и поставлена клизма с 4,0 chlog. hydr. После этого через час больная пришла в сознание, появились хорошие правильные схватки, общее состояние стало вполне удовлетворительным. При исследовании оказалось, что головка опустилась в полость таза, открытие на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца, сердцебиение плода хорошее, что делать?

7. (№ 3475 1895 г.) 17 л. 1-е роды. Таз 30, 24, 26, 19. Роды преждевременно на X л. м. продолжаются 24 часа. Прибыла в бессознательном состоянии п. 120, t° 39,4. Предлежит головка, находится во входе; пузырь цел. Открытие на 3 пальца, края зева твердоваты, не уступчивы. В течение 4 часов после поступления было 2 припадков эклампсии, за это время открытие не прибавилось оставалось на 3 пальца, пульс 110 слабый. Общее состояние больной ухудшалось. Сердцебиение плода не ясно. Что делать?

8. (№ 800 1890 г.) 20 лет 1-ая беременность. Таз 29, 25, 27, 19. Роды преждевременные IX л. м., продолжаются 23 часа. Предлежит головка, находится во входе, открытие на 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца. Отек верхних и нижних конечностей, головная боль, масса белка в моче. В течение следующих 4 часов появились припадки эклампсии и сопорозное состояние, открытие сделалось на 2 пальца, края зева мягки. Сердцебиение плода слышно. Что делать?

9. (№ 1129 1909 г.) 28 лет 3-я беременность. Таз 30, 25, 27, 18. Роды преждевременные на X л. м. продолжаются 7 часов. Произошел припадок эклампсии, через час—еще припадок, после которого больная все же начала приходить в себя; общее состояние ее удовлетворительное. Предлежит головка, находится над входом, подвижна, открытие на 2 пальца, края мягки, как это бывает чаще всего у многородящих. Сердцебиение плода хорошо слышно. Схватки правильные. Что делать?

10. (№ 4637 1903 г.) 19 лет 1-ая беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часа. Частые припадки эклампсии, их было 15. Тяжелое состояние роженицы. Матка открыта на 2 пальца, пузырь цел, предлежат ножки. Сердцебиение плода слышно. Схватки слабые. Что делать?

11. (№ 2989 1910 г.) 20 лет 1-ая беременность. Таз 31, 25, 27, 21. Роды преждевременные на X л. м. Поступила после того, как дома было 3 припадков эклампсии в полубессознательном состоянии. Общее состояние больной в общем удовлетворительное, t° нормально, пульс 90, припадки не повторяются. Предлежит головка над входом, открытие на 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца, пузырь цел. Сердцебиение плода слышно хорошо.

Схватки слабоваты. В виду того, что припадков в учреждении не было и в виду удовлетворительного общего состояния роженицы мероприятия ограничили применением метрейриза. Но несмотря на 6-ти часовое пребывание баллона в матке открытие не подвинулось и появилось два припадка эклампсии, следующих друг за другом через четверть часа. Что делать?

12. (№ 3902 1910 г.) 19 лет 1-ая беременность. Таз 32, 27 $\frac{1}{2}$ , 29, 20. Роды преждевременные VIII л. м. Припадки эклампсии в числе 6 часто следуют друг за другом. Мочи очень мало, в моче масса белка. Глубокое сопорозное состояние. Предлежит головка, находится над входом. Шейка укорочена, едва пропускает палец. Пузырь цел. Сердцебиение плода слышно. Что делать?

13. (№ 4552 1891 г.) 38 лет 6-ая беременность. Беременная VII л. м. Больная поступила в бессознательном состоянии, дома было 4 припадков эклампсии. В учреждении произошло еще 2 припадков и больше не повторялись. В моче много белка, количество мочи 400 в течение 12 часов. Через 12 часов при отсутствии припадков к больной вернулось сознание, общее состояние стало лучше. Что делать?

14. (№ 3542 1906 г.) 22 года, 1-ая беременность на VI л. м. Появились частые припадки эклампсии, одновременно появились схватки. Открытие матки на 1 палец, пузырь цел. Количество припадков достигло 10, общее состояние больной ухудшается, в моче большое количество белка. Что делать?

#### Ответы.

1. Наложить щипцы над наркозом немедленно, ибо может последовать опять припадок и опять припадок, ребенок может пострадать. Применять метод Kristeller'a это значит подвергать больную механическому беспокойству без уверенности в успехе. Больным эклампсией нужно давать покой, а если и беспокоить, то уж тем, что делать рациональную операцию. В данном случае были наложены щипцы, получен живой ребенок 4200. Припадков больше не было и родильница была здорова.

2. Наложить щипцы. В данном случае были наложены щипцы, получился живой ребенок 4000; родильница осталась жива и здорова.

3. Можно ограничиться тем, что разорвать пузырь, потому что сильные схватки и потуги должны повести к скорому окончанию родов. Плодный пузырь уже давно не нужен и, видимо только мешает родовому процессу быстро окончиться. В данном случае был разорван пузырь. Вскоре родился самопроизвольно живой ребенок 3300 весом. У больной было еще 3 припадков после родов. Затем она быстро поправилась.

4. Нужно скорее окончить роды, потому что припадков много, и увеличением их общее состояние больной ухудшается. Скорее окончить роды нужно тем более, что сердцебиение ребенка еще есть, после следующего припадков сердцебиение ребенка может прекратиться. Единственное средство окончить скорее роды это наложить щипцы, уступчивые края зева, открытого на 3 пальца, будут раздаваться и зев будет расширяться во время накладывания щипцов и во время тракций которые должны быть медленны, осторожны; если и произойдет разрыв шейки, то он при мягких краях и осторожных тракциях не будет большой. В данном случае были наложены щипцы, которые оказались трудными, получился ребенок в асфиксии, оживлен не был, вес его 3.600. Родильница перенесла сильный кольпит и выздоровела.



5. Перфорацию. Так и было сделано. Больная, перенесши *endometritis gangraenosa*, выздоровела.

6. Дело приняло такой благоприятный оборот, что лучше ничего не делать, лишь установить неусыпное наблюдение за больной. В данном случае так и было сделано. Вскоре при хороших потугах больная родила живого ребенка 3.300 весом, оставшись здорова.

7. Наложить щипцы, но предварительно сделать разрез шейки по Dührsen'у так как края зева не уступчивы, не эластичны. В данном случае так и было сделано: были произведены ножницами разрезы шейки, пузырь вскрыт, наложены щипцы; так как две тракции остались без успеха вследствие узости влагалища и неподатливости промежности, то был сделан разрез промежности, после чего головка выведена легко, получился мертвый ребенок 2.050. Оказался другой ребенок, предлежавший головкой, был сделан поворот и извлечен другой мертвый ребенок 2.100. Больная умерла.

8. Сделать разрезы шейки по Dührsen'у и наложить щипцы в той надежде, что головку недоношенного плода будет легче низвести в полость таза, чем—доношенного. Так и было сделано. Получен живой ребенок весом 2.300. Родильница осталась жива.

9. Можно сделать влагалищное Кесарское сечение по Dührsen'у. Но здесь можно и не очень спешить, припадков было только 2, они редки, общее состояние удовлетворительное. Можно, пожалуй, применить метрейриз. В данном случае был применен метрейриз. Баллон через 2 часа вышел, открытие на 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца, головка подвижна, пузырь цел; поэтому было приступлено к повороту. Получился живой ребенок 2.950. Мать умерла на 11-й день после родов от *ruemia*.

10. Влагалищное Кесарское сечение по Dührsen'у. В данном случае есть соблазн разорвать пузырь и низвести ножку. Но в случае необходимости прибегнуть к немедленному извлечению при 2-х пальцах открытия это поведет уже к опасному разрыву шейки; тем более, что ребенок—доношенный; конечно, предварительные разрезы шейки значительно уменьшают опасность. Здесь была низведена ножка и постепенным потягиванием за ножку удалось достигнуть раскрытия на 3 пальца, после чего ребенок хотя и быстро был извлечен, но получился мертвый весом 3.600. В главе об извлечении мы предупреждаем о том, что постепенное потягивание за ножку (для раскрытия зева и для других целей) есть метод, ведущий наверное к смерти ребенка. Мать в данном случае осталась жива.

11. Влагалищное Кесарское сечение по Dührsen'у. В данном случае так и было сделано. После поворота получился живой ребенок весом 3.050. Припадков больше не было и мать выздоровела.

Для последователей консервативного метода лечения, например, по способу проф. Строганова, не нужно было бы применять и метрейриза, а применять лекарственные средства и выжидать.

12. Влагалищное Кесарское сечение по Dührsen'у. В данном случае так и было сделано. Получено два живых ребенка после поворота на ножку того и другого, весом 2.150 и 1.700. Мать выздоровела.

В данном случае консервативный способ лечения заключал бы в себе больше опасности вследствие тяжелого общего состояния роженицы и сильно выраженной альбуминурии.

13. В виду прекращения припадков и улучшения общего состояния нет необходимости прибегать к каким-либо оперативным мероприятиям. Нужно назначить соответствующие режим и лечение. В данном случае так и было сделано. У больной в последующие дни стало больше мочи, меньше белка в моче, припадки не повторялись и

она родила самопроизвольно через неделю живого ребенка 1.650 весом, который вскоре умер; сама она выздоровела.

14. Ускорить процесс родов (точнее выкидыша) посредством метейриза, баллон должен быть малой величины и приступить к извлечению плода можно и не дожидаясь большого открытия. В данном случае для ускорения родов был введен буж; при открытии на  $1\frac{1}{2}$  пальца был разорван пузырь и низведена правая ножка; извлечен плод 600 грамм весом. Больная выздоровела.

## Внутриутробная смерть плода.

Если плод умирает внутри матки во время беременности, то он так и остается там некоторое время. Разумеется в нем происходят трупные изменения.

Если плод умирает до 3-х месяцев, то его тельце, не имеющее костей и состоящее из нежной эмбриональной ткани, содержащее наибольшее количество воды, разлагается и распадается иногда без остатка, или образнее сказать, растворяется, потому что оно, прежде чем исчезнуть, действительно уменьшается во всех размерах. Очевидно, здесь происходит расщепление белковых тел на подобие того, какое происходит под влиянием пепсина, кончающееся переходом или части белковых тел или всего белка в растворимое состояние, отчего от этого и получается внутри амниотического мешка, где должен находиться плод и где его уже нет, иногда жидкость мутноватая млековидная с примесью тканевых частичек, иногда же совершенно светлая, без всяких примесей.

Смерть плода в этой стадии беременности происходит одновременно с изменениями в самом яйце. Обычно происходят кровоизлияния, кровь профабрирует отпадающую оболочку; кровоизлияния, по видимому, бывают повторные, многочисленные, так как отпадающая оболочка разрушается, на ее месте замечаются кровяные слои, в которых еще можно увидеть отдельные кучки отпадающих клеток; эти наслоения крови бывают толстые, составляют плотный тяжелый кусок, на разрезе этот кусок представляется сплошным, только в одном его месте виден пузырь, наполненный жидкостью, это амнион уже без плода или с его остатками. Такое образование называют кровавым заносом, если же кровоизлияния произошли давно и кровь успела сильно измениться, так что слои имеют на разрезе уже беловатый цвет и консистенция заноса плотная, то получается так называемый мясистый занос—*Mola carnosae*.

Иногда кровоизлияния происходят в децидуальной оболочке не сплошные, а островками, тогда эти гематомы приподнимают ворсистую оболочку, получается впечатление, если смотреть на внутреннюю поверхность вористой оболочки (разумеется, по разрезе яйца) бугров или полипов.

Подобные изменения в яйце происходят в течение 2-х—3-х недель, затем следует выкидыш, при чем выходит только то, что описано под названием заноса, а плода уже не бывает.

Обычные изменения плодов, умерших после трех месяцев, состоят в мацерации. Явления мацерации становятся типичными и демонстративными с 5-ти месяцев, когда образовалась кожа с ее слоями. Мацерация происходит вследствие того, что плод находится в жидкости и, следовательно, — тогда когда, жидкость есть, когда плодный пузырь цел. В том же случае, когда плодный пузырь разорвется и жидкость изольется, происходит гниение плода вследствие проникновения микробов в полость яйца.

Мацерация выражается прежде всего в том, что эпидермис кожи подымается в виде пузырей, это происходит уже через 2—3 дня после смерти плода. Затем, если плод пробыл мертвым в матке более, около недели, эпидермис начинает сходить лоскутами, он легко сходит, если руками схватывать его тело, например, во время акушерских операций.

Если плод пробыл в матке больше недели, дней 10—12, то оказывается, что череп спался, кости в нем разошлись и болтаются в покровах черепа, как в мешке, суставы размягчены и всюду подвижны, подкожная клетчатка пропитана грязноватобурой жидкостью, отечна; такой отек бывает на голове и может пожалуй для неопытного симулировать родовую опухоль головки. Одновременно с этим идет размягчение внутренних органов.—Пупочный канатик оказывается имбибирован, принимает темнокрасную окраску. Пляцента становится бледною, пропитанною жидкостью.

Процесс мацерации идет в одних случаях быстрее, в других медленнее, так что по степени изменения плода нельзя судить о том, как давно он умер.

В других более редких случаях, когда умершему плоду придется не воспринимать воду, а наоборот отдавать ее окружающей среде, тело его подвергается мумификации, т. е. процессу, тождественному с высыханием, тело плода при этом не делается вполне сухим, оно не может быть сухим, так как кругом него оболочки не сухи, но в нем меньше воды, чем это ему полагается; повидимому из него всасывается избыток воды через оболочки так же, как через оболочки разсосались и околоплодные воды, при недостатке которых и возможен конечно этот процесс. Плод, подвергшийся мумификации, так же как и подсушенный плод дерева, например, груша, сморщивается, уменьшается в объеме, ткани его плотноваты, присохли к костям; цвет его сероватый, желтоватый, околоплодных вод почти нет, если и есть немного, то они густы с осадком. Мумификации подвергается чаще всего плод при двойнях, когда один плод живет, а другой умер. Живой плод со своими оболочками оттесняет его в сторону, теснит его настолько, что он сплющивается, иногда настолько, что становится весь тонок, как бумага—*Foetus compressus, foetus parvugaceus*).

Если плод родится вскоре после смерти, то иногда замечают в нем признаки трупного окоченения.

Бывает так, что умерший плод остается в матке несколько месяцев. У нас под наблюдением находилась одна женщина, у которой от последних регул прошло 15 месяцев и матка была величиною соответственно 5 лунным месяцам беременности (*Missed labour*). Если женщина беременна, положим, уже 5 месяцев, а матка у нее с двух месяцев перестала увеличиваться и в настоящее время ее величина соответствует двум месяцам, и она начинает выкидывать, то такое состояние можно назвать по английски-же *missed abortion*. При таких выкидышах, где плод замер еще в ранней стадии беременности, выходит кровяной или мясистый занос; если же плод умер после пяти месяцев, то он в конце концов сморщивается и уменьшается сильно в своем объеме. Роды наступают иногда в свой срок, иногда-же через несколько месяцев после срока, а иногда и до своего срока. Отчего вдруг наступают схватки, объясняют различно. Некоторые говорят, что наступают ежемесячные приливы крови к матке, заменяющие собою менструации, во время одного из таких приливов и наступают схватки.

Внутриутробная смерть плода не вызывает каких-нибудь определенных симптомов у матери. Указывают на то, что женщины после смерти плода жалуются на ознобы, дурной вкус во рту, чувство общего недомогания. Мы спрашивали о всем этом у таких женщин и определенных ответов не получали.

Оне лишь указывают, что у них перестал шевелиться ребенок и что груди раньше нагрубали и были выделения из них, а теперь стали вялы, отделений нет.

Если беременность сопровождалась болезненными явлениями: болями, рвотой, альбуминурией, расширением вен и пр., то после смерти плода все это исчезает.

Конечно, если воды прошли, то плод подвергается гниению; возникает тяжелая картина гнилостного эндометрита с повышением  $t^{\circ}$ , с ознобами, с крайне вонючими отделениями, иногда с накоплением газов в матке (*physometra*); газы скопляются в матке в огромном количестве, растягивают ее, так что при перкуссии матки вместо тупого звука получается тимпанический. Даже после родов в матке иногда опять скопляются газы, матка и после родов начинает увеличиваться, может принять размеры приблизительно такие же, как и до окончания родов, клинически это замаскировывается тем, что над маткой тимпанический звук и увеличение живота могут объяснять лишь вздутием кишек вследствие перитонита, обнаруживается же такое состояние матки на вскрытии.

Старые статистики указывали, что рождение мацерированных плодов не вызывает повышение послеродовых заболеваний. Из новых же статистик выходит, что повышение  $t^{\circ}$  после рождения мацерированных детей происходит чаще, чем после рождения живых детей. Kothen на 70 случаев с мацерированными плодами повышение  $t^{\circ}$  до  $38^{\circ}$  насчитывает у 14, что составляет 20%—процент повышенный сравнительно с обычными родами. Важно то, что среди этого (маленького) материала ниодного случая тяжелого пuerперального заболевания не было.

Во время родов прохождение мацерированного ребенка через мягкие родовые пути совершается мягче, с меньшим количеством ранений, трещин и пр. Неправильные положения и членорасположения плода не вызывают показаний к неременному исправлению этих неправильностей; если предпринимаются родоразрешающие операции, то они направлены в сторону уменьшения объема плода для защиты мягких частей матери; все это должно уменьшать склонность к пuerперальным заболеваниям и компенсировать то неблагоприятное обстоятельство, что оболочки после мацерированных плодов вследствие своей большей дряблости имеют склонность задерживаться частично в матке и скорее загнить, чем оболочки, задержавшиеся после живого ребенка.

*Распознавание смерти плода* в течение первой половины беременности возможно лишь на основании одного признака: если величина матки не соответствует времени беременности, матка меньше, чем она должна быть по счету и при повторных исследованиях матка не увеличивается, а, наоборот, обнаруживает склонность уменьшаться. Во второй половине беременности указание беременной на то, что ребенок перестал шевелиться, имеет важное значение, но не абсолютное: все же это признак субъективный, женщина может ошибаться. Основывать свою диагностику на том, что груди опали, что женщина стала хуже себя чувствовать, нельзя; все это шатко и неопределенно. Даже нельзя основываться на том, что сердцебиение плода не слышно, так

как при известных положениях плода оно бывает не слышно тогда, когда оно есть. И здесь, единственное условие, когда мы можем утвердительно высказываться о внутриматочной смерти плода, это когда матка уже успеет уменьшиться и когда величина ее вообще не будет соответствовать количеству месяцев беременности.

*Терапия.* Если установлено, что у беременной плод умер, то это не служит показанием к какому нибудь вмешательству; нужно спокойно дожидаться, когда наступят схватки и матка сама вытолкнет из себя труп младенца с последом.

Во время родов также смерть ребенка сама по себе не служит показанием к вмешательству, если воды прошли не рано, т<sup>о</sup> нормальна и все вообще относительно матери обстоит благополучно. Если есть признаки начинающегося гниения в матке, то нужно теми или иными способами добиваться скорейшего родоразрешения. При беременности до 3-х месяцев—удаление яйца из матки, как описано. После 3-х месяцев расширение шейки, если она еще не открыта в достаточной мере, посредством баллона и извлечение плода. При предлежании головки шипцы не накладываются, а делается прямо перфорация и краниоклязия. При большой спешности можно и не дожидаться полного открытия, когда ребенок даже доношен; если задержатся плечики, то можно потихоньку низвести ручки, если понадобится, можно сделать переломы ручек, и затем тянуть за них; в случае надобности можно перфоратором пройти в грудную полость и схватить туловище краниокластом за спинные позвонки, словом, нужно делать все, чтобы щадить целость мягких родовых путей матери, потому что этим мы предохраняем последнюю от пuerперальных заболеваний.

При предлежании ягодиц, если низведенная ножка при потягивании начинает отрываться, можно схватить краниокластом за крестец и так извлечь ребенка.

При предлежании плечом, нужно делать декапитацию.

## Задержка в выходе последа.

Основательная задержка последа происходит в следствие того, что детское место не отделяется от стенки матки. Не отделяется детское место, во первых, при отсутствии маточных сокращений, во вторых, при приращении детского места. Но все это редкие явления.

Обыкновенно же, как заурядное явление, задержка в выходе последа происходит уже после того, как детское место отделилось. Такая задержка происходит: вследствие переполнения мочевого пузыря, вследствие перегиба матки вперед, о чем мы уже говорили, и вследствие судорожного частичного опоясывающего сокращения мышц матки. В последнем случае послед или остается выше кольца сокращения или кольцевидное судорожное сужение матки перехватывает выходящее детское место и делает его похожим на форму песочных часов, при чем часть его ниже кольца сокращения свободно свешивается, а верхняя оказывается как бы запертой; всякие усилия высвободить ее, как примененные снаружи, так и внутренние, т. е. вытягивание за висящую часть или проникание в полость матки пальцами выше кольца остаются без результата. Судорожное сужение просвета матки бывает чаще всего на уровне внутреннего зева, но бывает также на всех уровнях тела матки.

Такое сужение полости матки происходит вследствие сокращения толстых мышечных пучков, идущих поперек боковых стенок матки от переднего поверхностного мышечного слоя матки к заднему такому же слою; об этих мышечных пучках мы неоднократно говорили.

Случаи такого сужения матки и ущемления в этом сужении последа в настоящее время очень редки. В старину они были, наверно, чаще, так как в старинных учебниках вопросу *incarceratio placentae* посещались целые главы. Объясняется это тем, что в старину, со времен еще Маугисеаух, третий период родов проводили очень активно: извлекали послед рукой или за пуповину, не стеснялись вводить руку во влагалище и в матку по малейшему поводу, так как считали, что чем скорее выйдет послед, тем лучше, что малейшее задержание последа несет большой вред.

Неудивительно, что матка реагировала на механические раздражения, связанные с таким активным образом действий, судорожным сокращением своих мышц, которое бывает, как нам известно, не равномерным, частичным. Назначение приема спорыньи еще до выхода последа тоже играло этиологическую роль в происхождении *incarceratio placentae*. Лечение — противоспазмотическое: покой, выжидание, если нет кровотечения, согревающий компресс, *parcotics*. Хлороформ в этих случаях нужно признать специфическим средством, под его наркозом обыкновенно удаётся беспрепятственно удалить так или иначе послед из матки.

Отделение детского места от стенки матки происходит в силу сокращений мышц матки, стремящихся приравнять выбухшую часть стенки с прикрепленным к ней детским местом, как это выяснили работы

Pinard'a et Varnier. Конечно, если после изгнания плода матка совсем перестает сокращаться, то и отеления детского места не произойдет. В этом случае при ощупывании низа живота не ощущается плотности матки и контуры ее можно определить разве лишь постукиванием. Если детское место остается не отделившимся полностью, то кровотечение не происходит, если же часть детского места успела отделиться, а часть вследствие бездеятельности маточных мышц остается не отделившейся, то возникает кровотечение; матка переполняется кровью, рожница бледнеет, наступает обморочное состояние, пульс падает. Лечение—массаж матки, выдавливание сгустков крови, горячие спринцевания. После выхождения послета нужно несколько часов следить за сокращением матки, за тем,—нет ли кровотечения; при расслаблении матки нужно повторять массаж ее.

Когда говорят или пишут, что послед задержался вследствие приращения детского места к стенкам матки и что пришлось отделять приращение детского места рукою, то, признаться сказать, мы этому не верим. Во всех тех случаях, где трактовалось приращение детского места, мы его не находили и, если по какой нибудь надобности нужно было вводить руку в полость матки и удалять детское место, то мы захватывали покрепче и поудобнее детское место где нибудь с края, или отделившегося или отделенного в известном слое пальцем, и постепенным стягиванием отделяли послед, что нам при таком способе удавалось делать на чисто, чище, чем сначала отделить детское место пилообразным движением пальцев и потом удалять его; еслибы в этих случаях детское место было действительно приращено, то таким стягиванием отделить его не удалось бы, потребовалось бы, несомненно, больше силы, чем можно было применить при захватывании мягкой ткани детского места. Мы уже не говорим о тех случаях, где говорится о приращении детского места и где приращение устраняется или наружными приемами или катетеризацией мочевого пузыря. В большинстве случаев ручного отделения детского места, предпринятого лишь по поводу его приращения мы видим полипрагмазию. Такого же мнения держатся и другие современные акушеры. Crede' и Schroeder даже вполне отрицали существование приращений детского места. Практика все же показывает, что они существуют, но как исключительная редкость. Тогда при отделении детского места ощущаются тяжи, протянутые между детским местом и стенкой матки, которые бывают иногда так плотны, что насилу разрываются пальцем, при чем получается ощущение нечистого отделения; на стенках матки висят остатки тяжей в виде лахмотьев, остатки ткани детского места, которые никак не удается удалить отжиманием концами пальцев; иногда даже не удается это сделать полностью и ложкой.

Причиной приращения детского места раньше считали воспалительный процесс в нем (placentitis) и связанное с ним развитие соединительной ткани. Но подробные микроскопические исследования приращенных детских мест не обнаруживают признаков воспаления.

Все современные исследователи случаев приращения детского места, когда приходится исследовать и детское место и стенку матки в один голос отмечают в этих случаях атрофию *serotinae* или полную или частичную. При нормальных условиях отделение детского места от матки происходит в губчатом слое *deciduae serotinae*, при атрофии же последней ворсы детского места оказываются уже между мышечными пучками стенки матки (плавающими в кровяных синусах, находящихся в стенке матки); когда после рождения плода матка оказывается более или менее сократившеюся, то головки ворс оказываются ущем-



ленными мышечными пучками матки и отойти не могут; тяжи, ощущаемы пальцем при отделении детского места, не есть соединительнотканые тяжи, обязанные своим существованием воспалению, а есть ворсы, их стебли.

Причина же атрофии *deciduae sero-frina* остается не выясненной.

Известно, что приращение детского места повторяется у одних и тех-же женщин несколько раз.

При настоящем приращении детского места женщины находятся в опасном состоянии. Возникает сильное кровотечение, ручное отделение детского места продолжается долго, а кровотечение продолжается и даже иногда усиливается. К концу операции женщина может впасть в такое состояние анемии, что уже не имеет сил оправиться и умирает через несколько часов. Кроме того опасность может возникнуть во время самого отделения детского места вследствие крайнего истончения стенки на месте приростания. Нередко оператор начинает настойчиво преодолевать препятствие, при усиленном отделении отрывается часть мышц вместе с ворсами. Случалось, что при такой работе стенка матки прорывалась.

Поэтому в случае трудно преодолемого препятствия лучше не настаивать на полном отделении детского места, а затамионировать получше полость матки. Через несколько дней отделение остатков детского места удастся легко, или даже происходит самопроизвольное их выхождение.

Приросшие остатки не так расположены к загниванию и к инфекции, как остатки, не приросшие, а уже отделившиеся, так как первые еще питаются, они живые, а последние являются мертвым материалом.

В крайних случаях, при неудержимом кровотечении или при прорыве матки и кровотечении в брюшную полость, могут явиться показания к экстирпации матки, как к *ultimum refugium*.

#### **Кровотечение вследствие атонии матки.**

Кровотечение в течение III периода родов и вскоре по выходе послера бивают обыкновенно вследствие двух причин: разрывов и задержки оболочек или части детского места.

Разрывы, дающие кровотечение, могут иметь место на наружных половых частях. Наиболее кровоточат разрывы клитора и пещеристых тел, идущих от клитора по нисходящим ветвям лобковых костей, потом разрывы около отверстия мочеиспускательного канала. Могут дать сильное кровотечение разрывы стенок влагалища и особенно сводов. Но особенно сильное и опасное кровотечение дают разрывы шейки, эти разрывы тем более неприятны и опасны, что если они помещаются в верхних частях шейки, то их трудно найти, их не замечают часто, гораздо чаще, чем принято думать. Бывают случаи разрыва отдельных сосудов в клетчатке, где нибудь над сводами в то время, как нигде во влагалище и в шейке не видно разрывов, по крайней мере, проникающих; нам приходилось переживать один такой случай, где ни один из многих исследующих врачей не нашел никакого разрыва, на вскрытии же обнаружился разрыв большого сосуда над небольшим разрывом влагалищного свода.

Случаи кровотечения, зависящие, несомненно, только от атонии матки, есть большая редкость и всю массу случаев так называемого атонического кровотечения, мы считаем подозрительною в смысле не распознанного разрыва.

Все обычно перечисляемые причины атонии матки, после рождения ребенка, как то: утомленность маточной мышцы после продолжи-

тельных сильных схваток, быстрое опорожнение матки при быстрых родах, слишком сильное растяжение матки, зависящее от двоен или от многоводия, мы считаем, признаться сказать, не отвечающими действительности. Ведь после каких продолжительных и трудных родов не бывает никакой атонии? Наоборот, матка, только что имевшая силу изгонять ребенка, для таких маленьких, сравнительно, сокращений, как в III периоде, обыкновенно сохраняет еще достаточно и сил и возбудимости. А после двоен и многоводия кровотечения бывают, положительно, не чаще, чем при прочих родах.

Вот гемофилия, воспалительные изменения стенок сосудов или перерождение их (гиалиновое), изменение стенки матки множеством межстеночных фибром, это—несомненные причины сильных кровотечений, но это уже нечистые случаи атонии, основная причина не в ней.

В то время, когда послед находится еще в матке, бывает так, что матка делается большой, вялой, а внутри матки скопляется много крови; обычно, если во время обратить на это внимание и начать массировать матку и выжимать из нее кровяные сгустки, матка опять сокращается и довольно энергично. Если такое расслабление матки и следующее за ним сокращение происходят после выхождения последа, то это говорит скорее о задержке оболочек, чем об атонии. Если в матку была введена рука и полость матки обследована на присутствие оболочек, последние, если были там, удалены и если нет кровоточащих разрывов нигде, а матка не сокращается, остается расслабленной, не опутимой со стороны брюшных стенок, то признается атония матки.

Количество крови, которое могут выносить больные без вреда для себя, т. е. еще физиологическое ее количество не должно превышать 1000, 0, т. е. одно кило. 1500, 0—2000, 0—вызывает уже среднюю степень анемии и 2500 вызовет тяжелую анемию, связанную с опасностью жизни. Впрочем, различные организмы весьма различно переносят одну и ту же степень потери крови. Мы видели случаи смерти от, сравнительно, небольшой потери крови, которую можно было бы назвать средней; на вскрытии оказывалось, что в почках или в печени старый воспалительный процесс.

Лечение атонии—массаж матки и неослабное наблюдение за ней. Массаж нужно производить все-же внимательно, умело, не поручать его акушерке, и особенно неопытной или небрежной. Нам случилось наблюдать, что акушерка делает массаж не матки, матка находится во время ее массажа выше ее руки, где нибудь у края ребер. Иногда приходится делать сильные частые трения всей рукой, иногда же для большого раздражения поверхности матки сильное и частое трение приходится делать концами пальцев. Когда матка начинает сокращаться и удовлетворительно, то силу массажа ослабляют, а также начинают делать его медленнее. Мы пробовали делать массаж по направлению тех мышечных слоев и пучков, которые мы описали в нашей работе о мускулатуре матки и ее связок, пробовали, конечно, не в момент самого значительного расслабления матки, а тогда, когда она начинала понемногу сокращаться. Растирание по средней линии мы производили сверху вниз, по бокам от срединного пучка—в поперечно-косом направлении, т. е. от матки к паховому каналу, а также на передней поверхности матки по сторонам от срединного пучка в круговом направлении соответственно рисунку поверхностных пучков передней поверхности матки. Результат такого массажа, соответствующего общим правилам массажа—вдоль направления мышц, был, как будто, лучше обычно делающегося.

Внутриматочные манипуляции, например, отделение и выведение оболочек из матки, выполаскивание матки горячей водой представляют из себя довольно действительными средствами против атонии.

Если этих средств недостаточно, то Фритч советует прижимать матку к симфизу, а Laserstein—повернуть матку вокруг ее длинной оси и прижать к лону. Кроме того советуется—особенно акушеркам—сжимать матку руками, одной схватив ее со стороны брюшных стенок, другой—со стороны влагалища.

Далее рекомендуют захватить переднюю и заднюю губы шейки курельцангом, низвести матку и так держать. При этом можно кстати уже затампонировать полость матки полнее, поплотнее, посознательнее, поглубже, длинной длинной полоской марли.

## Выворот матки после родов.

### Inversio uteri.

Выворот матки весьма редкое явление.

Выворот матки бывает неполный, когда дно матки или даже часть его ввернется в полость матки, вследствие чего на наружной поверхности матки получается воронкообразное углубление, а на внутренней—выпуклость.

При полном вывороте вывороченная часть проходит через внутренний зев, через шейный канал и находится во влагалище или даже выходит наружу; в сильно выраженных случаях получается между ног большая кровоточащая опухоль, при чем выворачиваются наружу и стенки влагалища, получается—*prolapsus uteri inversi*. В глубокой большой воронке на месте дна матки помещаются трубы, *ligamenta rotunda*, *ligamenta ovarii*, *plexus pampiniformis*, а также могут оказаться там и яичники.

Причины—расслабление мышц стенок матки или частичное, тогда и инверзия получается частичная или всеобщее, тогда и инверзия получается полная. Но одного расслабления мало, нужно, чтобы в момент отсутствия сокращений мышц матки, в момент расслабления ее стенок подействовала какая нибудь сила. Такая сила появляется при короткости пуповины как абсолютной, так и относительной, при очень быстрых родах, когда женщина стоит, ребенок падает на пол, происходит сильное натяжение пуповины.

Бывают случаи инверзии при отделении детского места, когда схвативши за часть детского места неумело тянули его вниз, а оно оказалось приросшим тою частью, которая не была захвачена рукой. Также происходили случаи инверзии при неосторожном, неумелом применении способа Среде для удаления последа или при грубых попытках удаления последа потягиванием за пуповину.

*Симптомы.* Коллапс, обморочное состояние, рвота, малый частый пульс, кровотечение из вывороченной слизистой оболочки матки сопровождают инверзию. Эти симптомы понемногу стихают и если инверзия не устранена, то она может остаться надолго, перейти в хроническое состояние. Поэтому-то инверзия описывается и в учебниках гинекологии.

*Распознавание.* Коллапс, падение пульса, одновременно с этим отсутствие матки на ее месте, иногда прощупывание воронкообразного углубления на месте матки, появление опухоли с кровоточащей неровной поверхностью во влагалище или среди наружных половых органов, вся совокупность этих явлений делает диагностику в большинстве случаев нетрудной. Прогностика всегда серьезна. Опасность грозит от кровотечения и сепсиса.

*Лечение* состоит в вправлении инверзии рукой. Иногда достаточно оказать сильное давление пальцами или даже кулаком на вывороченное дно матки. Или же требуется сначала сжать вывороченную часть рукой и тогда втиснуть ее на место.

Иногда приходится делать экстирпацию матки.

После вправления дают спорынью для сокращения матки.

---

---

## Послеродовые воспалительные заболевания.

В подавляюще громадном большинстве случаев повышение  $t^{\circ}$  в первые дни после родов есть симптом воспалительных процессов в половых органах родильницы.

В настоящее время, в эпоху открытий Листера, Пастера, Semmelweis'a, Mendell Holmes'a, на послеродовые послепалительные заболевания, локализирующиеся в половой сфере, смотрят как на болезни ран. Возбудители заболеваний те же, т. е. следующие микроорганизмы: стрептококки, стафилококки, bacterium coli, гонококки, пнеймококки, bacillus perfringens, proteus vulgaris, анаэробные бактерии гниения и распада. Клинические наблюдения показывают, что процессы те же, что и при заболеваниях ран. Во входе влагалища, во влагалище, на шейке матки всегда остаются после родов большие или меньшие следы травмы: ушибы, кровоподтеки, надрывы, разрывы, более или менее заметные трещины, а полость тела матки после отделения оболочек и особенно на месте отделения детского места представляет из себя сплошную рану. Вот инфекция этих ранений перечисленными возбудителями воспаления и составляет сущность послеродовых воспалительных заболеваний. К такому заключению пришла современная наука после долгого темного пути теорий и предположений. Узнав причину и способы предохранения от этого рода заболеваний, наука все же не обладает верным средством бороться с инфекцией, проникшей в ткани, и послеродовые заболевания остаются до сих пор истинными бичами женщин, родящих детей, и истинными врагами врачей—акушеров, потому что последние в деле борьбы с проникшей инфекцией не могут до сих пор стоять на твердой почве, не могут ни удалить проникших в ткани микробов, ни обезвредить их, ни прекратить их распространения. Если и то и другое делается, то делается само собой собственными, пока еще далеко не изученными, силами организма.

В хирургии метод асептики дает лучшие результаты, чем в акушерстве. После хирургических чистых операций повышение температуры есть редкое исключение. После же совсем чистых родов, проведенных безусловно асептически в благоустроенных учреждениях, процент повышения температуры равняется все еще 10% до 30% и более (в разных учреждениях). Количество случайных повышений, входящих в этот процент, должен быть ничтожен, и если отнести громадную часть этих повышений на инфекцию, то этот процент ужасающе велик. Мы сами прибегали чуть ли не к героическим средствам, чтобы строже провести метод асептики, и все таки повышения температуры продолжали повторяться в значительных процентах. Приходится допустить, что у родильниц есть особые предрасполагающие условия к инфекции половых органов и к повышению температуры. И, действительно, если сравнить условия, в которых находится чистая рана, произведенная ножом хирурга, и те раны и ранки, которые остаются после родов, то разница получается большая. Хирургическая чистая рана, края которой соединены швами, заживает *per primam intentionem*, при чем отде-

лений почти не бывает никаких. Если хирургическая рана остается не зашитой, то отделения раны обильны и заживление раны происходит не так быстро. Если же рана нагнаивается, то отделения раны — очень обильны, продолжаются долго и заживление очень затягивается. Всякому хирургу из повседневного опыта отлично известно, что если гденибудь в ране происходит застой отделений, то сейчас же повышается температура у больного, больной чувствует себя вообще хуже; поэтому первая забота всякого хирурга, лечащего рану, обильную отделениями, обеспечить свободный отток последних.

У родильниц все раны и ранки остаются открытыми, за исключением разрывов промежности, которые зашиваются.

Эти раны и ранки поэтому изобилуют отделениями; внутренняя поверхность тела матки отделяет из себя всю массу послеродовых очищений, которые орошают эти ранки. Поэтому эти ранки и раны долго не заживают и весьма склонны к инфекции. А всегда ли обеспечен хороший сток выделений из половых органов после родов? Далеко не всегда. Отделения могут застаиваться при всяком покойном лежании родильницы если не в матке, то во влагалище, в его сводах. Когда отделения застаиваются в матке вполне, то получается определенная картина болезни, описываемая под названием лохиометра. Но в матке отделения могут застаиваться частично и на непродолжительное время, например, при временной вялости и плохом сокращении матки. Все эти случаи застоя выделений также предрасполагают к повышению температуры.

Далее на мягких родовых путях после родов остаются размятые ушибленные места с кровоподтеками, с омертвением местами тканей. На поверхности слизистой оболочки тела матки находятся остатки отпадающей оболочки, иногда свешивающиеся небольшими лоскутами, бывают также остатки яйцевых оболочек и даже детского места. Все это, как хорошо известно, является предрасполагающим моментом для инфекции, ибо всякая поврежденная, омертвевшая и омертвевшая ткань является удобным местом для развития в ней микроорганизмов, в то время как живая здоровая ткань обладает многими средствами для борьбы с поселением в нее микробов. Но дело в том, что и с этой стороны после родов, повидимому, дело стоит не так прочно, как в послеродовом состоянии. Всякий акушер, занимающийся в то же время и хирургической деятельностью, при работе на послеродовых тканях испытывает особенные условия: ткани наружных половых частей и мягких родовых путей всегда особенно сочны, рыхлы, обильно снабжены кровью и лимфой; несомненно, такие ткани обладают особенными физическими и физиологическими свойствами, что и ощущается при дотрогивании до них, при вкалывании в них иглы, при стягивании шелком. Нужно думать, что такая ткань не так способна противостоять внедрению, поселению и распространению в них микроорганизмов. Указанными свойствами тканей после родов могут быть объяснены случаи, когда ткани были инфицированы еще до беременности, после же родов старая загложшая инфекция обостряется: вспыхивает температура, микроорганизмы, мирно сидевшие в тканях еще до родов, приобретают возможность после родов опять размножаться и распространяться и давать обострения старых воспалений напр. гонококковых.

Раз половые органы после родов становятся особенно восприимчивы к инфекции, раз зараза к ним особенно охотно, так сказать, прилипает, то и внешних условий к инфекции как в обычной жизненной обстановке, так даже и в специальных учреждениях масса. Только

разве дикие животные, живущие порознь, предохранены от этого зла. Какое огромное значение в отношении занесения инфекции в половые органы имеют руки врачей и акушеров, этих неизбежных агентов во время родов при культурной обстановке, об этом мы неоднократно говорили. Но если исследование или операция производится в стерилизованных перчатках или абсолютно чистыми руками, то инфекция может быть продвинута при введении внутрь руки или пальца из наружных половых органов во влагалище, из влагалища в шейку матки, из шейки матки в полость матки, так как ведь наружные половые части обеззаразить весьма трудно, вполне даже невозможно; в складках кожи, среди корней волос сколько ни мой, все равно до полного исчезновения микробов не домоешься. А если есть поблизости инфицированные места, как напр., воспаление мочеиспускательного канала, Бартолиновых желез, сальных и потовых желез, то проникновение инфекционных начал во влагалище при введении пальцев или инструмента можно считать почти неизбежным. Близость заднего прохода также сильно компрометирует это место в смысле инфекции, главным образом, посредством кишечной палочки (*bact. coli commune*), которая иногда обладает способностью давать сильную, глубокопроникающую инфекцию.

#### **Vulvo-vaginitis S. Kolpitis puerperalis.**

Локализация процесса, обуславливающего повышение температуры после родов, часто обнаруживается как раз в самых суженных местах мягких родовых путей, именно во входе влагалища и в шейке, т. е. в тех местах, где происходят чаще всего ранения.

Кольпит, т. е. воспалительное заболевание влагалища обыкновенно и выражается в том, что происходят болезненные изменения прежде всего, а часто исключительно в местах надрывов, трещин и разрывов во входе влагалища.

Если послеродовой процесс проходит нормально, то поверхность указанных надрывов и разрывов—ровная, розоватого цвета, мало отличающаяся от цвета окружающей слизистой оболочки. При инфекции же поверхность надрывов покрывается серовато—желтоватым налетом, иногда просто серым. Налет может обнаружиться уже в первый день после родов, чаще же—на второй или третий день. Наличности этих налетов бывает уже достаточно, что бы признать кольпит, даже если остальная слизистая имеет нормальный вид.

Если осмотреть всю слизистую оболочку влагалища посредством зеркала, то на ней часто не обнаруживается изменений; иногда же слизистая оболочка представляется местами покрасневшей; изредка бывает и так, что замечается разлитая краснота по всему или почти по всему влагалищу—*colpitis diffusa*, при чем сильно выраженных налетов может и не быть. Заболевшие места надрывов начинают усиленно отделять сначала серозногнойную, а потом гнойную жидкость. Самый налет состоит из фибрина, пропитанного лохиями, из микроорганизмов, возбуждающих заболевание (чаще всего стрептококков), из многочисленных лейкоцитов и омертвевших элементов подлежащей ткани. Когда заболевание сильно, то процесс может идти несколько в глубину, происходит язвенная поверхность, получается то, что в прежнее время называли *ulcera puerperalia*. Теперь это название встречается редко потому, что самые процессы под влиянием асептики и антисептики стали в общем менее злокачественны и до образования настоящих язв дело доходит реже. Вместе с этими местными явлениями повышается температура, пульс становится частым, напряженным, беспокойным. У

больной появляется нередко краснота лица, глаза начинают беспокойно блестеть, нередко появляется головная боль, словом, получается картина общей интоксикации.

Постараемся разобраться, насколько позволяют нам современные знания, что здесь происходит. В борьбе со всяким врагом нужно прежде всего спокойнее, хладнокровнее и подробнее ориентироваться. Возбудителями кольпитов являются чаще всего стрептококки и стафилококки, к ним нередко примешивается один или несколько из следующих видов бактерий: *bacterium coli*, гнилостные бактерии, *bacterium perfringens*, *bacterium racemosum* и др.

Попадая на рану в большем или меньшем количестве они находят благоприятные условия для своего питания и размножения. Своей жизнедеятельностью, выделяемыми ими ядами они раздражают занятую ими живую ткань, которая реагирует на раздражение воспалением. Получается прежде всего воспалительное расширение сосудов подлежащей ткани, результатом чего, как известно, является прохождение сквозь стенки сосудов жидких составных частей крови и белых кровяных телец. В жидких составных частях крови находятся алексины, агглютины и бактериолизины, вещества, способные обессиливать, умерщвлять и растворять микроорганизмы.

Вышедшие кровяные тельца представляют из себя одноядерные эозинофильные лейкоциты, фибробласты, полибласты, и многоядерные свободные клетки с нейтрофильными ядрышками, последние вырабатываются, повидимому, костным мозгом, а может быть также селезенкой и лимфатическими железами. Свободные клетки указанных форм собираются в большем или меньшем количестве и скоро в их телах находятся микроорганизмы по несколько штук. Микроорганизмы, как поглощенные свободными клетками, погибают, перевариваются ими. В открытых ранах, как это бывает при кольпите, поглощенные микроорганизмы просто уносятся свободными клетками в общем потоке последовательных очищений.

Вирулентные и стойкие микроорганизмы прежде, чем быть поглощенными, должны подвергнуться действию агглютина, который размягчает их оболочки, вследствие чего микроорганизмы начинают прилипать друг к другу, слипаться в кучки, при чем они являются уже ослабленными. Свободные клетки может быть и сами выделяют агглютин.

Но микроорганизмы в свою очередь защищаются против химического воздействия химическими же средствами, они выделяют из себя агг्रेसины, которые связывают алексины, агглютины и тем парализуют их действие. Так что когда микроорганизмы поглощены свободными клетками, но не умерщвлены окончательно, то может произойти и так, что уничтожается жизнь клетки, а микроорганизмы остаются в ней живы; тело клетки в этих случаях служит особо благоприятной средой.

И так на местное воспаление нужно смотреть как на процесс благодетельный большею частью для организма, защищающий его от размножения, от распространения поселившихся на рану микробов в глубь тканей и в кровь. Чем сильнее воспаление, тем, следовательно, организм сильнее борется, тем больше шансов на успех организма. Сила воспаления, конечно, зависит еще и от рода и от вирулентности микроорганизмов. Поэтому чем вирулентнее, например, стрептококк и чем сильнее будет реагировать организм, тем сильнее будет местное воспаление. Если же возбудителем явится очень вирулентный стрепто-



кок, а организм будет реагировать на месте его проникновения слабо, т. е. воспаление будет слабо выражено, то дело будет плохо.

Повышение температуры, изменение пульса и общего состояния при местном воспалении объясняется всасыванием из больного места токсинов и эндотоксинов. Если токсины являются, как мы уже говорили, продуктом жизнедеятельности микроорганизмов, то эндотоксины есть продукты разложения мертвых микроорганизмов, их так сказать, трупов. Физиологическое действие токсинов и эндотоксинов, а стало быть и их химический состав весьма различны.

Если и в глубине влагалища есть надрывы и разрывы, то и они покрываются налетом и воспаляются. Надорванные стенки влагалища являются иногда местами почерневшими, омертвевшими вследствие сильного разминания во время родов (особенно после трудных щипцов). Рядом с этими местами видны налеты; все это покрыто обильным гнойным выделяемым и издает зловонный запах—*colpitis gangraenosa*.

Наружные половые части являются при кольпите иногда отечными. Иногда воспаление распространяется на паравагинальную клетчатку, *paracolpitis*. Иногда воспаление распространяется в подкожную клетчатку наружных половых органов получается *phlegmone vulvae*. Но чаще кольпиты распространяются просто по слизистой оболочке в направлении кверху, т. е. на слизистую шейки и полости матки. Этому способствуют врачебные воздействия, предпринимаемые как с диагностической, так и с лечебной целью: достаточно провести палец или наконечник в полость матки, как инфекция из влагалища будет занесена в матку.

Если есть разрыв шейки и место разрыва инфицировано, воспалено, покрыто налетами, то происходит все то, что описано о кольпитах. Инфекция с шейки легко переходит на околоматочную клетчатку.

Если вход влагалища и влагалище заражаются палочками дифтерии, то получается толстый беловато блестящий налет, крепко сидящий на подлежащей ткани; получаются дифтеритические налеты. Нужно все же заметить, что подобные им серые налеты, не снимающиеся, крепко сидящие на подлежащей ткани встречаются и при недифтеритическом заражении.

Если болезнь, остается местной, не распространяется в матку, в клетчатку, в кровь, на брюшину, то налеты начинают исчезать, язвы очищаются, что бывает на 3-4-6-8 день после заболевания. Тогда появляются на ранках грануляции, каковой процесс считается по справедливости самым надежным в смысле защиты организма от распространения инфекции вглубь тканей. Если инфекция не распространилась кроме того и в матку, то температура начинает понижаться и наступает выздоровление. Происходит затем постепенное зарубцевание ран, которое длится иногда довольно долго, несколько недель. После сильных гангренозных кольпитов получают обширные рубцы, изменяющие форму влагалища и суживающие его.

В заключение о налетах нужно сказать, что вид налетов не всегда характеризует опасность заболевания. Бывают случаи, когда наблюдаются обширные серые налеты, а температура, пульс и общее состояние остаются нормальными, также бывают случаи, когда бактериологическое исследование показывает присутствие в налетах стрептококков и температура остается все же нормальной.

И наоборот, при незначительных налетах развивается картина жестокого сепсиса. Мы помним один давнишний случай из нашей практики. Пожилая первородящая, нам пришлось накладывать выход-

нья щипцы. Во время извлечения головки мы попросили акушерку дать ножницы, чтобы произвести боковые насечки. Она подала ножницы, но не те, которые были вскипачены и лежали вместе с другими инструментами, а свои некипаченные. что нами не было своевременно замечено. На другой день легкий кольпит, температура 38 и выше не подымалась, на третий день мы заметили к ужасу нашему септическую желтуху, на пятый день—паротит, а кольпит прошел; больная от сепса скончалась через 4 недели после родов.

В данном случае организм реаригировал на инфекцию слабо. На месте инфекции слабо протекло воспаление, а потому и местная выработка средств защиты происходила не энергично. Температуры высокой не было. Следовательно и весь организм не энергично защищался.

*Лечение.* Помимо применения местных мер задачу лечения послеродового кольпита также как и всякого другого послеродового заболевания, должно составлять: во-первых усиление сопротивляемости организма, чтобы он энергичнее вырабатывал средства защиты против микроорганизмов и их ядов, во-вторых, стараться локализовать процесс, чтобы он не распространялся, остался местным.

Местно должны быть применимы крайняя чистота и осторожная дезинфекция. Всего лучше налеты очищаются кусочками ваты или марли, смоченными перекисью водорода; перекись водорода можно наливать прямо на больные места. Затем места налетов смазываются иодной настойкой. При смазывании нужно наносить иод только на ранки и оберегать окружающую неизмененную слизистую оболочку. Смазывание иодом можно делать 1 или 2 раза в день.

Если налетов очень много, они не счищаются и иод, видимо, действует на них недостаточно, то мы иногда (довольно, впрочем, редко), вводим тампончик, смоченный смесью T-ra iodii и t-rae iodii и глицерина (1 : 4) или даже olei Martis (liq. ferri sesquichlor) с глицерином; неизменная слизистая при этом страдает, но мы применяем такие тампоны, когда налетов очень много и неизменной слизистой осталось очень мало; такие тампоны, особенно с oleo Martis иногда недурно помогают: налеты, сидевшие очень крепко, начинают отходить и ранки начинают от них очищаться.

Спринцевания с легкими дезинфицирующими средствами тоже делаются, но никакой пользы от них мы не видели; вред от них бывает главным образом потому, что спринцевание довольно сильное механическое воздействие, особенно когда струя воды сильна, больному же органу нужно предоставлять покой; нам иногда приходилось наблюдать озноб после спринцевания при кольпитах. Во всяком случае если делать спринцевание, то тихой струей, кружку Эсмарха нужно вешать ниже. Спринцевание, можно делать из простой кипяченой воды, из раствора иода, kalii hypermanganici, лизоля, лизоформа, но не сулемы, как сильно ядовитого вещества, которое может всасываться на местах разрывов влагалища.

Когда в верхних частях влагалища и на шейке матки есть налеты, то рационально применение постоянного орошения посредством аппарата Морозова. Этот аппарат состоит из стеклянной трубки шириной в два пальца, длиной сантиметров в 25. Стенки передней половины трубки, т. е. первой половины, вводимой во влагалище, имеют несколько маленьких боковых отверстий, через которые может пройти пожалуй гусиное перо. Передний конец трубки открыт, от заднего

конца (рис. 24) отходят две трубочки под углом, одна входная, другая для выхода промывной жидкости. На выходную трубочку надевается гуттаперчевая трубка для стока жидкости, прилившей во влагалище. На входную же трубочку тоже надевается такая же обыкновенная гуттаперчевая трубка, но не прямо и непосредственно, а посредством еще более тонкой короткой стеклянной трубочки (длиной в 5 сантиметров), на эту последнюю трубочку надевается очень тонкая гуттаперчевая трубка, эта трубка насаживается на короткую стеклянную трубочку настолько, что закрывает ее почти всю; коротенькую трубочку, обтянутую на большем своем протяжении очень тонкой гуттаперчевой трубкой, теперь вставляют во входную трубочку; благодаря тому, что короткая трубочка обтянута гуттаперчей, она застревает во входной трубочке, фиксируется в ней; гуттаперчевая тонкая трубка идет внутри большой основной стеклянной трубки и оканчивается у ее открытого, т. е. переднего конца. Гуттаперчевая трубка надевается на входную трубочку настолько, чтобы закрыть место соединения с ней короткой трубочкой; стало быть гуттаперчевая трубка обхватывает всю входную трубочку настолько и так прочно, что вода из кружки Эсмарха льется по

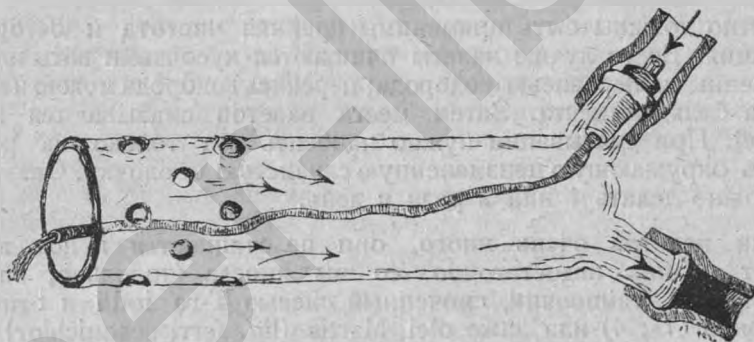


Рис. 24.

гуттаперчевой трубке во входную трубочку, там она переходит через короткую стеклянную трубочку и вытекает тонкой струей у свободного конца основной стеклянной трубки. Гуттаперчевая трубка, идущая во входную трубочку, недоходя до последней, прерывается краном или же на нее накладывается зажим. Постоянное орошение делается из слабого раствора *kalii hypermanganici*. Кружка Эсмарха должна быть очень велика, вместимостью в 12—20 стаканов и в нее кроме того подливают во время действия раствор известной температуры, заготовленный в особых кувшинах.

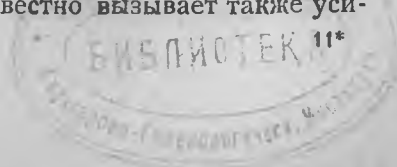
Применяют аппарат у постели больной так. Подставляют подкладное судно под больную. Кружка, наполненная раствором *kalii hypermanganici* ставится или вешается на известной высоте с присоединенным к ее гуттаперчевой трубке аппаратом Морозова (гуттаперчевая трубка кружки и надевается на входную трубочку). Зажим или кран перед входной трубочкой служат для того, чтобы по произволу можно было пускать или задерживать струю воды, мало того,—чтобы можно было пускать струю более или менее тонкую; этого достигнуть легко при помощи как крана, так и зажима. С боку кровати или у ножного ее конца ставится на пол ведро для стока отработанной жидкости. Свободный конец гуттаперчевой трубки, надетой на выходную трубочку, опускают в это ведро. Затем смазывают переднюю часть аппа-

рата глицерином или чистым вазелином или смачивают раствором лизоля и осторожно вставляют во влагалище настолько, насколько трубка входит без усилия, но не меньше половины, чтобы боковые маленькие отверстия были все во влагалище. Затем, придерживая трубку, чтобы она не опускалась вниз и не выскакивала из влагалища, открывают кран немного, чтобы шла лишь тонкая слабая струя. Скоро можно увидеть, что стеклянный аппарат наполняется раствором и затем раствор начинает течь через выходную трубочку посредством гуттаперчевой трубки в ведро, поставленное около кровати. Когда течение жидкости установилось, т. е. когда раствор равномерно притекает в аппарат и вытекает из него в ведро равномерной непрерывающейся струей, то аппарат оказывается присосанным ко влагалищу: он не выходит из влагалища и даже попытки вынуть его встречают препятствие; при этом жидкость уже не вытекает из влагалища помимо трубки в подставленное под большую подкладное судно; последнее можно вынуть, после чего больная может протянуть ноги. Ее накрывают одеялом. Из экономии в растворе можно устроить посредством крана или зажима так, чтобы струя была как можно тоньше. Наблюдают за струей, текущей в ведро, как посредством глаза так и на слух, так как струя журчит; если не бежит по краю ведра. Если струя вдруг почему-нибудь прекратилась, то сейчас же под большую начинает раствор подтекать, выходя из влагалища помимо трубки. Нужно сейчас же закрыть кран или зажать входную гуттаперчевую трубку зажимом и исследовать, почему струя прекратилась. Чаще всего это происходит потому, что выходная гуттаперчевая трубка или перегибается или прижимается ногой больной, что нужно устранить. Удобнее поэтому ставить ведро у ножного конца кровати, чтобы гуттаперчевая трубка проходила все время между ног больной и спускалась через край ножного конца кровати. Выходная гуттаперчевая трубка должна быть более толстостенная, чтобы она не перегибалась там, где свешивается через край кровати, а загибалась бы лишь другой. Температура раствора должна быть  $35^{\circ}$ ,  $36^{\circ}$ . Действие аппарата должно продолжаться 1— $1\frac{1}{2}$ —2 часа. По мере того, как кружка Эсмарха опорожняется, в нее нужно прибавлять заранее заготовленный в кувшинах раствор, за температурой которого нужно постоянно следить. Если нет большой кружки Эсмарха, то можно воспользоваться какой-нибудь большой бутылкой, но тогда нужно устроить сифон: поставить бутылку на подставку около кровати повыше, опустить один конец толстостенной гуттаперчевой трубки, свесить другой конец гуттаперчевой трубки; чтобы он был ниже уровня воды в бутылке и всосать в том растворе во всю трубку. Когда установится истечение раствора из бутылки, то конец трубки соединяется с аппаратом Морозова.

Больные выносят постоянное орошение в большинстве случаев прекрасно; во время действия его они успокаиваются и даже иногда засыпают.

Действие постоянного орошения сводится к следующему. Так как аппарат присасывается, то верхняя часть влагалища и шейки матки находится, как бы под действием банки или аппарата Вieg'a: получается застойная гиперемия, создаются, следовательно, условия благоприятные усилению местного воспаления и увеличению тех средств защиты организма против инфекционных начал, про которые мы говорили.

Кроме того заболевшее место непрерывно промывается дезинфицирующим раствором получается лечение заболевшего места теплом, так как раствор имеет такую температуру ( $35^{\circ}$ ,  $36^{\circ}$ ,  $37^{\circ}$ ), какую только больная может терпеть. А тепло как известно вызывает также уси-



ленное кровонаполнение того места, на которое оно применяется, следовательно усиливает действие аппарата, как банки, т. е. увеличивает еще более условия благоприятныя для усиления воспаления.

Кроме того под влиянием присасывающего действия аппарата, нужно думать, изменяется ток лимфы в пораженных тканях: вместо направления внутрь в ткани ток лимфы направляется в сторону банки, наружу, к промывающей воде.

Раствор *Kali hypermanganici* применяется потому, что он не ядовит.

Постоянное орошение можно применять один—два раза в день. Побочных действий применение его не имеет; иногда только оно утомляет больных; тогда можно производить сеансы реже и менее продолжительно.

Мы нередко видели хорошие результаты при применении постоянного орошения. Так как это изобретение русское, то точной литературы о действии постоянного орошения при послеродовых заболеваниях нет.

Предоставление условий благоприятных для усиления общей сопротивляемости организма производится посредством тщательнейшего ухода, общей гигиены в отношении воздуха и света, усиленного питания и устранения истощающих моментов. Чтобы выполнить третью, последнюю задачу лечения, состоящую в заботе о том, чтобы болезнь не распространялась и осталась местной, нужно предоставить больному месту покой. Нужно советывать больным лежать покойно, не вставать, отправлять естественные надобности лежа. Можно ли вводить зеркало для диагностической или лечебной цели? Для решения этого вопроса мы проделали следующий опыт. В течение одного периода времени, когда у нас прошло 1000 родильниц как здоровых, так и больных, мы зеркалами не пользовались. Затем в другой период времени когда под нашим наблюдением прошло еще 1000 родильниц мы у лихорадивших вставляли при кольпитах ложкообразное зеркало. Результат был такой: те больные, у которых были вставляемы зеркала, выздоравливали в большем числе и скорее, чем те, у которых применения зеркал не было. Во всяком случае ухудшения результатов от применения зеркал не было. Разумеется вставление зеркал производилось весьма осторожно, чтобы не вредить тканям. Чтобы лучше обезопасить матку от проникновения в нее инфекции из влагалища, применяется пузырь со льдом на низ живота в том расчете, что под влиянием льда матка будет все время сокращена, что не будет временно расслабляться, как это бывает без применения льда. Тогда же, когда матка то расслабнет, то сильно сократится, может происходить всасывание маткой, как баллоном, то сжимаемым, то расширяющимся жидкого содержимого из влагалища.

#### Послеродовое воспаление слизистой оболочки матки. *Endometritis puerperalis*.

Клиническая картина послеродового эндометрита та же, что и при всякой послеродовой инфекции:—повышение температуры, учащение пульса, изменение общего состояния, т. е. отсутствие аппетита, плохой сон, головная боль. К этому прибавляется далеко не во всех случаях усиленные послеродовые отделения с запахом.

Инфекция полости матки может произойти еще во время родов. Если воды прошли рано, при малом еще открытии, и роды при этом затянулись на несколько суток, так что полость яйца оставалась откры-

той также несколько суток, а влагалище и отверстие матки подверглось исследованию, да еще неоднократно и разными лицами, то развивается эндометрит, как во время родов, так и на другой, на третий день после родов.

Каждое введение руки в полость матки есть достаточный этиологический момент для эндометрита, так что производство поворота и другие операции в полости рождающей матки, особенно же отделение детского места может иметь своим последствием эндометрит.

После родов эндометрит может получиться вследствие распространения инфекции из влагалища, как восходящее воспаление, идущее от кольпита. Нередко при вскрытии видны на слизистой матке такие же налеты, как во влагалище. И также, как и во время родов, всякое проведение после родов в полость матки руки, пальца, инструмента, наконечника есть достаточный этиологический момент для эндометрита, ибо, если палец, инструмент, наконечник были сами и свободны от инфекции, они при проведении их мимо наружных половых органов через влагалище и через отверстие матки могли продвинуть инфекцию с этих мест в полость матки.

Существует твердо установившееся мнение, что инфекция через воздух попадает вообще и в половые органы рождающей женщины в особенности исключительно редко. Но мы думаем, что когда роды очень затянулись, воды прошли рано, женщина то встает, то ворочается с боку на бок, тогда воздух входит в полость матки, выходит из нее и опять входит; если при этом не попадает в матку прямой инфекции, то туда проникают непременно бактерии гниения, под влиянием которых загнивают в матке остатки вод, куски первородной смазки, и мекония, развивается гниение в яйце; гнилостный процесс во время родов имеет тысячи возможностей перейти с внутренней поверхности оболочек яйца на слизистую матки.

Наконец старые эндометриты, существовавшие еще до беременности, например, гонококковые, старые катарры шейки—все это после родов может вспыхнуть, обостриться и дать *endometritis post partum*.

К эндометриту располагают оставшиеся в полости матки сгустки крови, части оболочек детского места, особенно когда они свешиваются из полости матки в полость влагалища и служат хорошими проводниками для проникновения микроорганизмов в полость матки.

Степень повышения температуры зависит от рода и степени вирулентности микроорганизма, инфицирующего слизистую оболочку и с другой стороны оттого, насколько сильно реагирует организм на инфекцию. Вечерняя температура обыкновенно бывает наивысшая (от 38 до 41 и более), по утрам температура немного понижается, в общем тип температуры постоянный (*febris continua*). Перед повышением температуры может быть легкое познабливание. Пульс от 90 до 120.

Очень сильное повышение температуры, сильное учащение пульса за 120, сильные боли в голове, в суставах, в мышцах, бессонница, все это наводит на подозрение, что микроорганизмы проникли сквозь слизистую оболочку матки и распространяются глубже, т. е. эндометрит осложняется.

Если эндометрит обусловлен инфекцией со стороны одного стрептококка, то отделения не обильны, без запаха, изменения в самой слизистой оболочке часто бывают незначительны, только микроскоп указывает на присутствие стрептококка. Такие стрептококковые эндометриты бывают особенно сильны, чреватые осложнениями и даже могут принять опасное течение.

Эндометриты, обусловленные проникновением гнилостных бакте-

рий, дают очень обильные выделения с сильным запахом. Такие путридные эндометриты (*endometritis putrida*) дают чаще небольшую температуру, не вызывает резких изменений пульса и остаются часто местным заболеванием. Такие эндометриты с резким запахом с грязноватым выделением происходит часто тогда, когда в матке задержались сгустки крови, части оболочек или детского места.

Конечно, если к гнилостным бактериям присоединяются стрептококки, стафилококки, *bacterium coli* и пр., то наряду с обильным вонючим отделением развивается и более тяжелая картина болезни. Если эндометрит, обусловленный как одним стрептококком, так и смешанной инфекцией, протекает особенно бурно, то поверхностные слои могут омертвевать и с течением нескольких дней отпадать в виде вонючих лоскутов омертвевшей ткани, а на месте отпавших частей остаются более или менее глубокие язвенные поверхности (*endometritis gangraenosa*). Если эндометрит затягивается надолго, на 2—3 недели, то отделения принимают гнойный характер, иногда из матки просто напросто вытекает обильный гной. Иногда же при затянувшихся эндометритах выделения скудны. Эндометриты, возбудителями которых являются гонококки, протекают в общем довольно доброкачественно. Температура бывает часто невысокая, если она поднимается до 39, редко выше, то резких ухудшений пульса не происходит. Сам по себе гонококковый эндометрит для жизни почти безопасен. Частота его велика; тяжелые же формы, обусловленные поражением клапанов сердца и метастатическими поражениями органов, редки. Чаще всего гонококки проникают в матку после родов из шейки, гонококковое поражение которой происходит еще до беременности или во время беременности. Конечно, гонококковая инфекция в смеси с другими инфекциями может изменить течение болезни к худшему.

Эндометрит есть довольно неприятное заболевание в смысле осложнений, зависящих от распространения инфекции в миометрий, в параметрий, на брюшину, в кровь.

При тяжелом воспалении инфекционные начала могут прорваться сквозь те средства защиты, которые выставляет воспалительный процесс и проникнуть в мышечную часть стенки матки (короче в миометрий); тогда вырабатывает средства защиты в свою очередь миометрий, поэтому и в нем происходит воспалительный процесс, ткань его делается отечной, кровонаполненной. Часто воспаление доходит в большей или меньшей степени до брюшины, одевающей матку, получается периметрит. Матка становится болезненной при дотрогивании, возникают и самостоятельные боли внизу живота, усиливающиеся при послеродовых сокращениях матки.

Если процесс распространяется по лимфатическим сосудам и шейкам, то это ведет к так называемым метролимфангитам (*metrolymphangitis*), при чем лимфатические сосуды разносят воспаление или в брюшину, или в параметрий. В просвете лимфатических сосудов при этом часто находят скопления гноя. Иногда воспалительный процесс в миометрии распространяется по венам, это уже грозит и дальнейшему распространению инфекции по венам, получают флебиты в тазу и на нижних конечностях.

Бывают случаи образования гнойников среди мышечного слоя матки. При очень сильном воспалении часть миометрия может омертветь, секвестрироваться и отвалиться с соответствующей частью слизистой оболочки.

*Распознавание.* Когда повышение температуры, изменение пульса и общего состояния существует несколько дней, когда клиническая

картина ясно указывает на послеродовую инфекцию, а при осмотре входа влагалища и при исследовании более глубоких частей влагалища и влагалищной части посредством зеркала явлений кольпита нет и при двойном исследовании со стороны сводов припухлости в клетчатке не отмечается, то приходится ставить распознавание эндометрита. Диагностика ставится наверное, если к тому же во время родов было введение руки в полость матки, если был поворот, отделение детского места и т. п., если известно, что в матке задержались оболочки или часть детского места, если есть обильное выделение с запахом. Если во время исследования ложкообразным зеркалом захватить переднюю губу матки кувальцангом или длинным языкодержателем и оттянуть немного к себе, то канал шейки распрямляется, и отделяемое матки может вдруг хлынуть большой массой из матки, издавая зловоние, в таком случае диагностика становится очевидной. Очевидной становится диагностика и тогда, когда пальцем вынимают из матки гнилостно разложившиеся сгустки крови или остатки облочков и детского места, издающие зловоние.

Так как эндометрит развивается в громадном большинстве случаев на 2-й, 3-й, 4-й, 5-й день после родов, то двойное исследование для исключения параметрита делать часто не приходится, так как параметрит возникает обычно в гораздо более поздние сроки после родов.

Для определения характера эндометрита берется отделяемое полости матки для бактериологического исследования. Это делается при помощи зеркала Симса или Симона. Захватывается кувальцангом или лучше длинным языкодержателем передняя губа, окружность наружного зева протирается кусками стерилизованной марли и в матку вводится стерилизованный ватный тампон на проволочке такой же, как при снимании дифтеритных пленок в полости глотки.

*Предсказание.* Эндометриты есть частое заболевание после родов и большинство их просходит без осложнений. Но при всяком эндометрите нужно бояться распространения инфекции или в окружность матки или в кровь, а это уже может повести к тяжелым и опасным осложнениям. В отношении последующего здоровья эндометрит неблагоприятен, так как часто оставляет после себя хронический эндометрит.

*Лечение.* Полость матки скрыта глубоко в организме, вся ее слизистая оболочка после родов представляет из себя всасывающую поверхность. Выделения воспаленной инфицированной слизистой содержат в себе и микроорганизмы как в живом состоянии, так и в мертвом и их токсины и эндотоксины. При хотя бы некоторой задержке выделений они всасываются в кровь, при чем происходит сейчас же ухудшение общего состояния больной, помимо того получается больше опасности проникновения микроорганизмов в окружающую ткань и кровь. Это вполне аналогично тем хирургическим случаям, когда имеется какаянибудь инфицированная воспаленная полость: как только в этой полости произойдет застой выделений, сейчас же и повышается температура и ухудшается общее состояние больного. Поэтому существует общий хирургический принцип: обеспечивать в заболевшей ране сток отделений. Этот же принцип должен быть применен прежде всего и при эндометрите. Поэтому нужно следить за полсжением матки, нет ли перегиба матки вперед (это бывает очень нередко), нет ли перегиба назад, нет ли смещения матки в сторону; замеченные неправильности нужно устранять, потому что при них застаивается отделение, о чем мы будем говорить еще при описании лохиометры; затем нужно следить за сокращением матки. При вялом сокращении матки нужно назначить больной спорынью, положить лед на область матки (т. е.



на низ живота); для лучшего сокращения матки нужно советывать больной продолжать кормить ребенка; если существует перегиб матки вперед или назад или даже лишь возникло подозрение, что есть перегибы и что не все выделения свободно выходят из матки, то мы проводим полоску марли в матку. Делаем это посредством ложкообразного зеркала; захватываем переднюю губу легко и осторожно длинным языкодержателем и специальным зондом с легким раздвоением на конце легко и свободно проводим полосу марли не глубоко в полость матки, а лишь чтобы она прошла через внутренний зев и служила как бы фитилем для стока выделений. Нужно избегать при этом тампонирование шейки, полоска должна без перегибов проходить по шейному каналу и свешиваться свободно во влагалище, где так же ненужно устраивать никакого тампонирования; полоска должна иметь в длину сантиметров 30. Вставление полоски приносило нам часто заметную и весьма существенную пользу. Иногда мы после вставления полоски ставим постоянное орошение. И вообще в тех случаях, где мы при эндометритах решаем ставить постоянное орошение, то мы предварительно проводим полоску в полость матки, иначе при некотором перегибе матки действие постоянного орошения равно нулю, как это мы убедились, когда применяли постоянное орошение без полоски при сильно выраженной антефлексии, преграждающей всякое выделение из матки. Особенно охотно мы вводим полоску перед постоянным орошением [при эндометритах после выкидышей].

Если при эндометрите есть подозрение, что в полости матки задержались или сгустки крови или оболочки или части детского места, то мы не стесняемся вводить один или два пальца в полость матки и удаляем оттуда все куски и оболочки. Если оболочки или часть детского места еще прикреплены к стенке матки, то мы концом пальца отминаем их от стенки матки; отделив, вынимаем. Иногда это делаем под хлороформным наркозом, так как операция очень болезненна. Вместо ручного опорожнения матки можно сделать это посредством выскабливания. После поименованных пособий делается обычно выполаскивание полости матки или слабым водным раствором  $t\text{-rae iodii}$  или раствором  $Kali\ hypermanganici$ . От выполаскивания нужно воздерживаться в тех случаях, в которых есть хотя бы подозрение на нарушение целостности стенки матки.

Выполаскивание полости матки при эндометритах делается и не после ручного отделения остатков или выскабливания, а просто, как лечебное средство. Производится оно посредством стеклянного изогнутого наконечника с одним отверстием на конце; делают выполаскивание и посредством наконечников с двойным течением, но это лишнее, потому что шейка в первые 9 дней после родов еще настолько широка, что задержки для обратного выхода жидкости не бывает. Если выполаскивание делается без зеркала, то поступают так: вводят указательный палец левой руки во влагалище и ставят конец пальца у задней губы шейки, по пальцу вводят наконечник во влагалище и проводят мимо конца пальца в наружное маточное отверстие, затем сильно понижают часть наконечника, которую держит правая рука (т. е. позади идущая часть, которая еще наружи) для того, чтобы конец наконечника прошел свободно через шейный канал, направление которого вверх. Вводить наконечник в полость матки нужно после того, как вода уже пущена, чтобы не ввести пузырьков воздуха. Когда наконечник введен, то палец вынимают из влагалища. Введенный конец наконечника может быть прощупан со стороны стенок живота. Можно

делать выполаскивание и при помощи зеркала и фиксирования передней маточной губы кувальдангом или длинным языкодержателем. Выполаскивание матки не безразлично. После него часто бывают сильные знобы и сильное повышение температуры; оно, видимо, очень тревожит больные ткани и вызывает усиленное всасывание. Показывается производить его тогда, когда есть застой выделений и они грязны, вонючи. Систематически выполаскивание производить не следует, обыкновенно достаточно бывает сделать выполаскивание один, два раза за все время заболевания. Чем более умело, бережливо, осторожно и чем более тихой струей произведено выполаскивание, тем знобы происходят реже.

В Петроградской школе проф. Отта принято лечить эндометриты посредством так называемой перевязки матки. Способ, как его описывает проф. Сицинский, состоит в следующем. На столе вставляют зеркала, вводят в матку пинцет Richellot, по нему вводят стеклянный наконечник, устроенный проф. Сицинским, через который промывают матку сначала раствором сулемы, затем не прерывая струи прибавляют раствора борной кислоты или  $Kali\ hypermanganici$ , затем, когда в кружке Эсмарха или в воронке останется немного последнего раствора, льют спирт и промывают спиртом ( $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$  литра). После промывания вынимают наконечник и оставляют не вынутым Richellot, далее, захватив длинным с тонкими броншами перевязочным пинцетом полоску стерилизованной или иодоформенной марли, так, чтобы она ложилась под пинцетом и над Richellot (между ними), продвигают ее в полость матки по остающемуся в ней Richellot. Полоса марли, вводимая в матку, во избежании большого объема при проведении через шейку должна иметь в ширину не более 2—2½ поперечных пальцев, а для успешности дренажирования нигде на протяжении не должна иметь узлов. Пинцет постепенно шаг за шагом, перехватывая короткими участками марлю в шейном канале, скользит по Richellot, не травмируя своими концами слизистой шейного канала и продвигаясь по нему выше внутреннего зева, вводит в полость матки марлю до тех пор, пока марля идет совершенно свободно. Марля должна выполнять полость матки рыхло и отнюдь не должна набивать ею полости матки, ибо тогда это было бы тампонизация полости матки, а вовсе не дренаж ее. По шейке марля проходит свободно не изгибаясь; вынимают Richellot, рыхло выполняют марлей влагалище и конец марли высовывают наружу через половую щель, чтобы через него была до некоторой степени волостность для прохода наружу жидкости. Марлю вынимают через 8—10 часов. По мере надобности перевязку повторяют. После того, как эндометрит стихнет и температура станет нормальной, вставить можно не ранее, как через неделю, ибо, если больная встанет раньше, то воспаление может опять вспыхнуть.

#### Задержка послеродовых очищений в матке. Lochiometra.

При задержке очищений в матке родильница лежит сухая, очищений нет, или если есть, то одно два маленьких пятна, редко это проходит без всякого повышения температуры, повышение бывает незначительно, если нет инфекции, пульс же остается часто нормальным, иногда несколько учащается, но свойство пульса остаются нормальным.

Лохиометра случается, во-первых тогда, когда происходит перегиб шейки; чаще всего обуславливает этот перегиб *anteflexio uteri puerperalis*, реже *retroversio-flexio uteri puerperalis*.

Если есть перегиб матки вперед, то тело матки прощупывается слишком близко у лонного сочленения. Концы пальцев не проходят между дном матки и лоном, нужно немного отклонить матку кверху и тогда можно провести пальцы в узкое углубление между дном матки и лоном. (При нормальных условиях рука свободно углубляется между маткой и лоном, так как углубление здесь широко). И вот, если провести пальцы между дном матки и лоном поглубже и затем медленно и осторожно поднять матку вверх по направлению к пупку, т. е. разогнуть перегиб матки, то отделения сейчас же начинают выходить. Так как матка по прекращении поднятия опять опускается, то поднятие ее можно повторить. Если после нескольких медленных осторожных поднятий матки осмотреть наружные половые части, то придется видеть, что родильница лежит уже не сухая, из влагалища текут выделения. Иногда вышедшие при этом из матки выделения не выходят сразу наружу, а скопляются в заднем своде влагалища, так как родильница лежит во время поднятия матки на спине. Тогда нужно сказать родильнице, чтобы она села на несколько мгновений и потом опять легла; после этого выделения оказываются вышедшими наружу. Поднятие матки можно повторять несколько раз в день. Его нужно делать осторожно, медленно, но настойчиво. Никакого беспокойства для тканей матки и вообще никакого вреда оно не приносит, пользу же приносит весьма существенную. Иногда казалось, что только этим устранялись начинающиеся лохиометры, эндометриты,

При перегибах шейки вследствие ретроверзии—флексии послеродовой матки и при задержке при этом очищений, нужно рекомендовать родильнице менять чаще положение, т. е. не лежать все время на спине, а и на боках, а так же время от времени садиться. Особенно хорошо помогает, если женщина кормит ребенка сидя. Многие прямо указывают, что как только она начинает кормить сидя, так она ощущают схватку и затем обильное истечение. Мы уже говорили, что при введении в послеродовую матку пальца иногда приходится отмечать, что главная часть полости матки направлена вниз, т. е. на месте задней стенки ощущается обширное карманообразное углубление, в котором при лежании на спине, излюбленном роженицами, и накапливаются целые лужи очищений. Такие загибы полости назад бывают тогда, когда матка недостаточно сокращается. Поэтому наряду с переменной положением нужно пользоваться и спорыньей. Если же указанных мер недостаточно, температура держится и начинает развиваться эндометрит, то нужно проводить в полость матки полоску марли или даже делать выполаскивание матки, если застоявшиеся выделения приобрели дурной запах и ясно развился эндометрит.

При лохиометре, зависящей от бокового наклона матки нужно, во-первых, следить за тем, чтобы не было переполнения мочевого пузыря, вследствие которого происходит приподнятие матки и наклонение ее в сторону, чаще всего в правую. Затем нужно исправить положение матки следующим образом: привести матку к средней линии, а с той стороны ее, куда она наклонилась положить большой комок ваты или свернутое полотенце и затем забинтовать живот, устроенным таким образом пелотом матки будет удерживаться в нормальном положении.

При лохиометре, зависящей только от плохого сокращения матки, от вялости ее, нужно назначать спорынью.

### Послеродовое воспаление околоматочной клетчатки. Parametritis puerperalis.

Проникновение инфекционного начала в клетчатку происходит из матки или через лимфатические пути, или по венам или же непосредственно через разрывы шейки, которые часто проникают до клетчатки.

Нужно заметить, что это заболевание после неоперативных родов происходит очень редко, чаще оно возникает после выкидышей, искусственно начатых или искусственно оконченных, при чем страдает обычно целостность шейки.

После родов параметрит весьма редко начинается в конце первой недели, в течение первой недели развивается обычно заболевание, от которого параметрит берет свое начало, т. е. колпит и эндометрит. Лишь на второй и даже на третьей недели после родов определяется начало заболевания.

При воспалении околоматочной клетчатки выступают обычные явления воспаления, т. е. выход свободных клеток организма и выпотевание жидкости—продуктов воспаления, назначенных по современным понятиям для защиты организма от инфекции. Так как и выпот и форменные элементы не имеют в клетчатке выхода наружу, как это бывает при кольпите и эндометрите, то они сначала пропитывают клетчатку в большем или меньшем количестве и превращают тонкий параметрий в большую или меньшую опухоль. Выпотеваемая жидкость, или так называемый экссудат, в начале бывает серозной или серозногнойной. Затем жидкие составные части этого экссудата свертываются, отлагается фибрин в большем или меньшем количестве, экссудат плотнеет и поэтому вся опухоль, бывшая сначала тестообразной консистенции, становится плотной. Во всяком из описанных фазисов воспаление может прекратиться и экссудат начнет рассасываться; если это случается тогда, когда экссудат еще в жидком состоянии, то рассасывание происходит скоро, в несколько дней, плотный экссудат рассасывается медленно—месяцы и годы. Если же воспаление не останавливается скоро, то экссудат может нагноиться.

Как распространяется воспаление по клетчатке, случайно ли в том или ином направлении, в те или иные места, или здесь есть какая-нибудь законность, это остается неразработанным. Были попытки указывать на известные пути и пределы распространения воспаления в околоматочной клетчатке, но указание эти были недостаточно обоснованы, неясны и подтверждение в клинических наблюдениях не получили. И мы делали опыты на трупах впрыскивания в различные места клетчатки теплого раствора желатин, результат получался одинаковой, желатина разливалась повсюду в клетчатке и никаких особых камер, путей, перегородок не получалось. Но все же мы на основании собственных клинических наблюдений позволяем себе указать, что, как будто, по характеру распространения параметриты бывают двух родов.

При нагноении гной собирается или в одно место, образуется одна полость, наполненная гноем, или же образуется масса мелких гнойничков. Гнойники в параметрии инкапсулируются редко, большей частью они находят себе выход куда-нибудь и прорываются или через брюшные стенки над Пупартовой связкой или даже в области пупка, или в прямую кишку, или в мочевой пузырь, или во влагалище. Бывают случаи прорыва гноя через тазовое дно в *cavum ischio-rectale* и далее через кожу промежности или на внутреннюю поверхность бедра под *musculus adductor* или даже на задней поверхности туловища около *musculus quadratus lumborum* или гной может пройти по пути *musculus pyriformis* и прорваться в ягодичной области (в ягодичной складке). Иногда гной ищет себе выхода в различных направлениях.

Прорыв гноя в брюшную полость есть большая редкость. Мы не наблюдали этого ни разу, между тем как на вскрытии умерших от весьма затянувшегося гнойного параметрита нам приходилось видеть гной весьма близко от брюшины, но кругом этого места образовались обширные перитонические сращения. Очевидно брюшина обладает своими особенными средствами самозащиты.

Если при распространении параметрита к мочевому пузырю и прямой кишке вовлекаются в страдание и эти органы, то развиваются болезненные явления со стороны этих органов. При распространении воспаления на брюшину возникают перитонические явления.

*Распознавание.* Больная лежит с диагностикой эндометрита или кольпита и ничто не может указывать на распространение болезни в клетчатку. Лишь при внутреннем исследовании, при начале параметрита ощупываются со стороны сводов уплотнение в виде тяжелой или сплошного инфильтрата, идущего непосредственно от матки в сторону. Если параметрит доходит до стенки таза, то он абсолютно неподвижен. Консистенция параметрита плотная, иногда как дерево. Лишь в самом начале консистенция параметрита мягковата, тестообразна. С течением времени параметрит представляет из себя плотную опухоль, тесно соединенную с маткой, с неопределенными границами, так как в стороне стенки таза он тесно прилегает к последней. От новообразований—фибром, кистом—параметрит так отличен и по своим неопределенным очертаниям и по способу происхождения и по этиологическим моментам, что смещение вряд ли возможно. Вот, если происходит воспаление Фаллопиевой трубы с инфильтратом или острый метрит дает продолжение по мышечным пластам, отходящим от матки, о чем мы уже говорили, то отличительное распознавание страшно затрудняется или даже невозможно, так что указанные заболевания нередко и проходят под названием параметрита.

*Предсказание* при параметрите, как и других послеродовых заболеваниях, обуславливается прежде всего тем, остается ли болезнь местной или переходит далее на вены, на брюшину, в кровь. Если происходит так называемое заражение крови—пиэмия, сепсис (или как теперь выражаются бактериэмия), то положение больных, как всегда, становится серьезным и опасным. Если болезнь остается местной, то продолжительное воспаление и нагноение ведут к истощению организма и способность организма вырабатывать средства самозащиты понижается, что может омрачить хорошую прогностику, ставящуюся для параметрита, как местной болезни.

*Лечение* параметрита в этой его стадии, когда температура высокая, когда воспаление еще прогрессирует, состоит в применении льда на живот; мешок со льдом кладется над параметритом. Затем следует предоставить месту заболевания полный покой, больная должна лежать все время, не вставать ни за какой надобностью. Никакие способы лечения, при которых нарушается покой в органах таза, как-то выласкивание матки, выскабливание, даже влагалищные спринцевания не допускаются. Необходимо вести тщательный уход за больной и, главное, заботиться о том, чтобы больная хорошо питалась, потому что хорошее питание при хорошей усвояемости укрепляет силы организма для выработки средств самозащиты организма. Забота о питании особенно выступает на первый план при затянувшейся болезни, при нагноениях, длящихся иногда месяцы и более. Иногда положительно можно спасти больную тщательным выбором блюд.

Когда воспаление остановилось, не прогрессирует, температура понизилась или приняла тип характерный для нагноения, тогда лед

не применим, да он в это время становится неприятен для больных: тогда нужно применять тепло, на низ живота над местом параметрита кладут мешок с горячей водой и держат все время, заботясь лишь о том, чтобы не получились ожоги; но не получить ожоги весьма трудно; они всегда получаются. Под влиянием тепла, если нет нагноения, идет быстрее рассасывание; если начинается нагноение, то оно скорее созревает.

Кроме тепла снаружи применяют горячие клизмы (2 стакана воды температуры 38°, 37° и 1/4 чайной ложки соли).

При нагноении опорожнение абсцесса производится различными путями, смотря по месту нахождения параметрита. Если параметрит представляет из себя опухоль над Пупартовой связкой, то делают разрез параллельно Пупартовой связки над опухолью. Начинается разрез недалеко от *tuberculum ilio-pubicum* и идет до *spina* и даже дальше. За разрезом кожи следует послойный разрез брюшной стенки; в рану может попасть *art. epigastrica*. Послойный разрез идет до надбрюшинной клетчатки, но брюшина в подобных случаях оказывается отсепарованной и приподнятой вверх при образовании воспалительного инфильтрата, поэтому она в разрез не попадает, а после послойного разреза стенок перед глазами оказывается инфильтрат, или же не успеет оператор сделать разрез *musculi transversi*, как повалит гной. Если после послойного разреза виден только инфильтрат, то можно черенком скальпеля проникнуть в ткань инфильтрата, затем постараться углубиться в инфильтрат пальцем, все это для того, чтобы найти гнойник. Если он находится еще в глубине инфильтрата и выпустить гной; если несколько гнойников, то нужно постараться опорожнить их все, иначе температура после операции не понизится. Отыскивание гнойника, облегчается диагностическими вколами шприца с целью всосать гной оттуда, где он есть. При манипуляциях над инфильтратом нужно иметь в виду близость *art. femoralis*. Если получается гной и есть подозрение, что он не будет хорошо опорожняться, то можно сделать контрапертуру во влагалище. Есть для этого особый инструмент в виде изогнутого троакара толщиной с палец; конец троакароподобного инструмента вводится в рану и ставится к месту влагалищного свода, когда палец со стороны влагалища ясно чувствует острый конец инструмента, то свод прокалывается его острием и проводится во влагалище; стержень инструмента вынимается, а к оставшейся трубке инструмента прикрепляется дренажная трубка, которая и проводится в вагину, так что один конец дренажа выходит в вагину, другой торчит из раны брюшных стенок;-- посередине дренажной трубки проделаны дыры. Дальнейшее лечение гнойника ведется по общим правилам. В одном случае нам понадобилось кроме описанного разреза и контрапертуры во влагалище сделать разрез в поясничной области около *musculus quadratus lumborum* и лишь тогда получилось полное опорожнение гнойника и понижение температуры.

Описанный разрез—самый лучший для осмотра и отыскивания гнойников, находящихся не только над Пупартовой связкой, но и в полости малого таза на уровне *arteria uterina* или выше.

Боковые разрезы со стороны влагалища не делаются из опасения поранения важных сосудов или мочеочника.

При скоплении гноя над передним или задним сводом, делается поперечный разрез влагалища. Если гнойники не сразу обнаруживаются, то прибегают к помощи шприца и затем или ножом или тупым путем, т. е. пальцем, добираются до того места, где шприц указал присутствие гноя.

Параметриты, берущие свое начало от шейки матки идут в сторону до стенки таза, затем захватывают клетчатку, находящуюся под складкой Заднего Дугласова пространства, отсюда воспаление может распространиться на клетчатку, окружающую прямую кишку; в других случаях эти параметриты могут перейти на пространство спереди шейки, т. е. пузырно-маточную клетчатку, занять далее клетчатку между мочевым пузырем и лоном и отсюда перейти в клетчатку *cavi Retzii*. Другого рода параметриты начинаются в теле матки с того или другого бокового края ее, идут в толще верхнего края широкой связки, отсюда параметрит может перейти *lineam innominatam* в клетчатку *fossae iliacaе*, так что получается общее стремление параметрита вверх, почему и воспаленная широкая связка занимает более возвышенное, чем в норме, положение; в общем получается продолговатая опухоль, параллельная Пупартовой связке, имеющая иногда довольно правильную форму, напоминающую колбасу; это сравнение тем более напрашивается, что и толщина опухоли часто равняется обычной толщине колбасы. Такой параметрит может распространяться и дальше вверх вдоль мочеточников и *vasa spermatica* по забрюшинной клетчатке и дойти до почек и даже до диафрагмы.

Мы не настаиваем на строгом делении отмеченных двух видов параметрита, формы его бывают разнообразные, но все же указанные параметриты, тянущиеся вдоль Пупартовой связки, составляют, несомненно, определенную обособленную группу.

Отмечают также особое направление распространения параметрита по круглой маточной связке; такого рода параметрит может проникать по паховому каналу сквозь брюшную стенку и, следуя по связке, дойти до наружных половых органов, так что при образовании гнойника последний может прорваться у большой губы.

Отмечают также направление параметрита как раз по *lig. cardinalia*. Но по нашему мнению, не всегда параметрит, в тесном смысле слова, находится там, где определяется характерное воспалительное уплотнение, отходящее от матки. Так как мы определили в нашей работе о мускулатуре связок матки, что мускулатура матки не есть что либо особенное в тазу, что она имеет обыкновение распространяться в полости таза в виде толстых мышечных слоев, то, несомненно, послеродовое и всякое воспаление мышечного слоя матки может распространяться как раз по анатомическим продолжениям этого мышечного слоя. Так называемые круглые маточные связки есть в действительности продолжения мышечного слоя матки в виде толстых мышечных лент—слоев; при распространении воспаления по ним получится картина параметрита, т. е. воспаление клетчатки, на самом же деле это будет острый метрит или, точнее, непосредственное его продолжение по связке.

Точно также, так называемые *lig. cardinalia*, в действительности есть верхние края мышцы, отходящей от задней стенки матки вниз к *fascia pelvis* и названной нами *musculus retrouterinus fasciae pelviae*. Нам приходилось, действительно, видеть распространения воспаления как раз по этой мышце, при чем казалось, как будто параметрит пошел сначала в сторону и кзади, потом распространился между прямой кишкой и влагалищем; оканчивались такие параметрические уплотнения как раз дойдя до *fascia pelvis*. На самом же деле надо думать, это были не параметриты, а метриты.

Разрезов тазов, вынутых из трупов женщин, страдавших параметритом мы не делали, это—работы будущего, будущих поколений.

Мы высказываем лишь логический вывод, получаемый из результатов наших исследований.

*Симптомы* параметрита те же, что при эндометритах и кольпитах, т. е. повышение температуры, изменение пульса и общего состояния. Так что некоторые, совершенно справедливо описывают все формы послеродовых заболеваний, сразу под одним общим названием—послеродовая инфекция; сущность заболевания одна, разница только заключается в тех условиях, которые доставляет каждая местность.

Тип лихорадки, пока не наступило нагноение или пиэмия, постоянный. Если температура, стоявшая на одном уровне или даже начавшая понижаться, вдруг сильно повышается и держится на этом уровне, то это означает, что воспаление распространилось далее, заняло новые участки клетчатки.

Степень повышения температуры и изменения пульса зависит от рода микроорганизма, возбудившего воспаление, от его вирулентности и от той силы, с которой организм способен бороться с заболеванием.

С наступлением нагноения постоянный тип лихорадки начинает сбиваться, вечерние сильные повышения начинают сменяться утренними понижениями температуры чуть не до нормы и даже ниже нормы. Так что такие скачки температуры указывают на наступление нагноения; но нужно заметить, что они бывают не всегда при наступлении нагноения.

Мы ни разу не наблюдали болей при параметрите. Если боли и случались, то они происходили не от самого параметрита. Изменения в крови при параметрите ничего характерного не имеют. Если продолжительное время наблюдается гиперлейкоцитоз, то это указывает на нагноение, если даже температура понижается и пульс не част.

#### **Воспаление брюшины после родов. Peritonitis.**

Воспаление брюшины после родов может быть местное, т. е. ограничиться брюшиной таза — *pelveoperitonitis*—и может быть общее—*peritonitis universalis*. Если воспаление ограничивается лишь брюшиной, одевающей матку, то в таком случае получается *perimetritis*—периметрит.

Микроорганизмы проникают в полость брюшины из матки по лимфатическим сосудам и лимфатическим щелям, или же при повреждениях и прободениях матки прямо через места повреждений, или же, наконец, через Фаллопиевы трубы. Перитониты получают также при повреждении заднего свода влагалища, проникающем в брюшину (ведь задний свод одет прямо брюшиной заднего Дугласова пространства); такие повреждения бывают, например, при накладывании щипцов, конечно, как результат ошибки искусства.

Воспаление брюшины бывает скоро после родов, в течение первой недели; инфекция может проникнуть в брюшину лишь тогда, когда организм не успел еще устроить местные преграды или заживлением повреждений или инволюцией матки, а инфекция уже проникла и спешит распространиться.

Поздние перитониты бывают большею частью лишь гонококкового происхождения. Возбудителями воспаления брюшины являются: стрептококки, стафилококки и оба рода этих микроорганизмов, далее, *bacterium coli commune*, *diplococcus pneumoniae*, разные виды *proteus*, анаэробные микроорганизмы, гонококки. Если в брюшине находится кровь, воды, первородная смазка, то это весьма способствует возникновению перитонита и быстрому его распространению.



Распространение перитонита, а также интенсивность его зависит от рода возбудителя и от его вирулентности. Стрептококк в этом отношении пользуется дурной славой.

Брюшина, если имеет время защититься, т. е. если возбудитель не в очень большом количестве и не так силен, чтобы быстро распространиться по всей брюшине, то защищается во первых тем, что стремится сделать процесс местным. Это достигается тем, что вокруг инфицированного места происходят перитонические сращения, которые и отграничивают это место от остальной брюшины, так что остальная брюшина остается вполне нормальной. Особенно в этом отношении благонадежен гонококк, который никогда, пожалуй, не вызывает всеобщего воспаления брюшины. Этот то процесс самозащиты брюшины и обуславливает существование местных тазовых перитонитов, пельвеоперитонитов.

Одновременно с этим процессом самозащиты брюшины, выступает образование общих средств защиты организма, свойственных всякому воспалению; происходят выпоты и выступление свободных клеток организма. Выпот бывает то серозный, то, если свободных клеток много, серозно-гнойный и, наконец, гнойный. Иногда выпот так мало, что не успеет он образоваться, как, свернувшись и отложив фибрин на заболевшую брюшину в виде налета, разсасывается, получается фибринозный выпот. Заболевшая брюшина краснеет, сосуды ее становятся расширенными, инфицированными, она несколько припухает, поверхность ее тускнеет.

Выпот—экссудат—собирается в какомнибудь месте брюшной полости. Излюбленным местом экссудата при пельвеоперитоните является заднее Дугласово пространство, как наиболее глубокий участок, особенно при лежании на спине. Однако, экссудат собирается и в пузырно-маточном пространстве как по середине, так и по бокам и в других местах между складками брюшины. Во всяком случае, если происходит пельвеоперитонит с образованием жидкого экссудата, то дело идет о так называемом *peritonitis saccata*.

Во всяком случае, если получилось отграниченное воспаление брюшины, а средства защиты, выработанные воспалением, не дали микроорганизмам распространиться в кровь, то дело сделано, большая спасена или совсем или на время.

Серозный экссудат начинает разсасываться, гнойный, если не выйдет сам или не будет выпущен, остается надолго, но микроорганизмы вместе с гноем остаются и лишь с годами могут потерять свою вирулентность, пока же они являются постоянной угрозой в смысле вспышки воспаления и даже образования пиэмии. Если перитонит с фибринозным выпотом оканчивается выздоровлением (относительным конечно) то на месте перитонита остаются складки брюшины, ложные оболочки и сращения органов.

*Симптомы* при воспалении брюшины бывают очень резко выражены и всегда характерны. Первое—боль в животе, усиливающаяся при малейшем дотрагивании до живота не только рукой, но даже одеялом или пузырем для льда, даже передвижение или сотрясение кровати усиливает боль. Частая рвота есть, кажется, самый постоянный и неизменный симптом при воспалении брюшины. Больную тошнит и постоянное ощущение того, что ее тянет на рвоту, придает лицу больной особое выражение, как будто она взяла себе в рот чтонибудь очень кислое. При постоянной рвоте получается в углах рта раздражение кожи. Живот делается очень вздутым, потому что кишки при перитоните расслабляются, делаются абсолютно бездеятельными, так что всякие

клизмы и всякие слабительные остаются без результата; даже ветры не отходят или, если отходят, то незначительно.

Пульс учащается. Чем чаще и чем слабее пульс, тем опаснее перитонит. Степень повышения температуры далеко не всегда соответствует силе и опасности заболевания. Большинство смертельных перитонитов, насколько мы помним, проходит именно с невысокой температурой. При злокачественных перитонитах боль, как самый характерный симптом, или исчезает совсем, или бывает слабо выражен.

При общем воспалении брюшины боль и вздутие распространены по всему животу. При пельвеоперитоните они занимают нижнюю часть живота.

Если наступает выздоровление, то лишь очень постепенно. Болезнь тянется 2-3 недели. Только легкие случаи периметритов могут продолжаться несколько дней. Не гнойные экссудаты рассасываются иногда довольно скоро, в 2 недели, иногда же рассасывание тянется медленно.

*Предсказание* обуславливается родом проникшего в брюшину микроорганизма, о чем мы уже говорили. Во всяком случае перитонит—заболевание всегда серьезное. Гнойный общий перитонит оканчивается смертью.

*Распознавание* всегда легко благодаря типичности признаков острого воспаления брюшины. Выпоты прощупываются в виде нетвердых опухолей, иногда даже с признаками флюктуации; опухоли не имеют определенных резких очертаний. Скопления в заднем Дугласовом пространстве обуславливают уплощение или даже выпячивание заднего свода влагалища, при чем это выпячивание имеет продолговатую колбасовидную форму, протянутую в поперечном направлении.

*Лечение.* Покой, лед, narcotica, вот и все средства—применяемые при остром перитоните. Против рвоты ничто не помогает. Против вздутия кишек тоже ничто не помогает. При местном перитоните с ограниченным экссудатом некоторые слабительные, например, касторовое масло иногда действуют, но применять его мы не советуем, так как перистальтика кишек может причинить новую вспышку воспаления и распространения процесса; всякий раз, когда мы назначали касторовое масло, мы расквасались: природа, устраивающая парез кишек при перитоните, поступает, видимо, на пользу больным. Единственно что иногда несколько облегчает больных при вздутии кишек, это вставление в кишку твердой гуттаперчевой трубки длиной в четверть аршина на продолжительное время, так как из нея выходит немного газов.

Если требуется питать больных, то можно применять питательные клизмы. Когда перитонит стихнет и настанет время рассасывания экссудатов, то применяется тепло и рассасывающие средства.

Оперативное лечение общих перитонитов с целью дренирования брюшной полости давало до сих пор столь плачевные результаты, так что распространяться об этом способе не стоит. Хотя в отчаянных случаях можно попробовать и это средство.

Гнойные скопления в заднем Дугласовом пространстве опорожняются разрезом заднего свода влагалища.

Воспаления труб и яичников после родов проходят вместе с воспалением тазовой брюшины и маскируются перитонитом. Отличительное распознавание не удается. Лечение одинаково.

### Бактериэмия. Sepsis.

Бактериэмия, sepsis, состоит в том, что микроорганизмы попадают в кровь и циркулируют в ней среди красных кровяных и белых кровяных шариков. Как только это происходит, так болезнь становится уже не местной, как все те послеродовые заболевания, которые мы описали, а общей на подобие малярии и т. п., при чем в том месте, через которые прошли в кровь микроорганизмы, воспалительный процесс может затихать или продолжаться и давать все новые и новые поступления микроорганизмов в кровь.

Микроорганизмы могут попасть в кровь через лимфатические сосуды. Но попасть в кровь этим путем можно только через ductus toracicus, который открывается в v. subclavia. Чтобы дойти до ductus toracicus, микроорганизмам нужно пройти ряд препятствий, представляемых лимфатическими железами, нужно, чтобы микр организмы отличались особой вирулентностью и чтобы железы оказались неспособными задержать микроорганизмов данной вирулентности.

Другой путь попадания микроорганизмов в кровь более прямой: они проходят в общий ток крови через вены, куда они попадают или прямо из тех тромбов, которыми закупорены вены на месте прикрепления детского места и из тромбов вен, находящихся уже не в матке, или же в вены попадают микроорганизмы тогда, когда стенка вены воспаляется и пронизывается возбудителями воспаления на ряду с прочими продуктами воспаления.

Благоприятными условиями для возникновения бактериэмии служит ослабление организма, уменьшение его способности сопротивления и с другой стороны ужасная вирулентность попавших микроорганизмов.

Из микроорганизмов, вызывающих бактериэмию, на первом месте нужно поставить стрептококков, затем стафилококков и смесь их, а так же смесь этих и других возбудителей нагноения (напр. гонококков) с bacterium coli, с бактериями гниения и разложения.

Мы говорили что микроорганизмы выделяют токсины и эндотоксины. Эти продукты всасываются и отравляют больную.

При бактериэмии же ядам и всасываться не нужно, они вырабатываются прямо в крови. Поэтому при бактериэмии всегда замечаются более или менее сильно выраженные явления отравления, явления так называемой токсинэмии.

При бактериэмии замечаются следующие изменения в крови. Уменьшение красных кровяных шариков, доходящее иногда до 500000 и уменьшение содержания гемоглобина до 30—25—15%. Большое количество красных кровяных шариков не представляет из себя правильной формы дисков, форма их подвергается разнообразным изменениям, появляются красные кровяные шарики с ядром. При распаде красных кровяных шариков освобождается гемоглобин, получается гемоглобинэмия, а после распада освободившегося гемоглобина, — желтуха; очень редко гемоглобин выделяется с мочей. Этими изменениями в крови объясняется то резкое изменение в цвете лица, в цвете кожи и слизистых оболочек, которое замечается при сепсисе. Цвет лица и вообще кожи становится в резких случаях сепса безжизненным, землистосерого цвета, в более легких случаях всегда как какая то дымка затягивает лицо, происходят трудно объяснимые изменения кожи, но всегда заметные. Раз как то, обходя палату родильниц, в которой температура была у всех нормальная, мы вдруг увидели среди цветущих лиц родивших женщин одно резко отличавшееся тем, что на нем не было

того блеска, которое присуще здоровью, наоборот, оно поражало своей безжизненностью, каким то как бы серым налетом; оказалось, что ни кровотечения, никаких истощающих моментов во время родов не было; пульс был слабоват, част; заподозрев сепсис, мы изолировали больную и она через день скончалась от сепсиса.

Когда бактериэмия затягивается, то изменения в крови и бледность достигает такой степени, что получается полная картина *anaemiae perniciosae*.

Септическая желтуха несколько отличается от желтухи, происходящей от болезни печени; цвет септической желтухи нежно желтый, канареечный, иногда еле заметный и то при дневном лишь свете. Значит крови от поселившихся в ней жителей выражается в большем или меньшем увеличении белых кровяных шариков (гиперлейкоцитоз) иногда количество их доходит до 15000—20000 и иногда даже до 50000, что начинает уже симулировать лейкомию. Увеличивается относительное количество многоядерных и эозинофильных лейкоцитов. При особо злокачественном сепсисе большое количество токсинов, эндотоксинов, лейкоцидинов действует губительно на белые кровяные шарики, количество их уменьшается, получается так называемый гиполейкоцитоз (или лейкопения), при чем относительно уменьшается количество многоядерных и эозинофильных лейкоцитов.

Вместе с изменением крови изменяются иногда стенки сосудов, вследствие чего получается выступление крови в ткани, экстравазаты.

В крови происходит и размножение микроорганизмов. Бывает же такая форма бактериэмии, когда микроорганизмы поселяются и размножаются в какой нибудь ткани или в органе; получается гнойник; это место может служить новым источником поступления микроорганизмов в кровь и образования новых метастатических абцессов, получается состояние так называемой пиэмии, о которой мы скажем несколько слов отдельно.

В температуре при бактериэмии нет ничего характерного, как например это бывает при тифе. Если нет пиэмии, то повышенная температура сохраняет постоянный тип. Повышение температуры может быть в разной степени: 37, 5, 38, 39, 40 и т. д. Может быть температура нормальной или даже ниже нормальной, что всегда нужно считать плохим признаком. Поэтому повышение температуры считается одним из проявлений самозащиты организма. Однако, если температура повышается очень сильно 41°, даже 42°, то опыт показал нам, что такие случаи оканчиваются смертью; в таких случаях, очевидно, микроорганизмы губительно вирулентны и организму не под силу в них справиться, несмотря на все напряжения с его стороны. Перед особо сильным повышением температуры бывает обыкновенно потрясающий озноб.

Гораздо характернее при сепсисе изменения пульса. Он первый еще до температурных перемен бьет тревогу: учащается (110—120—130—140) и часто не соответствует повышению температуры, т. е. когда повышение температуры небольшое, частота его может быть уж большая—120 и более. При этом пульс теряет свою напряженность; это не тот пульс, какой бывает при доброкачественном кольпите или эндометрите, когда он полно, резко и напряженно бьет так же 120 раз в минуту; он мал, легко сжимаем. Чем слабее и чаще пульс, тем опаснее заболевание.

Изменения пульса зависят, конечно, от изменений в сердце прежде всего токсических, а также от отравления центров, заведующих движениями сердца и сосудов. Если яды в крови сильны, то они

разрушают мышцу сердца, ведут ее к жировому и паренхиматозному перерождению, так что при вскрытии сердце женщины, пользовавшейся хорошим здоровьем до заболевания, оказывается дряблым, вялым, как тряпка и это изменение может произойти чрезвычайно быстро в 1, 2 3 дня.

Кроме указанных изменений в сердце бывает еще септическое поражение клапанов *endocarditis ulcerosa septica maligna*, оканчивающееся смертью.

Это заболевание не всегда распознается при жизни, на него указывают: жалобы на невыносимые приступы сердцебиения, на чувство стеснения и давления в груди. Но подобных жалоб может и не быть. При исследовании сердца шумов не бывает, прослушиваются резкие острокребущие тоны. Но и этих признаков может не быть и болезнь определяется нередко лишь при вскрытии.

Сепсис отравляет дыхательные центры, дыхание при сильно выраженной токсинемии становится частым, поверхностным.

Воспаление легких, как осложнение сепсиса, относится скорее к пиэтическим процессам. Все случаи воспаления легких при сепсисе, которые мы помним, оканчивались смертью.

Аппетит бывает плох, язык сильно обложен. Из поражений желудочно-кишечного тракта нужно отметить септические поносы. Если есть кровоизлияние в кишках вследствие упомянутого септического изменения сосудов, то поносы бывают с кровью или изменившейся или же с жилками довольно свежей крови.

Селезенка увеличивается, капсула ее напрягается, прощупывается, иногда чувствительна при ощупывании. Как важный фильтр, где отлагаются микроорганизмы или их яды, селезенка видимо принимает участие в воспалении, так как ее сосуды являются характерно расширенными.

В печени претерпевают серьезные изменения печеночные клетки: они подвергаются тусклой набухлости и жировому перерождению иногда в такой степени, что получается картина острой желтой атрофии печени. Пиэтические нарывы в печени, также как и в селезенке образуются редко.

Количество мочи уменьшается вместе с ухудшением болезни вообще и деятельности сердца в частности. При малом количестве цвет мочи делается темный, констатируется большее или меньшее количество белка. Изредка происходит гемоглобинурия или гликозурия. Настоящие токсины выделяются почками в мочу исключительно редко и только тогда, когда эпителий мочевых канальцев сильно изменен. В почке может образоваться и пиэтический абсцесс вследствие попадания гнойной пробки например, в Мальпигиев сосудистый клубочек. Абсцесс может прорваться в лоханку, гной пойдет тогда через мочеточники и мочевой пузырь. Иногда моча идет с кровью.

При бактериемии бывают боли в суставах, как один из признаков тяжелого заболевания. Иногда суставы припухают, в них скопляется немного серозной жидкости, но скоро жидкость рассасывается. При пиэмии суставы являются излюбленным местом гнойного воспаления. Гнойное воспаление сустава переходит нередко в перлартритическое воспаление сухожилий и мышц.

В костях бывают только метастическое (т. е. пиэтическое) воспаление, чаще всего остеомиелиты.

Из местных поражений со стороны нервной системы можно указать на невралгии.

Токсические поражения мозга выражаются в чувстве усталости,

в головокружении, в головных болях, в плохом сне с тяжелыми сновидениями, в судорогах особенно в мышцах лица, глаза, головы.

При пиэмии абсцессы в мозгу ведут к целому ряду явлений свойственных воспалению мозга.

Психика часто изменена. Некоторые больные поражают своим безразличием, отсутствием жалоб. Но некоторые очень беспокойны, часто впадают в бредовое состояние.

Поты—нередкое явление при сепсисе, они не показывают улучшения болезни. Бывают изменения при сепсисе на коже в виде красноты на туловище и конечностей. Мы видели несколько раз на коже сыпь в виде темнокрасных пятен, как следствие маленьких экстравазатов.

Бывают случаи, когда в крови нет микроорганизмов, а болезнь имеет несомненно общий характер, так как на лицо и сильное изменение самочувствия больных, изменение пульса, изменения во внутренних органах, в нервной системе,—характерны для бактериэмии. В подобных случаях на первый план выступает влияние на организм токсинов; такое состояние токсинэмии бывает при кольпитах, эндометритах. Местные изменения во влагалище и в матке могут быть незначительные. Эти случаи аналогичны заболеваниям столбняком, когда местные явления ничтожны, а токсические изменения в нервно-мышечной системе ведут к смерти. Чистые случаи токсинэмии бывают при преждевременных родах и при выкидышах, когда после смерти плода и по излитии вод начинается гниение внутри яйца.

Токсинэмией можно объяснить те случаи сепсиса, которые оканчиваются молниеносно—скоро смертью—через 24—36—48 часов после начала процесса, когда размножение микроорганизмов в крови вряд ли зашло далеко. Быстрое падение пульса, упадок общего состояния, *facies hypocratica*, тихий сипловатый голос, липкий пот на лбу—все это должно быть объяснено только лишь действием токсинов, оказавшихся в данном случае губительно сильнодействующими.

Пиэмическая форма сепсиса может произойти при всяком септическом заболевании. Но особенно к ней предрасполагают: воспаление вен в соединении с тромбом (*thrombophlebitis*), септический эндокардит, воспаление клетчатки, когда проходящая по ней вена вовлекается в воспаление.

При возникновении пиэмических абсцессов получается зигзагообразная форма температурной кривой. Температура, бывшая все время высокой, понижается до нормы. Больная и окружающие начинают уже радоваться. Но вдруг наступает зноб, частой такой сильный, что у больной стучат зубы и вся она чуть не подпрыгивает на кровати. Зноб продолжается  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 час и более. После зноба температура оказывается сильно повышенной, обыкновенно доходит до *maximum*'а данного заболевания; поэтому после зноба нужно всегда измерить температуру. Температура недолго держится на максимальной высоте, начинает более или менее быстро понижаться; понижение температуры сопровождается часто обильным потом. Знобы могут повторяться 2—3 раза в сутки или 1 раз в сутки; иногда даже через сутки и тогда течение болезни начинает напоминать малярию.

Бывают случаи пиэмии, когда и не бывает периодичности наступления зноба, жара, пота и быстрого понижения температуры. Если при пиэмии сильно выражена бактериэмия (т. е. сепсис), то температура, поднявшись, может держаться день два и постепенно спадает, падение температуры может быть не до нормы, а до 38—38,5 и затем опять зноб и пр. При образовании метастатического воспаления раз-

виваются местные явления воспаления вплоть до назревания пиэмиического абсцесса; характер этих явлений определяется захваченным местом и органом.

*Распознавание сепсиса и пиэмии.* Подозрение о сепсисе возникает всегда, когда местные явления послеродовых воспалений отстают в развитии сравнительно с развитием картины тяжелого общего заболевания.

Бактериологическое исследование выделений из матки и от заболевших мест влагалища ничего не доказывает. Нахождение стрептококков и других возбудителей воспаления в лохиях бывает не только у заболевших эндометритом или кольпитом, но даже и у ничем не заболевших родильниц. Нахождение стрептококков, стафилококков и пр. в крови указывает прямо на бактериэмию.

Определение вирулентности найденного стрептококка обычно не удается. Испытание стрептококка на гемолиз ничего не определяет, культура стрептококка, ведущая к растворению красных кровяных шариков не содержит в себе непременно злокачественного стрептококка. Определение злокачественности проникшего в кровь возбудителя, определение силы заболевания, столь важное для прогностики, ставится лучше всего на основании исследования пульса и общего состояния больной.

Нам приходилось наблюдать особенно быстрое и губительное развитие сепсиса в тех случаях, когда инфекция была перенесена руками персонала еще в свежем состоянии, т. е. не успела, так сказать, высохнуть инфекция на руках, прилипшая от одной родильницы, как она была перенесена другой, при чем сила инфекции первой имела в некоторых случаях несомненное влияние на силу заболевания второй.

На пиэмию указывают всегда очень ясно, определенно и несомненно наличие метастатических воспалений. Если существует периодичность знобов и сопровождающих их явлений, то это указывает или на пиэмию или во всяком случае на образование где нибудь нагноения.

Приходится иногда отличать сепсис от туберкулеза, брюшного тифа, малярии, скарлатины и даже от острых проявлений сифилиса. Входить в столь сложные подробности отличительного распознавания мы не будем.

*Лечение.* Мы знаем, как предупреждать послеродовые заболевания. Но к сожалению нужно сознаться, что мы вполне бессильны в борьбе с проникшей инфекцией как местной, так особенно общей, т. е. инфекцией крови.

Из сывороточной терапии, направленной против инфекции в крови, практикуется только антистрептококковая сыворотка. Берется сыворотка животных, обычно лошадей, инфицированных стрептококками. Так как степень вирулентности и характер стрептококка, вызвавшего заболевание данной больной, есть величина неизвестная, то берется сыворотка животных, зараженных колониями стрептококков разной вирулентности в том чаянии, что вирулентность и характер одной из взятых колоний стрептококков будет хотя бы до некоторой степени совпадать со стрептококками, заразившими данную больную. Разновидностей стрептококков много и указанное совпадение считается необходимым условием успеха. Сыворотка, полученная от нескольких видов стрептококка (обычно трех), называется поливалентной: уже указанного обстоятельства достаточно, чтобы понять, на каких шатких основаниях стоит сывороточное лечение. Мы лично были неудачливы при пользовании сывороткой и никакой пользы от нее не видели. Да и вряд ли кто может утверждать, что антистрептококковая сыворотка

есть серьезная лечебная мера. Употребляются сыворотки различных фирм, а также и приготовленные местной лабораторией. Впрыскивание сыворотки производится под кожу. Перед впрыскиванием антистрептококковой сыворотки нужно быть уверенным посредством бактериологического исследования крови, что имеется дело с стрептококком, как возбудителем данного заболевания. Количество впрыскиваемой сыворотки 50, 100, 150 грамм. Одним из необходимых условий успеха считается, чтобы произвести впрыскивание в начале заболевания, а это — то как раз и трудно бывает сделать, так как обнаруживается заболевание нередко уже тогда, когда оно зашло далеко. Помимо серотерапии пробуют ввести в дело металлотерапию. Из металлов выбор пал на серебро. Употребляют серебро в форме металлического коллоида, который как бы растворяется в воде; на самом же деле в кажущемся растворе находятся мельчайшие частички серебра, которые и должны действовать губительно на микроорганизмы, плавающие в крови. Металлический коллоид серебра, — так называемый колларгол. Наиболее надежным считается впрыскивание колларгола в вену, особенно если нужно, чтобы средство подействовало скорее. Техника впрыскивания в вену локтевого сгиба (*vena mediana* или *v. basilica* или *v. cephalica*). следующая. Рука опускается на несколько минут книзу, затем плечо перетягивается крепко жгутом. Место вкола промывается водой с мылом, протирается алкоголем, остатки алкоголя должны испариться, так как колларгол при соприкосновении с алкоголем распадается. Если вена хорошо выступает, то вкол можно сделать прямо в нее, если же нет, то приходится делать осторожный тонкий разрез кожи, отпрепарировать вену и подвести под нее две нити шелка или катгута, чтобы не отыскать ее вновь. Как шприц, так и раствор колларгола должны предварительно подвергнуться кипячению. После наполнения шприца (вместимость шприца = 5—10 куб. сант.) нужно позаботиться, чтобы в нем не было пузырьков воздуха. Вкол иглы должен быть косой, отверстие или острие иглы должно быть направлено вверх, т. е. в сторону сердца. Из иглы должна вытекать свободно венозная кровь; это служит доказательством того, что конец иглы действительно в просвете сосуда и противоположной стенки вены не проколот. Чтобы вена не смещалась, ее нужно фиксировать пальцами левой руки, не сжимая вены. Если кровь из иглы не вытекает, то нужно повторить вкол. Затем надевается шприц и жгут, стягивавший плечо, снимается. Не нужно забывать снимать жгут, иначе раствор не впрыскивается. Движение поршня должно быть медленное с остановками. По окончании впрыскивания игла вынимается и на место впрыскивания накладывается асептическая повязка. Если впрыскивание произошло не в вену или в вену только отчасти, а весь или часть раствора попала в клетчатку, то получается болящее затвердение синеватого цвета. Впрыскивается в вену 2% раствора колларгола от 5 до 15 куб. сант.; если употребляется 5% раствор, то впрыскивается от 3х до 9 куб. сант. Впрыскивание можно повторять ежедневно или через 2 суток, можно и 2 раза в день. Применяют колларгол и в клизмах; берется 0,5—1,0 колларгола с 50,0 или 100,0 воды (*aq. destil.*) прибавляется немного белка или желатины для того чтобы не произошло быстрого выпадения раствора. Такие клизмы делаются 2 раза в день; перед клизмами прямая кишка должна быть опорожнена хорошим клистиром. Лечение клизмами может продолжаться дней 10—14 без всякой опасности.

Рег ос употребляется 1—2% раствор колларгола по десертной или столовой ложке 3—4 раза в день с кофе или какао.

Колларгол втирают также в кожу. Но этот способ употребления



менее всего надежный. Кроме того, получается черная окраска того места, куда втирают, это дает неопрятный вид кожи.

Лечение с серебром пробовали также в виде впрыскивания в вену раствора ляписа 1 : 1000 в количестве 500,0—1000,0. Мы и это пробовали без всякого успеха. С целью поднять защитительные средства организма вызывают искусственно лейкоцитоз впрыскиванием нуклеиновой кислоты под кожу, а также просто дистиллированной воды в количестве 1000,0 тоже под кожу или в вену (д-р Илькевич). Впрыскивание нуклеиновой кислоты оставлено за полным отсутствием результатов. Лучшим средством лечения сепсиса остается все же поддержание питания организма всякими средствами. Если ясно, что инфекция поступила в кровь из матки и продолжает поступать оттуда, то возникает вопрос об удалении матки на подобие того, как при инфекции конечностей, вызвавшей бактериэмию, возникает вопрос об отнятии большой конечности, как источника общего заражения крови, для спасения жизни. Но дело в том, что когда возникает вопрос об экстирпации матки, то обычно это уже оказывается запоздалым средством. Если же делать экстирпацию при первом подозрении на сепсис, то при удачном окончании лечения всегда получится сомнение, что операция была не нужна. Установить же определенные показания к операции до сих пор не удается.

#### **Thrombophlebitis puerperalis.**

Образование тромбов в венах таза после родов происходит во много раз чаще, чем мы это замечаем и чем мы даже предполагаем. При внимательном исследовании сосудов на трупах родивших женщин нередко можно натолкнуться на остатки тромбов в виде известковых камней или рубцовых тяжей. Существует несомненное предрасположение к образованию тромбов, потому что все благоприятствующие условия для образования тромбов бывают налицо. Благоприятные для сего условия следующие: замедление тока крови, изменение состава крови и изменение эндотелия, выстилающего внутреннюю поверхность вен. Уже одно обильное развитие еще не сократившихся после родов вен *plexus uterini et vaginalis* должно замедлять ток крови, затем варикозные расширения вен как тазовых, так и стенок живота и нижних конечностей, при которых просвет вен то расширяется, то суживается, затем покойное лежание в постели—все это условия, замедляющие ток венозной крови. Увеличение в крови веществ, образующих фибрин, большое количество свободных клеток в крови—все эти изменения состава крови как раз способствуют свертываемости крови и образованию тромба. Эндотелий вен подвергается изменениям при воспалении, а также повреждают эндотелий и токсины при токсинэмии, о чем мы уже говорили.

Асептическое образование тромба после родов нам представляется несомненным при влиянии двух первых из перечисленных благоприятствующих условий. Некоторые же высказывают уверенность, что образование тромбов после родов есть только результат инфекции. Но несомненно, что инфекция предрасполагает к образованию тромбов хотя бы вследствие воспаления вен, кроме того, при бактериэмии распад форменных элементов крови прибавляет кое что от себя к благоприятствующим условиям.

Тромб может образоваться уже с готовой инфекцией, т. е. уже инфицированным, или же инфекция приходит после образования тромба (как это бывает, например, при тромбах венозных синусов в плевен-

тарном месте стенки матки, распространяющихся в вены клетчатки и далее). Получается всегда вместе с образованием инфицированного тромба и воспаление вены, получается поэтому тромбофлебит. Если тромб образовался без инфекции и остался асептическим (что и теоретически вполне допустимо), то все же получается реактивное воспаление венозной стенки: расширение сосудов венозной стенки и как выпотевание жидкости, так и выхождение лейкоцитов и других свободных клеток и здесь, следовательно, не обходится дело без флебита. Дальнейшая судьба тромба при благоприятном исходе сводится к организации тромба. Иногда маленькие тромбы распадаются и исчезают. При распаде может случиться, что частички распавшегося тромба попадают через *v. cava* в правое сердце, а оттуда в мелкие сосуды легких. И от большого тромба могут отпадать куски и закупорить большой легочный сосуд или даже всю легочную артерию. Во всех этих случаях получается более или менее выраженная картина легочной эмболии.

Начавшись в венах маточного сплетения, тромб может распространиться в большие вены таза: *vena hypogastrica*, *venae spermaticae* и далее в *vena iliaca communis*, *v. cava inferior*. Отсюда тромб может распространиться на другую сторону и через *v. iliaca externa* в вены ноги другой стороны.

Тромбофлебиты таза остаются нераспознанными очень часто, разве только иногда можно заподозрить их существование, когда при исследовании *per vaginam* или *per rectum* прощупываются круглые тяжи. Тромбофлебиты *v. spermaticae* и главное *v. iliaca communis* дают иногда ясно заметную припухлость в *fossa iliaca*: характер этой припухлости определяется точно потому, что одновременно с нею замечается характерная опухлость ноги. Характерную, всегда ясно диагностируемую картину дает поражение *v. femoralis*, *v. popliteae*, *v. saphenae*, словом вены ноги. В то время, как глубокие тромбофлебиты часто не определяются и ускользают из наблюдения, очевидность тромбофлебитов нижних конечностей издревле давала возможность установить особый род послеродового заболевания—болящая опухоль ноги, *phlegmasia alba dolens*. *Phlegmasia alba dolens* обнаруживается не раньше 7 дней, день на 10—12 после родов. Перед обнаружением обычно температура бывает высокая и больная лежит с диагностикой эндометрита или кольпита.

Перед обнаружением *phlegmasia alba dolens* температура бывает повышена, больная лежит с диагностикой эндометрита или кольпита. Но день на 8-й, 9-й, чаще на 12—15, вдруг замечается, что одна нога толще другой в какой нибудь своей части или на бедре или на голени, или у колена. При чем лишних жалоб никаких не прибавляется и флегмазия иногда является случайным открытием. Поэтому мы при послеродовых заболеваниях каждый раз осматриваем ноги больной. Бывали случаи, когда несколько врачей лечили больную с повышенной температурой после родов и долго не замечали флегмазии. Все указывают, что флегмазия сопровождается болями в ноге. Под нашим наблюдением прошло много случаев флегмазии и ни в одном случае не было болей. Бывали боли и очень сильные, но лишь тогда, когда компресс был наложен не на всю ногу; если, например, положить компресс только на бедро, а голень оставить открытой, то голень почему то будет нестерпимо болеть все время и днем и ночью; если положить компресс на бедро и половину голени, а нижнюю половину голени оставить открытой, то этим больная обрекается на мучительные непрекращающиеся боли в нижней половине голени и в стопе;

если компресса не ставить или если в компресс обернуть всю ногу со всей стопой, не оставив ни одного пальца вне компресса, то боли не бывает никакой. Единственно, что иногда ощущают больные, это чувство тяжести, нудное чувство в ноге. Отсутствие симптомов и особенно болей в ноге, которые считаются характерными и необходимыми, и может ввести врача в ошибку: он может легко просмотреть хотя бы начало болезни, а это может повести к роковым последствиям; нужно осматривать ноги независимо от того, есть боли в ногах у больной или нет. Из симптомов указывается еще, что бывает перед началом флегмазии боли в руке, затруднение дыхания, кашель с кровавой мокротой, боли в груди, словом, легкие симптомы легочной эмболии. Мы ни в одном из находившихся под нашим наблюдением случаев не наблюдали ничего подобного и, извиняемся, думаем, что в этих случаях флегмазия была замечена слишком поздно. Припухлость ноги сосредоточивается чаще всего на внутренней стороне верхней половины бедра в области скарповского треугольника; бывает так же в голени, в подколенном сгибе, в нижней части бедра. Кожа над припухлостью не изменена, как при отеке; если на нее надавить пальцем, то ямки не остается.

Температура остается долго повышенной, сохраняет постоянный тип. Продолжительность болезни при благоприятном течении 3 недели—2 месяца. Если температура начала основательно понижаться, а потом вдруг опять вспыхнула, то это означает, что воспаление распространяется на новые участки вены или в окружность вены. Мы наблюдали один случай, где дело кончилось абсцессом на бедре.

Leopold настаивал, что при тромбофлебитах первый характерный признак, это—учащение пульса. Но мы особо характерных для тромбофлебита изменений пульса не замечали.

При описании флегмазии, как и при описании других местных послеродовых процессов, мы должны отметить, что флегмазия не есть болезнь *sui generis*. Характер и течение ее зависит от свойства инфекции и от того, как относится к ней организм. При тяжелых сепсисах приходится наблюдать тромбофлебиты, в этом случае они являются уже второстепенным явлением, главное—общий сепсис. При этом всегда очень плохо бывает, когда тромбофлебит (например на бедре) вдруг начинает быстро исчезать: нужно ждать эмболию и скорую смерть.

Весьма неприятную сторону болезни составляет опасность легочной эмболии. Если в легочные сосуды попадают маленькие кусочки тромба, то появляются боли в груди, в руке, колотья при дыхании, кашля может не быть, если есть кашель, то мокрота может быть кровавая. При исследовании легких—никаких определенных данных. Если попадание мелких кусочков повторяется и упорно, то развивается более тяжелая картина: больная беспокойна, ей трудно дышать, она чувствует болезненное сжатие груди, пульс падает или исчезает, конечности холодные, сильная бледность. При исследовании сердца и легких ничего определенного, разве только при неравномерной деятельности сердца не слышен второй тон. С развитием таких симптомов наступает смерть при явлениях отека легких.

Если оторвалась от тромба большая пробка и закупорила большой легочный сосуд или даже всю легочную артерию, то смерть наступает моментально.

Если больная каким нибудь образом переносит частичную эмболию легких, то у ней развиваются явления легочного инфаркта.

*Лечение* флегмазии состоит прежде всего в строжайшем покое. Больная должна лежать на спине. Уход сложен, потому что для устройства но-

ги нужны знание дела, тщательное отношение и большая затрата времени. Ногу почти всегда оказывается и полезным и удобным завертывать в согревающий компресс. Компресс должен быть наложен, как мы уже говорили, на всю ногу начиная с пахового сгиба и кончая пальцами; для сего выкраивается два слоя полотна, или если полотно не тонкое, то в один слой; выкройка должна быть такая, чтобы завернулась вся нога; из куска клеенки нужно сделать такую же выкройку как из полотна, но чтобы она была больше полотняной и выступала на 3—4 поперечных пальцах из за краев полотняной выкройки. Кроме того берут большой пласт ваты (длиной аршина в полтора) и из него делают такую же выкройку, но чтобы она была больше выкройки из клеенки. Стелят сначала вату, затем клеенку, затем увлажненное водой полотно, поднимают ногу, не сгибая ее в колене, осторожно и тихо, подкладывают все только что сложенное для компресса под ногу вплотную до ягодиц, кладут ногу и завертывают сначала в мокрое полотно, затем в клеенку, затем в вату, сверху закрепляют компресс бинтом марлевым или каким нибудь. Кладут осторожно ногу на подушки, по бокам длинные мешки с песком. Но удобнее всего положить завернутую в компресс ногу в проволочную желообразную шину; это лучше всего устраивает и иммобилизует ногу; это доставляет вообще много удобств при необходимых хотя бы незначительных передвижениях во время мочеиспускания и испражнения. Иногда лучше придать положение ноги несколько приподнятое: и отток лучше и чувствуют больные больше удобства от перемены положения ноги, при шине это сделать очень легко. нужно только взяться за конец шины, где стопа, приподнять его и под этот конец подставить деревяшку или толстую книгу. Долго приподнятого положения больные не выносят и просят опустить ногу. Если компресс наложен хорошо, то мокрое полотно не высыхает в течение суток; через 24 часа компресс сменяется.

Никаких растираний ноги делать нельзя. Употребление серой ртутной мази, рекомендованное в старых учебниках, опасно; мы видели ртутное отравление, (что неудивительно особенно при употреблении компресса). Единственно, что мы позволяем себе, это смазывание иодом как раз по тракту больной вены в виде ленты через день, два. Такое лечение компрессами продолжительно, эпителий начинает мацерироваться особенно на подошвах, где он становится белым, кожа здесь становится сильно морщинистой, в глубоких морщинах получают залежи слущивавшегося эпителия. такие же залежи бывают между пальцами; если слущившийся эпителий остается долго неудаленным, он разлагается и раздражает кожу и это только обстоятельство может вызывать боли в ноге. Истинным благодеянием для больных в данном случае является протирание ноги тряпочками, смоченными спиртом, но протирание—самое тщательное, чтобы вычищена была до самого дна каждая морщинка, каждая складочка между пальцами. Словом тщательный уход за больной ногой и спасает жизнь больной и предохраняет ее от невыносимых болей.

Весьма важным является вопрос о питании больных. Диеты никакой не полагается, только бы больная ела такую пищу, которая переваривается более или менее легко. Через день нужно ставить клистир. При испражнении больная не должна сильно тужиться.

Весьма осторожным нужно быть при разрешении вставании по выздоровлении. Разрешать вставать можно не раньше, как через 2 недели после того, как температура стала нормальной. Вставать нужно осторожно, сначала лишь посидеть на кровати, затем на следующий день или через день сесть на кресло рядом с кроватью. Затем начиная ходить каждый день делать по одному лишнему шагу.

После болезни нога надолго, часто на всю жизнь, делается толще здоровой, становится весьма наклонной к отекам, в ноге остается надолго чувство тяжести. Советуют через 4 месяца после болезни делать массаж. Мы не отваживались назначать массаж и через 2 года: бережного и Бог бережет, а вдруг оторвется какая нибудь часть организованного тромба, которая имела случайно вид полипа и висела на ножке. Лучший массаж и лучшая гимнастика через несколько месяцев после болезни—это хождение. Прекрасным незаменимым средством против всякого рода последствий флегмазии, хотя бы состоящих в из'явлении вен, или сильных отеках, это—эластический чулок. Носить его всегда, особенно летом, тяжело, но временами очень полезно.

### **Mastitis. Воспаление грудных желез.**

Мы уже говорили, что повышение температуры после родов зависит часто, чаще, чем принято думать, от грудей. В прежнее время думали, что повышение температуры после родов всякий раз есть „молочная лихорадка“, это не совсем неверно. Мы заявляем, что от 5% 10% всех повышений температуры с 5-го дня, после родов зависит от изменений в грудях. По нашим наблюдениям повышение температуры, начиная с 5-го дня весьма часто исходит не от детородных органов в тесном смысле, но зависят от другой усиленно функционирующей части организма, от молочных желез. Нам еще не пришлось вывести процент повышений температуры, зависящих от грудей из общего количества повышений, но мы думаем, что он = 5%—10%. Причины повышений температуры в грудях остаются большею частью не замеченными и считают, что повышение зависит от каких либо процессов в вагине или в матке. На самом же деле не напрасно еще Соhn в восьмидесятих годах находил в трещинах сосков стрептококков, этих истинных врагов родильниц, стерегущих, чтобы напасть на них с разных сторон. И действительно, начиная с трещин инфекция часто идет в молочные ходы, вызывает воспаление их слизистой оболочки; происходит тоже, что при кольпитах, только изменения во входе влагалища и во влагалище доступны глазу и наблюдению, а указанные изменения в грудях вследствие малости трещин и ходов не доступны глазу и потому остаются незамеченными. Изменения становятся заметными, когда дело доходит до мастита, а это бывает далеко не всегда, также как не всегда бывает при кольпитах эндометрит или параметрит. Если же обратить на эту сторону внимание, то можно многое заметить и глазом. Например при рассматривании трещин через лупу если растянуть их края, то можно увидеть в каком состоянии дно ея, нет ли там налетов; не всегда поверхность трещины чиста, розового цвета, иногда хорошо применить и здесь перекись и йод. Затем, если внимательно следить за первыми каплями при выдавливании молока, то можно увидеть, что из какого нибудь отверстия выходит слизисто-гнойная или чисто гнойная капелька, это значит, что слизистая одного из молочных ходов воспалена и дело дошло уже до гнойного выделения.

Но этого мало. Если внимательно осматривать груди при повышении температуры, то приходится видеть иногда розоватые полоски, идущие в радиальном направлении от соска, иногда эти полоски еле заметны и то только при дневном освещении, это не те синеваторозовые полоски, которые бывают от просвечивания вен; эти полоски похожи на те, которые видны при лимфангоитах, оне и здесь ничто иное как воспаленные лимфатические сосуды. Достаточно увидеть, хотя бы едва заметить такую полоску, как диагностика готова: повышение

температуры зависит от начинающегося воспаления в грудях. Иногда помимо полоски или даже без полоски заметен тяжик в радиальном направлении более или менее плотный, немного болезненный; это—воспаленный молочный ход и этого достаточно, чтобы объяснить повышение температуры хотя бы до 40°. Раньше мы, если и замечали чтонибудь подобное, то не придавали этому большого значения и думали, что температура исходит не отсюда. Но мы, как и все вообще, розовых полосок чаще всего не замечали, потому что повторяем, они весьма мало заметны, в громадном большинстве случаев пропускаются, но дают очень высокую температуру. Как часто теперь нам приходится при повышении температуры отвлекать внимание ведущих лечение врачей и акушеров, фиксированное (внимание) на детородных органах и указывать, что там ничего нет и что температура зависит от ничтожной еле заметной розовой полоски. Некоторые не верят. Но доказать в громадном большинстве случаев бывает легко: если принять ряд простых мер, которые мы опишем, то температура на следующий день станет нормальной, а розовая полоска пропадает.

И так, маститы есть уже конечное явление, гораздо чаще происходит ряд изменений в сосках и в молочных ходах; эти изменения готовят мастит, но чаще всего дело до мастита не доходит и изменения в грудях идут под флагом пuerперальной лихорадки, исходящей от инфекции детородных путей.

Эта сторона дела ждет еще клинической и бактериологической разработки и представляет интересную тему для научных работ.

При образовании маститов инфекция идет, как это видно уже из сказанного, от сосков по млечным ходам или по лимфатическим путям или по тому и другому вместе. Если инфекция идет по млечным ходам, то получается паренхиматозный мастит, если—по лимфатическим путям, то интерстициальный, но при дальнейшем течении болезни воспаление и нагноение переходят с паренхимы, т. е. с долек в интерстицию и обратно, поэтому деление мастита на паренхиматозный и интерстициальный не имеет ни фактического значения, ни практического интереса.

Симптомы мастита такие же, как и при всяком воспалении: боль в груди, повышение температуры, больная грудь опухла, при ощупывании оказывается, что опухоль особенно выражена в каком-нибудь месте, здесь же чувствуется затвердение, здесь же и сильная болезненность при дотрогивании, здесь же часто видна и краснота, здесь же можно заметить, что кожа горяча. Боль стреляющая, пульсирующая, отдающаяся в руку, не дающая спать ночью, мешающая движению руки.

Эти явления могут пройти и дело до нагноения не доходит. Если же температура тянется с неделю, то нагноение неизбежно, иногда нагноение образуется и раньше, чем чрез неделю после начала заболевания. При образовании нагноения затверждения начинают размягчаться, но воспалительный отек и в частности отек кожи увеличивается. Гной выходит при инцизии или самостоятельно пробивает себе дорогу чрез кожу.

*Лечение.* Ссадины на сосках нужно держать всегда в особой чистоте, промывать их перекисью водорода и накладывать на них куски стерилизованной марли. Держать в чистоте рот ребенка и руки матери нужно и тогда, когда ссадин нет. А лучше всего стараться залечить ссадины. Для этого прежде всего нужно дать отдохнуть больной груди от кормления, прекратить кормление этой грудью на 24 часа, затем покормить один раз и опять сделать промежуток на 12—24 часа.

Способствует заживлению ссадин следующая мазь: balsami peruviani, t-rae arnicae àà 4,0 olei amygdalarum 30,0, aquae calcis 60,0 m. d. s. мазь для сосков; иногда достаточно бывает при отдыхе груди приложить мазь, состоящую из смеси висмута с вазелином, Иногда приходится смазывать ссадины 10% раствором ляписа и кроме того применять упомянутые мази.

При повышении температуры и при первом намеке на розовую полосу или на катаральное состояние млечного хода нужно устроить грудь следующим образом: грудь приподнимается как можно выше, под нее подкладывается плотный сверток ваты такой величины, чтобы вся вата была на той высоте, на какую ее приподняли; затем берут непременно полотняный бинт 2 вершков ширины и 20 аршин длины; кладут головку бинта под больную грудь так, чтобы сделать тур вокруг туловища (точнее вокруг грудной клетки), начиная от стороны больной груди на сторону здоровой, сделавши два начальных тура вокруг грудной клетки катят бинт из под больной груди на здоровое плечо; проводя бинт косо через плечо, прижимают им насколько возможно крепче больную грудь; затем ведут бинт косо через спину опять к тому месту, откуда начали косою тур через плечо, делают тур опять поперечный вокруг грудной клетки; закончив этот тур со стороны больной подмышки опять ведут тур косо через плечо, еще больше закрывая больную грудь и подложенный под нее ком ваты, сделав косою тур, опять проводят поперечный круговой и опять косою до тех пор, пока не кончится весь бинт и не будет закрыта вся больная грудь; бинтование нужно делать крепко на крепко, чтобы на больную грудь было оказано давление. На сосок предварительно накладывается кусок стерилизованной марли, чтобы бинт не раздражал его. Через 24 часа бинт снимается, больная кормит больною грудью, и грудь опять также туго забинтовывается. На другой день после начала бинтования температура опускается и полоска или тяж исчезают, это почти как правило. Если есть уже боль и есть признаки начала мастита, то больная укладывается в постель, под плечо и руку больной стороны подкладывается подушка, на грудь сверх повязки накладывается пузырь со льдом; так как ком ваты подложен только под грудь снизу, то он не мешает охлаждающему действию льда.

При ясно выраженном мастите, пока еще есть надежда, что не получится нагноение, нужно продолжать давящую повязку и лед. Если надежда почти потеряна, то давящую повязку можно не применять, а лишь лед и покой, т. е. запретить двигать рукой больной стороны. Если видно, что начинается нагноение или что во всяком случае без него дело не обойдется, то нужно оставить и перейти к теплу: согревающему компрессу и даже к припаркам. После появления флюктуации делают разрез по общим правилам хирургии.

# ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

## Альбуминурия беременных.

Беременные отличаются склонностью к появлению белка в моче в большем или меньшем количестве. В большинстве случаев появление небольшого количества белка в моче имеет лишь эпизодическое значение и проходит благополучно и бесследно вместе с окончанием беременности; но выделение больших количеств белка, бывающие обычно вместе с примесью мочевых цилиндров и почечного эпителия, есть заболевание серьезное, несущее с собой опасность и для матери и для ребенка. Легкие случаи альбуминурии встречаются так часто, что это дало повод Leyden'у отнести их в особую группу и дать особое название для состояния легкой альбуминурии: «почка беременных». «Schwangerschaftsniere»; но основания для установки особого названия у Leyden'a были очень неопределенны и шатки; практика показывает, что в каждом отдельном случае нельзя установить, имеем ли мы дело с почкой беременных или с нефритом; легкий случай альбуминурии всегда может перейти в тяжелый и тогда нужно менять название почки беременных на нефрит. Патолого-анатомические основания, на которых Leyden определял случаи так называемой почки беременных, состоят в том, что в почках при этом происходят лишь дегенеративные процессы. Но с этим последующие авторы не согласились: воспалительных изменений в почках при подобных состояниях исключить нельзя. Патолого-анатомические данные показывают, что никакого существенного качества отличия в почке беременных не существует и разница от тех состояний, которые нужно называть нефритами, лишь количественная. Про этимологическую неправильность и неудобство этого названия мы не будем говорить. Говорим же мы про это название потому, что русские акушеры переняли его; пользы для дела это не внесло, а внесло только затруднение в силу неясности.

Мы отнесем к описываемому состоянию чисто клинически и, по примеру французской школы акушеров, сохраним для всех степеней описываемого состояния название альбуминурия беременных, избегая названия нефрита, так как это состояние, хотя и относится несомненно к нефритам, все же—*sui generis*; в течении этой болезни есть глубоко характерные черты, отличающие ее от нефритов не беременных.

Альбуминурия беременных должна быть отнесена к группе тех непонятных до сего времени болезненных явлений, которые свойственны исключительно беременности, как то неукротимая рвота беременных, эклампсия, различные истерические и, так называемые, рефлекторные расстройства. В основе этих явлений ставят ныне интоксикацию каким то неизвестным веществом, присутствие которого связано с развитием живого плода (известно, что со смертью плода внутри мат-



ки все эти явления перестают развиваться). Эта теория интоксикация так настойчиво проникает в современные умы наблюдателей, что прежние теории происхождения альбуминурии оставляются в стороне, забываются без всякого, впрочем, ущерба делу. Объясняли, например, происхождение альбуминурии тем, что почечные артерии и вены подвергаются давлению со стороны беременной матки, или объясняли—рефлекторной анемией почек и пр.

Нужно заметить, что бывает временная альбуминурия у беременных, подобно тому как появляется белок в моче и у не беременных после сильных мышечных напряжений, душевных волнений и холодных ванн, при всасывании больших количеств белка после сытных обедов; такая скоропреходящая альбуминурия считается как бы физиологической. Но под таким явлением может скрываться циклическая или перемежающаяся альбуминурия, бывающая после скарлатины, дифтерии и пр. заразных болезней и имеющая в своей основе не больше не меньше, как цирроз почки.

Настоящая же альбуминурия беременных, раз появившись, совсем не проходит до конца беременности, после же родов исчезает; если ребенок умер до родов, то альбуминурия начинает проходить.

Беременные в первый раз отличаются особой склонностью к альбуминурии. Замечается особая склонность к альбуминурии также при двойнях, при особенно большом ребенке; объясняют это давлением тяжелой беременной матки на сосуды почки; но можно подставить и другое объяснение: при двойнях или большом ребенке интоксикация увеличивается в количестве, с чем почки уже не могут справиться, не давая альбуминурии.

Альбуминурия редко является в первые месяцы беременности, обыкновенно она появляется в последние месяцы.

Если еще до беременности был нефрит, то он во время беременности ухудшается, обостряется, больные почки, повидимому, не могут справиться, без вреда для себя, с интоксикацией, которою одержимы беременные.

*Симптомы.* Важно знать, что альбуминурия в начале своего развития не дает никаких симптомов; она подкрадывается коварно среди кажущегося общего благополучия.

При содержании белка в моче более, чем 1 на 1000 обыкновенно является первый симптом—отеки; но они могут появиться и при меньшем содержании белка. Отеки ног, наружных половых органов, живота—могут быть и без альбуминурии, но отеки лица, век довольно характерны для альбуминурии.

Вместе с дальнейшим увеличением белка, обычно уменьшается количество мочи и настолько, что это может стать заметным и для самой больной. Если количество белка приближается к 10 на 1000, то являются прочие симптомы: общая тяжесть, слабость, изменение строения; количество белка может прогрессировать с каждым днем и с дальнейшим увеличением его содержания появляются: расстройство зрения, доходящее иногда до полного амауроза, головные боли, затемнение сознания, сопорозное состояние, конвульсии отдельных групп мышц, могущие дать повод смешать это состояние с эклампсией; впрочем последняя нередко и обрушивается на больную альбуминурией всюю своею тяжестью. Нам все же приходилось видеть весьма тяжелые случаи альбуминурии без всякого признака эклампсии.

Если до беременности был нефрит и цирротический, то течение может быть иное: количество мочи не уменьшается, моча светлая, белка немного, но зато нередки явления со стороны сердца: одышка,

изменение пульса; при исследовании—гипертрофия сердца—и прочие более или менее грозные явления, сопровождающие нефрит: гемиплегии, апоплексии вследствие мозговых эмболий и пр. Наблюдались, впрочем, случаи, в которых старый нефрит во время беременности не ухудшался.

*Распознавание.* Альбуминурия, скрывающаяся в себе иногда большие опасности для беременной, подкрадывается, как мы сказали, незаметно, коварно. Терапия альбуминурии, во время предпринятая, дает верные, часто блестящие результаты. Все это показывает, насколько важно ранее распознавание альбуминурии. Уже в течение первых месяцев беременности нужно время от времени исследовать мочу на содержание белка. Начиная с 6 месяца следует исследовать мочу каждые 2 недели, а с 9 месяца и почаще, особенно у беременных в первый раз.

Если есть белок, то нужно исследовать осадок мочи на присутствие цилиндров и почечного эпителия, а также измерять суточное количество мочи. Присутствие почечного эпителия и зернистых цилиндров в осадке указывает уже на поражение почечной паренхимы; присутствие кроме того форменных элементов крови указывает на сильное, острое воспаление почек.

На основании данных исследования мочи все же нельзя распознать, имеем ли мы дело с нефритом, бывшим до беременности, а также, имеем ли например, дело с обычным острым нефритом, происходящим при простуде, отравлении свинцом, фосфором, ртутью, сабиной и пр., или это все только альбуминурия беременных. Мало того, и на аутопсии, когда почка вынута уже и разрезана, тоже нельзя распознать, есть ли это нефрит бывший до беременности или это только изменения почки, зависящие от альбуминурии, нельзя устанавливать на основании патологоанатомических данных никаких особых форм, например, почки беременных.

Нужно заметить, что точное исследование мочи возможно только, если порция мочи, назначенная для исследования, спущена катетером; иначе вагинальные выделения могут обусловить в моче присутствие и белка, и лейкоцитов и т. п.

*Прогностика.* Прогноз хуже всего в тех случаях, когда нефрит существовал до беременности и есть изменения в сердце: увеличение сердца, недостаточность клапанов, перерождение мышцы сердца. Еще опасность угрожает со стороны эклампсии, которая нередко присоединяется к альбуминурии. Сама уже по себе альбуминурия в громадном большинстве случаев хорошо уступает своевременному энергичному, правильному лечению.

Но во всяком случае необходима осторожность в предсказании уже по одному тому, что мы на основании объективных данных не можем судить, был ли раньше у больной нефрит, анамнез же в данном случае может легко ввести в заблуждение, так как нефрит иногда протекает скрытно.

Альбуминурия беременных в громадном большинстве случаев после родов сразу уменьшается и проходит в течение нескольких недель без остатка. При малом количестве белка альбуминурия проходит на 4—5-й день после родов. Но не исключается возможность в редких случаях перехода и в хронический нефрит. При наступлении новой беременности для альбуминурии не обязательно повторяться, наоборот, повторение альбуминурии наблюдают довольно редко.

Тяжелые случаи альбуминурии, особенно возникшие на почве нефрита, дают неблагоприятное предсказание для ребенка.

По Hofmeyer'у, Львову и пр. в этих случаях получается около 70% преждевременных родов, с таким же процентом, если не больше, рождения мацерированных и нежизнеспособных детей. Тяжелая альбуминурия дурно влияет на плаценту: она ведет к изменению стенок сосудов в плаценте, к инфарктам, к кровоизлияниям в вещество плаценты, к преждевременному отделению нормально прикрепленной плаценты, к дегенеративно-воспалительным процессам в decidua serotina и vera. Все эти изменения ведут к тому, что часть плаценты становится неспособной пропускать ни питательные вещества, ни кислород. Помимо того на ребенка не может не действовать токсическое состояние матери: он как и при эклампсии, должен подвергаться временному действию токсинов.

Конечно, чем слабее альбуминурия, тем меньше она действует и на ребенка.

*Лечение.* В легких случаях альбуминурии можно удовлетвориться диетическими и гигиеническими предписаниями. Исключается мясная пища. Яйца, молоко, овощи, фрукты, разные супы, каши должны входить в состав пищи. Пить нужно побольше, назначают щелочные воды, Виши, Сельтерскую воду, Боржом и пр. Больная должна жить в сухом теплом помещении, ей нужно выбрать самую теплую комнату, она должна избегать всяких даже кратковременных охлаждений. Полезно надевать шерстяную или фланелевую сорочку с длинными рукавами и узкими нарукавниками. Нужно следить за отпращиванием желудка и в случае надобности назначать легкие слабительные.

Если этих мероприятий оказывается недостаточно, количество белка в моче не уменьшается, наоборот понемногу увеличивается, то к описанным предписаниям можно прибавить такие, которые повели бы к повышению деятельности кожи: теплые ванны 33—35° С. После ванн хорошо укутывать больную в нагретые одеяла, чтобы возбудить пот. Делают также влажные обертывание всего тела с укутыванием клеенчатой материей снаружи (Присницевское обертывание всего тела). Делают также и суховоздушные горячие ванны.

В серьезных случаях альбуминурии, при содержании белка 5—7—10 на 1000, при головных болях, при расстройстве зрения вследствие retinitis albuminurica и пр. нужно применить решительные меры: уложить больную в постель и применить абсолютную молочную диету, т. е. давать больной только молоко в возможно большем количестве и ничего больше. Если больная станет отказываться от молока, то можно сначала чтонибудь прибавлять к молоку, но потом все же перейти исключительно на молоко, если больная будет жаловаться, что ей тяжело только пить молоко, то нужно убеждать ее, что в этом ее спасенье и что этим она спасет жизнь своего ребенка. Молоко можно пить всякое: и кипяченое, и сырое, теплое, и холодное; для вкуса можно прибавлять иногда к молоку немного кофе. После каждого употребления молока хорошо прополаскивать рот. Если молоко все же плохо переносится желудком, то можно давать его с примесью Vichy. Одновременно с этим нужно заботиться о действии желудка: в случае надобности ставить клистиры, принимать слабительные. Необходимо постоянное наблюдение врача, чтобы следить за всеми изменениями, которые происходят с больной, чтобы во время заметить или какиенибудь осложнения со стороны болезни, или осложнения, зависящие от молочного лечения.

При малом количестве мочи приходится назначать diuretica.— Kali или natr. aceticum 5,0—10,0 pro die, diuretin по 0,5 1—2 раза в день; с этой же целью делают вливание соляного раствора под кожу (500,0—1000,0).

Наблюдающий врач должен регулярно выслушивать сердцебиение плода. А то случается такой конфуз: с больной стало вдруг очень хорошо, белок сгнал быстро уменьшаться, врач радуется результату лечения, а между тем быстрое улучшение альбуминурии произошло вследствие того, что ребенок умер.

Подобный молочный режим (regime lacté) имеет могущественное действие: альбуминурия беременных его не выдерживает, она начинает проходить. Тарнье, который первый ввел это лечение в 1875 г. высказал положение: всякая беременная, страдающая альбуминурией, подвергнутая абсолютному молочному лечению в течение 8 дней, не может сделаться экламптичкой. Это положение позднейшими многочисленными наблюдениями во Франции в течение 50 лет подтверждается. Молочное лечение благотворно отзывалось и на ребенке: оно дает больше шансов получить живого ребенка.

При большом отеке наружных половых частей можно делать насечки, чтобы выпустить избыток серозной жидкости из тканей. Делать это нужно при самых тщательных асептических предосторожностях, так как склонность к восприятию инфекции в отечных тканях очень повышена; после таких насечек наблюдали не редко рожу.

В тех случаях, в которых альбуминурия не поддается и молочному режиму, нужно прибегать к ликвидации беременности. По этому поводу Pinard формулировал следующее правило: «Когда у беременной женщины, многогравившей или первобеременной, констатировали тяжелую альбуминурию (аназарка, расстройство зрения, явления уремии со стороны желудка и кишек, одышка) и когда абсолютная молочная диета, продолжавшаяся 8 дней, не дала уменьшения альбуминурии, а наоборот альбуминурия прогрессирует и все симптомы ухудшаются, то нужно, в интересах матери, прервать беременность». Выбирать время для преждевременных родов, чтобы получить живого ребенка здесь не приходится и оттягивать операцию, чтобы получить более жизнеспособного ребенка, здесь нет смысла, потому что альбуминурия сама по себе ребенка большею частью не шалит; наоборот скорее произвести операцию, пока ребенок жив, это значит спасти ребенка от временного действия на него альбуминурии, спасти ему жизнь.

Если ребенок умер, то производить искусственные преждевременные роды показаний уже нет, так как после смерти ребенка альбуминурия начинает уменьшаться и вообще все явления аутоинтоксикации начинают проходить.

У альбуминуричек нужно проводить роды с особенно тщательными асептическими предосторожностями потому, что они весьма склонны к послеродовым заболеваниям: их отечные ткани менее способны противостоять инфекции, чем ткани здоровых рожениц. Альбуминурички также весьма склонны к отравлениям, так что при уходе за ними нельзя применять для спринцеваний ни сулемы, ни карболовой кислоты. Их отечная промежность весьма склонна к обширным разрывам, нужно тщательно выводить головку, а при щипцах у первородящих следует производить боковые насечки.

На молочном режиме больную можно продержать 8—15 дней после родов, до тех пор, пока белок исчезнет. При очень продолжительном применении молочного режима нужно следить, не очень ли ослабла от него больная, не развивается ли у нее анемия. Кормить ребенка при молочном режиме женщина может.

Альбуминурия еще может возникнуть во время родов, особенно трудных, продолжительных. Такая альбуминурия проходит сама по себе в течение последующих 1—2 суток.

## Неукротимая рвота беременных.

Всем известно, как часто беременность вызывает расстройства со стороны желудка, и как разнообразны бывают эти расстройства, оставаясь только функциональными. В самых легких случаях дело ограничивается отвращением к какому нибудь роду пищи, например, к мясу, тошнотой и рвотой при одном виде этой пищи. Бывают тошноты и рвоты только по утрам или тошнота и рвота после принятия какого нибудь одного рода пищи и полное благополучие после принятия пищи другого рода.

Как будто бы мы имеем дело в подобного рода случаях с капризом и истерией. Но это только может так показаться, причина лежит, где-то глубоко, эта причина вызывает иногда такие серьезные явления, которые заставляют отбросить всякую мысль о капризе и истерии. Рвота может происходить решительно после каждого глотка, рвота может быть ничем неукротима, вызвать серьезные расстройства питания и смерть.

Мы говорим—«рвота», это название лишь симптом болезни, сущность-же болезни состоит в чем-то другом, мы не знаем наверно в чем, и поэтому сама болезнь остается без названия. Это всякий сознает, поэтому под названием «неукротимая рвота беременных» в настоящее время всякий понимает, что здесь говорится не о рвоте, как симптоме, а об известном состоянии, в котором находится беременная. Состояние это характеризуется поражением центральной нервной системы и изменением пульса: больная нервозна до крайней степени, подавлена, пульс 120—130—140. Вследствие вынужденного голодания происходит потеря в весе, исхудание, истощение.

Рвота не только после пищи, рвота поэтому не пищей, а слизью с желчью. Больная жалуется на жажду, спит плохо. Это первый период болезни.

С дальнейшим течением болезни  $t^0$  начинает повышаться и это характеризует собой второй период болезни; истощение выражено очень сильно, глаза ввалились, цвет лица землистый. Мочи мало, она содержит белок и цилиндры, приобретает дурной запах. Больная жалуется на боли под ложечкой, на головные боли.

Если болезненное состояние идет еще дальше, то наступает третий период; больная уже находится в бредовом состоянии, лежит в постели, рвота прекращается и больная в состоянии удерживать принятую пищу, но это уже не улучшение, в таком состоянии возникает кома и смерть.

Но до третьего периода дело доходит редко, потому что до него не допускают, делают искусственный выкидыш.

Если плод умирает внутри матки, то рвота начинает прекращаться. И, вообще, в каждое любое время вдруг больной может стать лучше, если даже ребенок жив.

Если болезнь не так быстро прогрессирует и позволяет больной удерживать часть пищи, то такое состояние рвоты может продолжаться долго: месяц, два и больше; после  $4\frac{1}{2}$  месяцев беременности, то есть при переходе во вторую половину беременности рвота чаще всего прекращается. Но бывают случаи, когда рвота не покидает больную до конца беременности и организм больной переносит это состояние; конечно, это может случиться в том случае, если болезнь не интенсивна, если нервная система не сильно поражена, если пульс не очень част.

Мы сказали, что неукротимая рвота есть болезнь функциональная, таковую она представляется при обычном клиническом наблюдении, обыкновенно соматических изменений ни в желудке, ни где бы то ни было не обнаруживается. Да и результаты вскрытия умерших обычно ничего не обнаруживают. Бывали случаи, когда находили воспаление желудка, изъязвление слизистой оболочки, раковыя опухоли в желудке, рак печени, туберкулез брюшины, фибромы матки, опухоли яичников. Но это все лишь случайные находки, сопутствующие заболеванию; не они вызывали рвоту.

Точно также большой натяжкой представляется утверждение, что ко рвоте предрасполагают: изменения формы и положения желудка, хлороз и анемия, заболевания нервной системы. Сколько приходилось видеть анэмичек и истеричек, у которых не было рвоты во время беременности, а если и была, то оказалось леко укротимой.

Точно также указывают чуть ли не всю гинекологическую патологию, что она вызывает рефлекторным путем рвоту беременных, как то: эксудаты, опухоли, опущение, выпадение матки, рубцы в параметрии ante—retroflexio uteri. (Negar, W. A. Freund). Все это выдумки. В громадном большинстве случаев в женских половых органах все нормально.

*Диагноз.* Для установки распознавания неукротимой рвоты беременных нужно прежде всего быть уверенным, что мы имеем дело с беременностью, так как рвота может быть при раздражении брюшины воспалениями, сращениями, опухолями, при туберкулезе брюшины, при канкрозном ее поражении.

Если есть беременность и рвота, то еще нужно разобраться, неукротимая ли это рвота. При тщательном распросе и наблюдении может оказаться, что рвота возникает не каждый раз после принятия пищи, что часть пищи остается, что после некоторого рода пищи рвоты нет.

Особенно важное значение в диагнозе имеет исследование пульса. Если пульс не част, хорошего наполнения, то это значит, что интоксикация не в сильной степени, опасного в состоянии больной ничего нет и что есть возможность помочь ей самыми простыми мерами. И действительно, при хорошем пульсе можно довести больную благополучно до конца беременности, если бы даже рвота не прекращалась (в том случае, конечно, если часть пищи задерживается). Если же пульс част, мал, то заболевание серьезное и нужно быть осторожным.

*Лечение.* Назначение какой-нибудь диеты и лекарства при рвоте беременных зачастую не имеет смысла: рвота возникает тотчас вслед за принятием лекарства или назначенной пищи. Гораздо полезнее для больных бывает, если у них вызнать, что может быть после какого-нибудь кушанья у них не бывает рвоты или бывает рвота меньше всего, непостоянно. Если при распросе оказывается, что больную не рвет, положим, после размазни или после огурцов с хлебом, тогда и нужно этим пользоваться, т. е. назначать есть как раз эти вещи. Одна наша больная пробыла целый месяц на одной размазне и потом у нее все прошло. Капризов вкуса, причуд и неожиданностей в этих случаях нет конца. Ни от каких лекарств мы не видели пользы, а предложено целый арсенал средств. Назначают: *serium oxalicum*—0,1 pro die, *cocain. hydrochlor.* (0,03—0,05 3 раза в день), *Orexin. hydrochlor.* (0,3—0,5 2 раза в день) *Natr. bicarbon.* с *codein*'ом в порошках. *Mentholum* (0,05—0,5 pro die), антипирин, опиаты, беллядону, клизмы с хлоралем (6,0—8,0 в сутки).

Если неукротимую рвоту беременных относить к одному и тому же роду заболеваний, как и альбуминурию, то по логике должен помочь молочный режим; Pinard и применял его с успехом; там где молоко не переносилось, он назначал кефир или кумыс.

Лечили рвоту беременных также и электричеством—постоянным током. Doleris достигал успехов, применяя лишь одни электроды без тока. Мы достигаем иногда блестящих результатов, действуя на подложечную область сильным электрическим светом из прожектора.

Горизонтальное положение во время еды иногда хорошо помогает против рвоты.

Нельзя сказать, чтобы вспомогательным средством не служило иногда внушение, особенно, когда больные этого не замечают. Особенно благодарную почву для этого представляют те женщины, которые относятся к своей беременности, как к чему то очень важному и священному, на таких женщин очень хорошо может подействовать врач, если он будет знакомиться со всеми мелочами ее состояния, ее условий жизни весьма тщательно, может быть даже тщательнее, чем это нужно, тогда она начинает очень верить врачу и поддаваться влиянию каждого его слова; и, самое главное, она после каждого разговора с врачом хорошо успокаивается.

Приносит пользу в некоторых случаях перемена жилища, например, если больная из города переедет в деревню. Также хорошо действует на некоторых больных перемещение из домашней обстановки в лечебное учреждение; на некоторых же такое перемещение действует, наоборот, плохо.

В тех же случаях, когда ничего не помогает, больные теряют в весе, истощаются, переходят во второй период болезни, тогда существуют показания к производству искусственного аборта.

Если болезнь не сильно запущена, то эффект получается моментальный и полный. Как только перенесут больную после операции на кровать, так она чувствует себя как бы облегченной от чего то очень тяжелого; настроение становится прекрасное, черты лица разглаживаются; если дать ей сейчас же что нибудь с'есть, то рвоты уже не бывает. Видимо настоящая беременность приносила с собой действительно какой то яд, который отравлял ее организм. Мы говорим все это про таких женщин, для которых беременность желательна.

#### Саливация.

В первые месяцы беременности может вдруг начаться усиленное выделение слюны; беременная постоянно должна плевать, она держит постоянно у рта платок; говорят, бывают такие случаи, когда женщина сидит все время, наклонившись над тазом. Количество выделяемой слюны в день может достигать даже до 1.000—6000 ссм. Продолжается такое состояние с улучшением и ухудшением несколько недель, месяца 2,3. Каждый день можно ожидать, что все пройдет бесследно. На 4-м или 5-м месяце беременности саливация или совсем проходит или настолько уменьшается, что не очень беспокоит больную.

Никакое лечение не помогает. Назначают бром, атропин. Мы советуем в таких случаях больной потерпеть, пока все пройдет. Одна наша пациентка осталась недовольна таким советом и пошла к другому врачу, который назначил атропин, но без всякого результата; тогда она возвратилась с большею верою к нам.

## Острые и хронические болезни и беременность.

### Брюшной тиф при беременности.

При высокой  $t^{\circ}$  матери замечается ускорение сердцебиения плода. Если повышение  $t^{\circ}$  происходит медленно, то ребенок выносит это довольно хорошо, но при быстром и большом повышении ребенок гибнет. Но так как  $t^{\circ}$  при тифе повышается обычно не быстро, то  $t^{\circ}$  сама по себе, повидимому не губит плод. Выкидыши и преждевременные роды происходят при брюшном тифе чаще, чем обычно, вследствие поражения слизистой оболочки матки; находят при тифе часто кровоизлияния в децидуальной оболочке, реже—воспалительные явления в виде мелкоклеточной инфильтрации.

Тифозная бактерия переходит через плаценту из крови матери в кровь ребенка, последний несомненно переносит тиф, от которого может и умереть.

В 3-м периоде родов замечается склонность к кровотечениям. Вообще преждевременные роды и выкидыши ухудшают предсказание для тифа.

Если брюшной тиф начнется в послеродовом периоде, то трудно отличить его от септического заболевания. Помогает диагностике реакция Gruber—Widal'я, нужно лишь догадаться прибегнуть к ее помощи. Kivisch во время эпидемии сыпного тифа из 5 беременных наблюдал аборт у 4-х.

### Корь и беременность.

Процент выкидышей при кори у беременных выше 50. Причина—*endometritis exanthematica*. Слизистая оболочка матки поражается наряду с прочими слизистыми оболочками. На вышедшей отпадающей оболочке нельзя заметить сыпь, так как последняя видна на живых только оболочках, но при микроскопическом исследовании отмечается в губчатом слое отпадающей островки кровоизлияний и сильное расширение сосудов.

Если беременная переносит корь, то ребенок этим не предохраняется в будущем от кори.

### Скарлатина и беременность.

Скарлатина очень редко встречается у беременных, но за то случаи скарлатины в послеродовом периоде совсем не редкость. Хирургам известно, что раны легко воспринимают скарлатинозную инфекцию местно и служат воротами для возникновения общей скарлатинозной инфекции. Соответственно этому при эпидемиях скарлатины наблюдали воспалительное поражение трещин и разрывов на вульве после родов, после чего развивалась общая скарлатина. Из сказанного понятно, почему малая предрасположенность к скарлатине во время беременности переходит в послеродовом периоде в особую предрасположенность к ней. Вывод из этого такой: беременную нужно удалять от скарлатинозных больных, особенно в конце беременности. А как часто беременные матери находятся в непосредственной близости к детям, больным скарлатиной! Нам приходилось видеть жестокие септические процессы после родов и выкидышей у матерей, дети которых были в это время больны скарлатиной. Опасность, повидимому, заключается не только в переносе скарлатины, но и в заражении стрептококками,



которые всегда находятся при скарлатинозных жабах. Отделение молока при скарлатине уменьшается.

Диагноз скарлатины легкий в виду характерности скарлатинозных высыпий. Но сыпь не всегда хорошо выражена. Бывают случаи, правда редкие, когда скарлатинозная инфекция продуцирует только жабу.

Внутриутробное поражение скарлатиной плода происходит весьма редко. Новорожденные заболевают скарлатиной в исключительно редких случаях, хотя в возможности заражения недостатка, конечно, не бывает.

#### Оспа и беременность.

Если про беременных говорят, что оне иммунны к скарлатине, то про оспу, наоборот, нужно сказать, что беременные особенно предрасположены к ней и перенесут ее очень плохо. Процент смертности колоссальный: от 35 до 80. В половине случаев беременность при оспе нарушается. Выкидыши и преждевременные роды ухудшают прогнозику. Особенную опасность во время родов представляют кровотечения, которые происходят и в III периоде родов, и тотчас после родов, и в послеродовом периоде.

Что оспа переходит через плаценту на внутриутробный плод, это давно известный факт: от матерей, перенесших во время беременности оспу, рождались дети с оспинами на коже. Оспенные пустулы наблюдались даже у 3-х месячных плодов. Но чаще дети рождаются без всяких признаков оспы; они заболевают оспой после рождения или потому, что они родились уже инфицированными внутри матки, или потому, что они заражаются от больных матерей уже после рождения. Смертность таких детей очень большая.

Из всего сказанного следует, что прививка оспы у беременных еще больше важна, чем у прочих людей.

Если беременной привили оспу, то является вопрос, переходит ли иммунность на внутриутробный плод; относительно этого мнения расходятся. Во всяком случае прививка оспы у беременной не должна считаться предохранительным средством для ребенка. Дети, матери которых во время беременности перенесли оспу, остаются не восприимчивы к оспенной заразе на всю жизнь.

#### *Anaemia perniciosa.*

Простое матокровие у женщин, часто рожаящих, бывает часто. Практическому акушеру часто приходится видеть развитие анэмии или ухудшение бывшей анэмии после родов. Давно отмечено, что *anaemia perniciosa* имеет какое то отношение к беременности и особенно к послеродовому периоду. В середине прошлого столетия эта болезнь называлась пuerперальным хлорозом; думали, что она свойственна только женщинам. Хотя эта болезнь, как известно, свойственна и мужчинам, однако женский пол особенно предрасположен к ней и именно вследствие пuerперальных болезненных изменений в организме женщины. Klébs указывает даже, что хронически протекающая пuerперальная инфекция может принять картину болезни, свойственную *anaemiae perniciosae*. В случаях *anaemiae perniciosae*, которые приходилось наблюдать нам, никак нельзя было исключить вполне сепсис, всегда в этом отношении было сомнение. Но современная наука не дает возможности разбираться в подобных случаях с точностью. Возможно, конечно, развитие *anaemiae perniciosae* и без сепсиса, на почве лишь истощения, когда больная перенесла

во время недавно бывших родов тяжелые осложнения со стороны внутренних органов, например, альбуминурию, когда больная подвергалась слишком жестокому и продолжительному молочному режиму или каким-либо другим истощающим влияниям. Довольно редкие, но опасные случаи *анаемiae perniciosae* во время беременности и родов указывают врачам, что нужно обращать может быть большее внимание на почву, на которой происходят роды, чем это делается обычно. Продолжительное кормление после предыдущих родов, плохие условия жизни, бедность, потери крови способствуют появлению болезни.

Болезнь развивается чаще всего в конце беременности и в послеродовом состоянии. Появляются: отсутствие аппетита, бледность, запоры или поносы, головокружение, головные боли, шум в ушах, сердцебиение, обмороки, судорожные подергивания, парестезии. В сердце тоны не чисты, слышатся шумы. При исследовании крови поражает малое количество красных кровяных шариков (их количество может упасть до  $1/2$  миллиона); красные кровяные шарики сморщены, уменьшены в размере; падает общее содержание гемоглобина в крови. Селезенка несколько увеличена, лимфатические железы не изменены.

*Диагностика* ставится на основании результатов исследования крови, но—после того, как вполне исключены другие страдания, например, туберкулез, рак, лейкомия и др.

*Прогноз* различен, смотря по степени развития болезни. *Анаемиа perniciosa*, вообще, болезнь серьезная, во время же беременности и особенно после родов она принимает нередко опасное течение, кончающееся смертью. Иногда больные после благополучных родов без всякого кровотечения вдруг начинают неудержимо колыбировать и совершенно неожиданно умирают. На ребенке болезнь может не отразиться.

Сущность болезни неизвестна. Предполагают и здесь аутоинтоксикацию и что будто она идет от желудка и кишек. Поэтому и терапию рекомендуют направлять на кишечный тракт: делать промывание желудка и кишек. Далее применяют железо с хинином, *kalium tartaricum*, применяют мышьяковистое лечение; если лечение беременной остается без результата, то показывается искусственный аборт.

#### Туберкулез и беременность.

Раньше было распространено мнение, трактовавшееся в учебниках, что во время беременности и особенно после родов туберкулез ухудшается. Мы лично наблюдали подобное явление, но наблюдали также, что туберкулезные больные переносили беременность и роды совершенно безнаказанно. Больших статистик по этому поводу не существует. *Pinard* формулирует свое мнение по этому поводу следующими словами: «в большинстве случаев беременность ускоряет ход болезни. Но нужно признать, что иногда болезнь во время беременности ни улучшается, ни ухудшается и в небольшом количестве случаев симптомы кажутся даже остановившимися».

Так, что если у больной туберкулезом питание еще не пало, функции органов нормальны, беременность нормальна и туберкулез не очень распространен, то беременность может пройти спокойно, лишь за послеродовой период, когда наступает ослабление организма, нельзя ручаться.

И так вопрос в общем далеко не решенный, а между прочим практическому акушеру часто приходится выражать свое мнение о том, вынесет-ли данная больная без вреда для себя роды и послеродовой период. Если врач захочет высказываться вполне определенно и

заранее о судьбе больной, то он скорее возьмет на себя роль предсказателя, чем врача.

Туберкулез дыхательных органов, выраженный в сильной степени, вызывающий сильный кашель, *dyspnoe* и пр. может вызвать преждевременное прекращение беременности.

Выделение молока у туберкулезных родильниц бывает слабое, скоро прекращается, молоко водянистое.

Наследственная передача туберкулеза известна всем. Возможность перехода туберкулеза от матери к плоду через плаценту установлена: туберкулы развиваются сначала в отпадающей оболочке, затем с поражением интервиллезных пространств поражаются и ворсы хориона.

Передача туберкулеза через грудные железы, т. е. при кормлении от кормилицы ребенку, также происходит, так как в молоке туберкулезных находили туберкулезные палочки.

Профилактическое лечение состоит только в запрещении браков у незамужних туберкулезных и в принятии разных мер против зачатия вплоть до оперативного обезпложивания.

При туберкулезе легких искусственный аборт всегда показан и может быть произведен *ex consilio* в начале беременности без всяких затрат сил больной. Нужно облегчать положение несчастных больных и не подвергать их риску усиления процесса и особенно тогда, когда он в начале, когда вся забота врачей должна быть направлена на то, чтобы остановить процесс именно в начале. Иногда достаточно устранить не во время появившуюся беременность и послать больную пользоваться хорошим воздухом и отдыхом, чтобы остановить процесс и спасти больную. В подобных случаях нужна часто глубокая индивидуализация и стеснять свободу врача общими этическими правилами нельзя. Искусственное вызывание преждевременных родов гораздо менее рационально и применяется в самых крайних случаях, когда является непосредственная опасность со стороны расстройств дыхательных функций и со стороны кровообращения.

В начальных стадиях туберкулеза гортани также вполне показуется аборт, так как излечение этого страдания оказывается в настоящее время возможным, а беременность может помешать таковому.

Кормление детей туберкулезными больными вполне противопоказуется.

### Сифилис и беременность.

Первичные и вторичные явления сифилиса у беременных бывают выражены в гораздо более сильной степени, чем у не беременных. Твердый шанкр обычно бывает больше, сильнее окрашен, отделяемого больше, но затвердение бывает слабее вследствие того, что ткани вообще у беременных разрыхлены. У беременных шанкр держится дольше, не проходит иногда недель через 10—11.

Папулы и розеолы также пышно разрастаются. На вульве папулы разрастаются иногда в целые опухоли.

При сифилисе во время беременности медицинской науке приходится разбираться в комбинациях влияний трех организмов друг на друга; матери, ребенка и отца, например, влияния сифилиса матери на ребенка, влияние сифилиса отца на ребенка, влияние сифилиса ребенка на организм незараженной матери и т. д.

Влияние сифилиса матери на организм ребенка различно, смотря по тому, когда произошло у матери заражение—до зачатия или после него или даже после родов во время кормления.

Если мать заразилась до зачатия, то степень влияния ее сифилиса на ребенка обратно пропорционально времени, прошедшему от момента заражения до момента зачатия: чем больше это время, тем меньше влияние на ребенка. Так что, если заражение произошло за несколько месяцев до зачатия, то влияние на организм ребенка еще столь сильное, что беременность правильно развиваться не может, происходит выкидыш и тем более ранний, чем свежее заражение; происходит столь сильное поражение молодого организма сифилисом, что плод умирает внутри матки и является на свет уже мацерированным. Если время заражения более отдалено от зачатия, то ребенок может родиться живым, но с явными признаками вторичного сифилиса. Если время отдалено еще немного более, то ребенок может родиться без признаков сифилиса и даже хорошо развитым, но через несколько недель после рождения у него являются вторичные явления сифилиса и он весь сильно и опасно заболевает. Если время заражения отдалено на несколько лет, то явления сифилиса отражаются на ребенке в разных периодах его жизни в виде наследственных проявлений сифилиса.

Конечно, чем методичнее и упорнее лечилась мать, тем влияние ее сифилиса на ребенка меньше.

Если мать заразилась одновременно с зачатием, то выкидыш считается правилом. Но и здесь многое зависит от того, как энергично лечится мать.

Если мать заразилась во время беременности и в первые месяцы беременности, то это производит сильное влияние на плод: обычно происходит выкидыш, если ребенок родится живым, то с признаками сифилиса. Если же заражение произошло в течение трех последних месяцев беременности, то ребенок родится здоровым и может остаться здоровым, между тем как последующие дети поражаются сифилисом.

Чем свежее сифилис отца, тем он сильнее действует на ребенка. Более свежий сифилис отца вызывает также выкидыши и преждевременные роды, как сифилис матери. Также если получается живой ребенок при незастарелом еще сифилисе отца, то новорожденный может родиться с признаками сифилиса. При старом сифилисе, если лечение отца давно не повторялось, могут получаться выкидыши или преждевременные роды с мацерированными или больными детьми. Иногда бывает так: один или несколько детей родилось живыми и здоровыми; потом вдруг начинается ряд выкидышей или мацерированных или больных детей. Это означает, что отцу нужно повторить лечение сифилиса. При застарелом, но рецидивирующем сифилисе отца дети могут появляться и с явными признаками сифилиса, но мать остается не инфицированной: никаких никогда признаков ни вторичного, ни третичного сифилиса у нее может не быть, следовательно, нужно думать, что сифилис мужа на нее не перешел. Но странно: здоровая мать после рождения нескольких детей с более или менее ясными последствиями на них сифилиса отца становится иммунной к сифилису (*choc en retour*); значит сифилитический яд и его антитоксины переходили уже от ребенка на мать. Но этого мало: бывает (очень редко) и так: у отца сифилис был лет 8—10 т. н., врач ему сказал, что он здоров, он постарался забыть про грехи молодости, у беременной же от него жены на 4—5—6 месяце вдруг обнаруживаются явления вторичного сифилиса: розеола, сифилиды и пр.; заражение произошло конечно от мужа, но не непосредственно, а через ребенка (*syphilis par conception*). По истине какое-то проклятие лежит на этой болезни! Не все согласны принять возможность заражения матери от ребенка, а не через отца. Некоторые утверждают, что во всех таких случаях была инфекция

женщин прямо от мужей, но скрытая. Но это уже об'яснение, а факт остается фактом. Факт в том, что сифилис отца, шадя нередко мать, глубоко поражает потомство и отравляет иногда счастье человека с истинно мефистофельским искусством. А что организм матери действительно не инфицируется сифилисом от отца при указанных условиях, видно уж из того, что женщина, давшая несколько детей с признаками сифилиса от одного мужа, если выходит за другого здорового, родит ему здоровых детей (Pinard).

Практический вывод из этого такой: семейный человек, имеющий детей, если имел когда нибудь сифилис, не должен никогда забывать об этом, а время от времени повторять лечение. Если врач подозревает, что есть передача сифилиса на детей, если появился ряд ничем необ'яснимых выкидышей, то он должен, помимо забот о беременной и ее ребенке, поговорить с отцом, выяснить ему, что если у него был когда нибудь сифилис или что нибудь подозрительное, то он должен повторять лечение, иначе от него если и будут родиться живые дети, то они будут всю жизнь больны, всю жизнь несчастны. Такие разговоры сильно действуют на мужей и они часто втихомолку повторяют курс лечения.

*Лечение* сифилиса у беременных должно вести также, как и у не беременных. При скрытых третичных явлениях, выражающихся скорее всего в выкидышах или преждевременных родах, назначают иодистое лечение или даже курс ртутиального лечения.

Если мать заразилась сифилисом уже во время беременности и ребенок здоров, то она не должна кормить своего ребенка.

Если мать не имеет никаких признаков сифилиса, она здорова, ребенок же—с явными признаками сифилиса, то такой ребенок не может заразить мать, она иммунна (мы уже указывали на это), в то время как для кормилицы такой ребенок очень опасен, он заражает ее сифилисом. Из этого следует, что если у отца был сифилис и есть какие-нибудь признаки сифилиса на ребенке, то родители не имеют права нанимать кормилицу, ибо она может заразиться сифилисом. Мать сама обязана кормить в этом случае своего ребенка, так как она уже иммунна, антитела ее крови через молоко переходят ребенку и способствуют ему справиться с болезнью.

#### Расширение вен во время беременности.

Во время беременности происходит весьма часто характерное расширение вен на нижних конечностях, на наружных и во внутренних половых органах, вокруг заднего прохода, около мочеиспускательного канала. У некоторых расширение вен начинается в первые месяцы беременности, у большинства же в течение второй половины. После беременности расширение вен проходит, лишь иногда оставляя слабые следы в виде синих полосок. Если ребенок умирает внутри матки, то расширение вен начинает уменьшаться и может исчезнуть до родов.

Расширенные поверхностные вены являются в виде синих извивающихся полос, местами полосы расширяются в так называемые варикозные узлы. На наружных половых органах расширение вен представляется в виде конгломерата варикозных узлов, расположенных несимметрично: например, на одной большой губе они представляют большую выдающуюся опухоль, на другой их нет.

Несомненно, бывает часто расширение вен в широких связках матки, но они там остаются не замеченными, также как остаются незамеченными тромбы этих вен после родов.

Кожа над расширенными поверхностными венами истончается, особенно над узлами, становится ранима, а иногда и лопается.

Чаще всего расширение вен не дает никаких симптомов. Иногда же беременные жалуются на чувство тяжести в ногах, в наружных половых частях, на стеснение в ходьбе, иногда на чувство жжения, зуд. Симптомы усиливаются от продолжительного стояния, от продолжительного хождения.

К расширению вен часто присоединяются отеки нижних конечностей. Кожа бывает склонна к поражениям: от расчесов, от трения при ходьбе происходит нередко краснота; иногда дело доходит до экземы, до изъязвлений. От травмы может произойти флебит, но во время беременности это большая редкость, чаще происходят разрывы варикозных узлов и кровотечение. Кровотечение из расширенных вен малых или даже больших губ может симулировать кровотечение из матки и, если остается своевременно нераспознанным, то может повести к серьезным последствиям: или останется не остановленным, или будет сделан какой-нибудь ложный шаг в направлении терапии на матку.

Иногда кровотечение из венозных разрывов бывает очень обильным. Во время родов разрывы расширенных вен на больших или малых губах ведут к обширным гематомам. Нам приходилось видеть смерть от кровотечения из вен малых губ тотчас после родов; хотя присутствовал при родах врач, можно было думать, что источник кровотечения не был своевременно распознан.

Происхождение расширения вен во время беременности объясняют давлением матки на *vasa iliaca*, но развитие расширения вен еще в начале беременности несколько противоречит этому объяснению. Других, более удовлетворительных объяснений, пока не существует.

*Лечение.* Часто женщины не нуждаются ни в каком лечении. Но все же нужно советовать беременной избегать продолжительного стояния, хождения, ложиться среди дня на некоторое время и приподнимать ноги вверх, при сидении подставлять под ноги табуретку или даже сидеть так, чтобы класть на другой стул или обе ноги или попеременно то одну, то другую.

В высшей степени полезны бывают эластические чулки, особенно если дело дошло до осложнений: язв, экземы, разрывов. В крайнем случае приходится укладывать беременных в постель, но долго задерживать в постели здоровую в прочих отношениях беременную вредно.

Кровотечение из разрывов останавливают обычными способами: давлением, тампонацией, повязкой, иногда даже швом и перевязкой сосуда.

## Заболевания женских половых органов и беременность.

### *Pruritus vulvae.*

Беременные иногда жалуются на зуд в наружных половых органах. При осмотре кроме легкой красноты на слизистой половых губ ничего не оказывается. Иногда это связано бывает с истечениями из влагалища и зависит от них. Помочь таким больным легко: нужно сказать акушерке, чтобы она промыла наружные половые части теплой водой с мылом посредством марли, чтобы она счистила всю слизь;

тогда сейчас-же протереть раствором ляписа 2%—3%—5%, протереть посредством комка ваты на корнцанге и с некоторой силой, т. е. сделать нечто в роде легкой фрикции раствора ляписа, чтобы он проник поглубже в слой эпидермиса. После этого зуд проходит. Чтобы предохранить половые органы от механического раздражения бельем при ходьбе (а они более раздрожимы у беременных, так как они припухают и более полнокровны), следует посоветывать утром смазывать их ланолимом. Если есть истечения из влагалища, то следует обратить внимание на них.

#### **Kolpitis.**

Во время беременности появляются нередко бели у тех женщин, у которых до беременности никаких белей не было. Бели могут зависеть только от беременности и стоят в связи с теми физиологическими изменениями, которые претерпевает влагалище во время беременности, именно его слизистая оболочка делается набухшей, разрыхленной, складки его расправляются, на слизистой оболочке нередко видны припухшие сосочки, при обильном количестве на ощупь они дают ощущение зерен (*Kolpitis granulosa*), иногда же их так много и они так развиты, что на ощупь получается впечатление как бы терки; выделения такой слизистой оболочки всегда усилены, что и дает симптом—бели.

Уменьшить такие истечения или даже прекратить совсем удается скоро. Нужно сказать, чтобы акушерка промыла влагалище водой с мылом при помощи марли так же тщательно во всех сводах, как это делается перед операцией. После промывания нужно сейчас же вставить зеркало Куско, удалить остаток воды со стенок влагалища комком ваты на корнцанге и потом другой комок ваты смочить 2% раствором ляписа и легко смочить стенки влагалища или только впустить во влагалище раствор ляписа. Можно также после промывания вместо смачивания ляписом проспринцевать с иодом, с таннином. Промывание можно повторять через несколько дней, через неделю, но это придется делать немного раз, потому что скоро бели проходят. Не следует назначать беременной самостоятельные спринцевания.

Если кольпит гоноррейный, то лечение—тоже, т. е. промывание влагалища водой с мылом при помощи марли, намотанной на палец. Затем смачивают стенки влагалища 2% раствором ляписа или делают спринцевание с сулемой.

Если на вульве, промежности или даже на стенках влагалища появляются разражения в виде цветной капусты—*condylomata acuminata* (что не всегда зависит от гонорреи), то употребляют с верным успехом присыпку, состоящую из 1 части резорцина и 2-х частей кристаллической борной кислоты. Через 3—6 дня под влиянием этой присыпки даже большие разражения отпадают.

#### **Retroversio—flexio uteri gravidi.**

Из гинекологии известно, как часто встречается *retroversio uteri*. Во время беременности матка, наклоненная назад, остается в том же положении до 3-х месяцев; после же трех месяцев при дальнейшем росте она не помещается уже в тазу, вырастает из таза в брюшную полость и ретроверзия таким образом исправляется сама по себе. Но такому самопроизвольному исправлению матки могут встретиться препятствия, состоящие или в том что мыс очень сильно выдается вперед и мешает матке подняться в брюшную полость, или опухоль оттесняет матку книзу и удерживает ее в тазу или сращение матки в заднем

Дугласовом пространстве не пускают заднюю стенку матки отойти кверху, или перетонические сращения над маткой не дают ей возможности расти кверху. Такое вынужденное положение увеличивающейся матки может продолжаться безнаказанно недолго; после 4-х месяцев на пятом матка настолько заполняет полость малого таза, что начинает стеснять помещающиеся в тазу кровеносные сосуды, мочевой пузырь и прямую кишку, развиваются явления ущемления наклоненной назад беременной матки. Больше всего страдает мочевой пузырь: он прижимается маткой к лонным костям, моча задерживается, растянутый скопившейся мочей, он подымается кверху, но нижняя его часть и мочеиспускательный канал остаются прижатыми. Выход из прямой кишки кала и даже газов затрудняется. Тело матки выполняет на столько полость таза, что дно матки, опущенное книзу, упирается в дно таза и даже может выпячивать промежность. Шейка находится у верхнего края лонного сочленения или даже выше, наружное отверстие матки смотрит впереди и кверху.

*Симптомы*, связанные с ущемлением матки в тазу, могут развиваться медленно или сразу стать сильно выраженными, даже грозными.

При медленном развитии симптомов сначала наступают явления кровонаполнения в тазу, связанные с затруднением кровообращения: чувство тяжести, боли внизу живота, в пояснице, в бедрах, боли увеличиваются при стоянии, при ходьбе. Скоро присоединяются расстройства мочеиспускания и дефекации.

При быстром наступлении симптомов ущемления дело начинается сразу с расстройства мочеиспускания: моча начинает задерживаться, она или совсем не идет, или идет с затруднениями, иногда больная часто мочится и понемпогу, ей кажется, что она много мочится, а оказывается, что пузырь у нея сильно растянут скопившейся мочей. Застоявшаяся в пузыре моча начинает разлагаться, приобретает дурной запах, в ней замечается примесь крови.

Но ущемление беременной матки есть исключительная редкость. Если матка в состоянии ретроверзии приращена к стенкам таза и наступила беременность, то сращения разрыхляются, растягиваются и обычно не препятствуют вышеописанному самопроизвольному выправлению матки.

*Диагноз.* На ряду с признаками беременности, состоящими в том, что есть задержка регул, наружные половые органы и груди характерно изменены, при исследовании находят влагалищную часть матки тотчас за симфизом наверху с наружным маточным отверстием, обращенным кверху и впереди, а задний свод находят растянутым опухолью, величина которой соответствует величине тела матки предполагаемого срока беременности; тела матки на нормальном месте нет, между шейкой и опухолью прощупывают непосредственный переход; консистенция опухоли мягкая, эластическая, характерная для беременной матки. На основании всего этого заключают, что опухоль в заднем своде есть тело матки и что мы имеем ретроверзию или ретрофлексию беременной матки.

Через задний свод можно прощупать и не тело матки, а опухоль или воспалительный инфильтрат или кровоизлияние (в заднем Дугласовом пространстве).

Опухоли и инфильтраты обыкновенно резко отличаются по консистенции от беременной матки, кроме того при них можно ощупать дно матки выше, т. е. на своем нормальном месте. Кровоизлияние в заднем дугласовом пространстве хотя и походит по консистенции на те-



ло беременной матки, но при подобном кровоизлиянии бывают обычно признаки внематочной беременности, так как такое кровоизлияние происходит при внематочной беременности.

Исследование в коленнолоктевом положении, если состояние больной позволяет это, иногда прекрасно помогает распознаванию, во время него или тотчас же после него становится все яснее, последнее—в том случае, если произошло хотя отчасти исправление положения матки.

*Терапия.* Ретроверзия беременной матки не требует лечения, так как происходит самопроизвольное выпрямление матки.

В случаях ущемления делают ручное выправление матки. Вводят два пальца во влагалище и стараются поднять ими тело матки и дно кверху, а наружную руку через брюшные стенки стараются завести за приподнятое дно матки и оттиснуть его кверху и впереди. В коленно-локтевом положении это удается легче. Разумеется, предварительно заботятся об опорожнении мочевого пузыря и прямой кишки. Чтобы закрепить матку в исправленном положении, влагалище заполняется тампоном или кольпейринтером, или даже иногда вкладывают пессарий.

Если есть упорное переполнение мочевого пузыря, которое может не только мешать самопроизвольному исправлению матки, но даже вызвать ретроверзию, то нужно производить систематическую катетеризацию мочевого пузыря, тогда, по свидетельству Pinard и Varnier, может произойти самопроизвольное исправление.

Если исправление положения матки не удается, а симптомы прогрессиивно ухудшаются, приходится прибегать к искусственному аборту. Но и производство последнего может быть затруднено вследствие неправильного положения шейки; в этих случаях делали пункцию матки через задний свод, выпускали околоплодные воды, после чего матка делалась подвижнее и податливее на дальнейшие мероприятия со стороны шейки.

При ущемлении вследствие сращений делали ляпоротомии.

При септических процессах в пузыре приходилось раскрывать его или со стороны влагалища или делать *sectio alta*.

#### **Anteversio et anteflexio uteri gravidi.**

Напомним факт, известный из гинекологии: антефлексия небеременной матки при наступлении беременности исправляется.

Антеверзия и антефлексия матки, возникшая в последние месяцы беременности, имеет большое значение для родов. Матка в последние месяцы беременности представляет из себя тяжелый большой мешок, свободно расположенный в брюшной полости; такой мешок должен быть хорошо, прочно прикреплен к определенному месту, иначе при движениях тела он вывихивался бы из своего положения; этого не происходит потому, что матка прикреплена связками—мышцами, направление которых снизу вверх, т. е. начала мышц—связок внизу, в области таза, а места их прикрепления в стенке тела матки. Спереди от пахового канала идет пара так называемых круглых маточных связок, по нашему, пара связок—лент, которые мы назвали *ligamenta musculo—utero inguinalia*; они прикрепляются широкими лентами почти ко всей передней поверхности матки. Сзади матку укрепляют в ее положении, говорят, *ligamenta utero—sacralia*. Но нужно только посмотреть хоть раз на препарат беременной матки сзади, чтобы убедиться, что крестцово-маточные связки никакого укрепляющего значения для беременной матки иметь не могут: они представляют из себя

тоненькие ничтожные брюшинные складочки, никак не могущие иметь значения связок такого большого органа; препарирование их (известным способом) показывает, что они снабжены тоненьким слоем гладких мышц. А между тем матка сзади укрепляется в своем положении весьма прочно, но только не крестцово-маточными связками, а широким мышечным пластом, идущим из глубины, снизу, от *fascia pelvis*, проходящим широким толстым пластом мимо заднего свода влагалища, по шейке и прикрепляющемся к задней стенке тела матки. Этот пласт мы называли *musculus retro-uterinus fasciae pelvis*. Что делает эта мышца? Она тянет матку кзади и книзу. Таким образом двумя мышечными пластами спереди матка оттягивается книзу и кпереди и одним широким мышечным пластом она оттягивается книзу и кзади. Совместное действие этих мышечных пластов делает то, что нижняя часть матки, там, где она имеет выходное отверстие, занимает всегда определенное положение по отношению к тазовому кольцу. Мы говорили в главе о механизме родов о важности отношения оси матки к оси входа в таз, и к проводной линии таза; указанные мышечные пласты как бы стоят на страже нормального отношения этих осей, т. е. делают так, что отверстие матки смотрит прямо в тазовую полость и ось полости матки имеет своим продолжением проводную линию таза.

Если после предшествовавших родов связочный аппарат матки плохо сократился, оказался в расслабленном состоянии, то *musculus retrouterinus fasciae pelvis* является тоже расслабленным, растянутым, неспособным в достаточной мере оттягивать матку книзу и кзади и направлять нижнюю часть матки отверстием в направлении оси входа в таз; в силу этого матка может свободно наклоняться и даже перегибаться кпереди, в каком положении она при благоприятных к тому обстоятельствах и остается, а эти благоприятные обстоятельства состоят: в расслаблении передних брюшных стенок, в расхождении прямых брюшных мышц, что также бывает после предшествовавших родов при недостаточном обратном развитии брюшных стенок.

Приобретенную после родов ретроверсию объясняют расслаблением связочного аппарата матки, несомненно *musculus retrouterinus* является расслабленным, настолько растянутым, что при наклонении матки назад она складывается в дубликатуру, и нужно думать, что антефлексия и антеверсия матки в последние месяцы беременности бывает именно у тех женщин; у которых до беременности была ретроверсия. В последние месяцы беременности ретроверсии не бывает потому, что позвоночник мешает матке наклоняться назад, слишком подвижная вследствие расслабления связочного аппарата матка отклоняется или в стороны, или вперед.

Наружным признаком отклонения или перегиба матки вперед служит отвислый живот. При антефлексии-версии несильной степени самой выдающейся частью живота является область пупка, получается при этом так называемый приостренный живот, если при этом заметить, на какой высоте находится дно матки и на какой влагалищная часть шейки, то оказывается, что они почти на одинаковой высоте. При более сильной степени антефлексии живот отвисает—*venter propendens*—и дно матки опускается ниже уровня влагалищной части матки. При сильной степени перегиба живот может отвиснуть до соприкосновения с бедрами больной.

Помимо расслабления связочного аппарата матки и брюшных стенок причинами антефлексии могут быть: уменьшение емкости брюшной полости, в силу чего матке при своем росте становится тесно и она начинает, выпячиваться кпереди в сторону наименьшего сопротивления.

Уменьшение емкости брюшной полости бывает: при малом росте, при искривлениях позвоночника; относительное уменьшение—при многоводии, двойнях, большом ребенке, т. е. когда матка сама по себе слишком велика.

Антеверзия-флексия беременной матки часто присоединяется к случаям сужения таза по причинам, изложенным в главе об узких тазах. Эти причины состоят, во-первых, в том, что расслабленность связок и нижней части матки происходит именно после родов с узкими тазами, во-вторых, в том, что емкость брюшной полости бывает уменьшена у женщин малого роста, обладающих узкими тазами.

Свойства брюшных стенок играют весьма важную роль в происхождении антефлексии-верзии. У беременных в первый раз антеверзия-флексия бывает гораздо реже и в меньшей степени, так как у них брюшные стенки еще крепки, не расслаблены предыдущими родами. За то, если у беременной в первый раз замечается отвислость живота, то это всегда должно указывать на сужение таза или недостатки позвоночника.

Чтобы увидеть отвислость живота, нужно поставить беременную боком к исследующему и обнажить живот.

Антефлексия-верзия матки во время родов играет очень большую роль, большую, чем принято думать. Достаточно посмотреть на сильно отвислый живот и дать себе отчет в том, где находится шейка матки и куда смотрит ее отверстие, чтобы понять, что без исправления положения матки роды невозможны. Это—случаи демонстративные, а сколько таких случаев, где антеверзия—флексия существует, но не бросается в глаза, нужно ее заметить, нужно догадаться поискать, нет-ли ее. Наблюдения и опыт показали нам, что когда роженица лежит на спине, то антеверзия-флексия исправляется далеко не всегда, так что при антефлексии прощупывается ясно рукой криватура на передней стенке матки. Получается та разница в направлении оси матки, оси входа в таз, проводных осей тазовой полости, про которую мы неоднократно говорили; эта разница одна может остановить роды при всех благоприятных прочих условиях; по нашим многочисленным наблюдениям эта разница служит препятствием к родам весьма часто, гораздо чаще, чем это замечается, и мы позволяем себе в интересах страдающей женщины, дающей миру ребенка, на это указать; устранить это препятствие легко, нужно только его заметить.

*Терапия* во время беременности состоит в ношении бандажа, который должен поднять матку и поддерживать ее снизу, для этого бандаж должен быть сделан так, чтобы его подвязки проходили через плечи.

Во время родов нужно надевать тот же бандаж. Или же во время каждой схватки руками отклонять дно матки кверху, в сторону processus xurhoideus.

Эти простые меры давали нам поистине блестящие, поразительные результаты в очень многих случаях. Вспоминаем такой пример. Роженица мучается третьи сутки, роды повторные, открытие все время на 2½ пальца, схватки сильны, правильны, головка все время высоко во входе, воды прошли в начале родов, таз нормальный. Мы, следя за родами, никак не могли определить, в чем заключается препятствие. Наконец мы вспомнили, что больная носила во время беременности бандаж вследствие наклона матки вперед. Во время родов, когда роженица лежала в постели, ясно выраженного наклона не было, но оно все-же не изгладилось вполне, оставалось как бы скрытым и служило препятствием для родов. Это видно из того, что когда мы

наложили бандаж на живот и посоветовали роженице стать на колени и опереться на стенку кровати, т. е. переменить положение больной на такое, при котором соотношение осей, видимо, улучшалось, то роды окончились через 15 минут.

Если замечается сильное наклонение таза, то нужно это исправить; для этого нужно положить под плечи лишнюю подушку, под крестец валик, бедра держать более приближенными к животу, словом сделать так, чтобы поясничная кривизна сгладилась.

Вместо бандажа можно наложить широкий бинт на живот с тем, чтобы матка была в разогнутом положении. Можно придавать роженице разное вертикальное положение и смотреть, в каком положении соотношение осей ее матки и таза наилучшее. При положении на корточках наклонение таза самое благоприятное. Женщины северных губерний, например, из Вологодской, Костромской, так и рожают и с большим успехом, как это приходилось нам видеть.

В Испании роженица садится верхом на колени мужа, так и рождает.

#### Фиброма и беременность.

Эта комбинация представляет бесконечное разнообразие случаев. Разнообразие зависит от величины, числа, расположения фибром в матке, наконец от свойства самой ткани фибромы. Трудно представить себе более широкое поле для применения принципа индивидуализации каждого отдельного случая.

Влияние беременности на фиброму. Обыкновенно замечают, что раз наступила беременность при фиброме, то последняя начинает увеличиваться, расти. Но в ткани фибромы если и замечают пролиферацию элементов во время беременности, то в слабой степени. Увеличение фибромы зависит обычно от усиленного притока к ней крови, сосуды ее принимают участие в физиологическом приливе крови к матке во время беременности, кроме того, в фиброме происходит отек, ее ткань пропитывается в сильной степени жидкостью, так что при разрезе некоторых препаратов фибром беременной матки жидкость течет в изобилии; иногда на разрезе видны полости с орех, яблоко величиной, наполненные серозной жидкостью.

Потому-то вместе с увеличением фибромы во время беременности и замечается ее размягчение.

Описанное изменение свойств ткани фибромы имеет благотворное значение для многих больных беременных: во время родов она под влиянием давления со стороны плода способна уплощаться, изменять свою форму, отгесняться и давать дорогу плоду. Этим изменениям подвергаются интерстициальные фибромы, субсерозные же фибромы, да еще на ножке не подвергаются этим изменениям; но к счастью они редко оказывают влияние на роды в силу своего положения, как об этом будет сказано ниже.

На ряду с отеком происходят иногда частичные некротические процессы внутри фибромы. Этим объясняются случаи уменьшения и даже как бы исчезновения фибромы после родов, случаи, правда, редкие.

В послеродовом периоде в фиброме могут произойти гнилостные процессы, нагноение, омертвление, жировое перерождение.

Влияние фибромы на беременность и роды.

На течение беременности фиброма большею частью заметного влияния не оказывает. Но не редки выкидыши, потому что слизистая

оболочка полости матки при фибромах бывает очень часто поражена эндометритом.

Замечается также большее разнообразие положений плода, чем в норме. Так в статистике Sefour'a предлежание головкой было только в 50%, предлежание ягодицами в 33% и туловищем в 16,5%.

Если опухоль очень велика, то в последние месяцы беременности может возникнуть одышка, сердцебиение, высокое стояние диафрагмы, отеки.

Если фиброма находится на нижнем сегменте матки или в шейке, то во время родов она вызывает ряд расстройств. Во первых, канат шейки бывает удлиннен, сужен и искривлен. Во вторых, раскрытие шейки затрудняется вследствие того, что часть шейки, пораженная фибромой, утрачивает способность растягиваться. Далее, фиброма может стать на пути прохождения ребенка препятствием более или менее непреодолимым; бывают в этом отношении случаи, когда отечная размягченная фиброма может сплюснуться и пропустить ребенка, или же бывают случаи, когда фибромы на ножке оттесняются во влагалище и дальше выходят через отверстие вульвы, эти случаи представляют редкость курьеза; за то фибромы, расположенные в середине шейки или в верхней трети шейки обнаруживают удивительную склонность отходить самопроизвольно кверху даже иногда после того, как искусственные попытки отведения ее кверху рукою остались без результата; мы можем объяснить такое отхождение следующим образом: большая масса мышц шейки имеет продольное направление, начала этих мышц—в теле матки; при сокращении эти мышцы укорачиваются, втягиваются кверху и увлекают с собой фиброму.

Кроме того фиброма, сидящая в нижнем отделе матки, больше всего предрасполагает к неправильности положения и членорасположения плода, т. е. к поперечным положениям, выпадению мелких частей плода, выпадению пуповины.

Подбрюшинные фибромы тела часто не оказывают никакого влияния на роды, особенно, сидящие на ножке. Но межстеночные фибромы могут оказывать влияние на схватки, делать их слабыми, недейственными. Если прикрепление детского места захватывает поверхность фибромы, то возникают сильные кровотечения в III-м периоде родов, сосуды на том месте фибромы, где прикреплялось детское место, оказываются зияющими, неспавшимися, как это показали некоторые препараты, полученные при вскрытии умерших от таких кровотечений.

Подбрюшинная фиброма на длинной ножке может опуститься вниз, в заднее Дугласово пространство, там засесть и оказать препятствие прохождению ребенка, если она не будет выведена оттуда рукою акушера.

**Прогностика.** Прежние статистики давали большие проценты смертности матерей и детей при фибромах (около 50%). Но в этих статистиках была явная неправильность, потому что они составлялись из случаев, опубликованных в литературе разными авторами, при чем сообщались случаи особенно экзотичные. Если же статистика составлена из случаев, принадлежащих одному лицу или учреждению, то оказывается, что роды при фиброме в большинстве случаев проходят довольно благополучно. Так, в 32 случаях, бывших под наблюдением Hofmeyer'a природа сама прекрасно приходила на помощь и все роды окончились благополучно, даже те, в которых предполагалась необходимость Кесарского сечения. Оптимистически настроен смотреть на прогностику родов при фибромах и Pinard.

Эти крайние мнения знать необходимо, так как постановка прогноза при фиброме, осложненной беременностью, очень ответственна: требуется задолго до родов предусмотреть, возможно ли беременной доходить до срока родов, возможно ли родить.

Правда, кровотечения после родов и особенная опасность септических процессов при фибромах могут скомпрометировать прогноз, поставленный в благоприятном смысле.

*Диагноз.* Если фиброма начинает вдруг и особенно быстро расти у женщины, находящейся в продуктивном возрасте, то нужно всегда иметь в запасе подозрение о беременности, помогает диагнозу прекращение регул; но при кровотечениях отсутствие регул может быть незамеченным.

Фиброму во время беременности можно смешать с внематочной беременностью, с маточным рогом при *uterus bicornis*, с воспалительными опуханиями придатков; различить эти формы при беременности бывает так трудно, что нередко возможно бывает разобраться только на препарате, полученном после операции.

Во время родов можно, пожалуй, смешать фиброму с головкой. Но во время схватки дело выясняется: головка становится недоступной для ощупывания через оплотнелые стенки, фиброма же выступает резче, яснее.

*Терапия* во время беременности должна быть чаще всего выжидательная. Производить искусственные аборт или преждевременные роды всегда связано с риском. В бывших под нашим наблюдением случаях мы не решались приступать к абортам, так как нам приходилось раньше исследовать сотни препаратов фибром и мы знали, как сильно изменяется при них полость матки, какие удлинения, корридоры, ответвления находятся в этой полости; а прежде чем начать производить аборт, нужно быть уверенным, что будет удалено все яйцо, что не будет последовательного кровотечения и что не должно быть сепсиса. Мы знаем также, как ужасно, как коварно, как губельно протекает при фибромах септический эндометрит. В наших случаях больные решали расставаться и с фибромой и с беременностью и мы делали полное удаление матки с беременностью *en bloc*.

Весьма неопределенные результаты получаются также и при так называемой консервативной миомектомии, т. е. энуклеации фибромы с оставлением беременности, так как последняя после такой операции прекращается сама, происходит аборт, могущий произвести сам по себе осложнения. Некоторые советуют после вылущения фибромы сделать сейчас же выскабливание, чтобы потом лучше наложить шов на рану матки.

Приходится взвешивать в каждом отдельном случае, что безопаснее, производство ли выкидыша или преждевременных родов, или самопроизвольные роды. В настоящее время прогноз родов при фибромах ставят, как мы уже сказали, лучше, увереннее. Так что общее заключение такое: в операциях во время беременности нужно прибегать тогда, когда больной грозит непосредственная опасность: или есть ущемление ретроверзированной беременной матки, или возникло кровотечение, или оказалась инфицированной полость матки и повысилась  $t^{\circ}$ . Если есть кровотечение и шейка уже более или менее раскрыта, то, конечно, можно приступить к опорожнению полости матки. Можно пожалуй в начале беременности рискнуть на выскабливание при кровотечении тогда, когда шейка закрыта. Vasberg говорит, что если делать в начале беременности выскабливание хорошо, то операция вполне безопасна. Желаем ему дальнейшего успеха!

Во время родов, как показывает опыт последних лет, нужно предпочитать выжидательное поведение согласно заявлениям Pinard'a и Hofmeyer'a. Конечно, если опухоль выдается во влагалище, доступна для воздействия, то можно ее энуклеировать через влагалище и дальше оканчивать роды так или иначе, например, посредством поворота.

Если фиброма — в шейке, то приходится рассчитывать, осталось ли столько неповрежденной шейки, чтобы возможно было ожидать полного открытия и прохождения ребенка без разрыва шейки. Опытный акушер такой расчет может сделать довольно удовлетворительно.

В случаях, когда наступило полное открытие, головка стала отснять опухоль, находящуюся на ее пути, и сама начала вклиниваться и конфигурироваться, то показуются щипцы. Также советуют, если головка стоит высоко, подвижна, производить поворот. Результаты применения щипцов и поворота, по приведенным донне статистикам, плачевны: из 35 случаев поворота с последующим извлечением Lefort'a умерло 21 мать и 27 детей, из 20 случаев Süsseroth'a умерло 12 матерей и 17 детей, по Nauss'у из 26 случаев 20 окончились смертью матери. По Budin и Maugrier после перфорации получилось 50% смертности матерей.

В некоторых случаях можно попытаться осторожно отодвинуть опухоль из полости таза кверху; силу применять нельзя.

Если во время родов выясняется, что родоразрешение *per vias naturales* невозможно или крайне опасно, то делают Кесарское сечение. Разрез стенки матки делают там, где нет фибром. Оставление матки после Кесарского сечения дает плохие результаты вследствие возможности последовательных кровотечений, некрозов, нагноения, сепсиса. Да и кто с легким сердцем закроет брюшную полость, не удалив опухоль? Поэтому после удаления ребенка делают или суправагинальную ампутацию матки или же тотальную экстирпацию. Тотальная экстирпация дает более полные и надежные результаты, удлиняет операцию не более чем на 10—15 минут, так как рыхлая парацервикальная клетчатка позволяет легко отпрепарировать шейку и перевязывать сосуды.

Если матка инфицирована и родоразрешение *per vias naturales* или невозможно или нежелательно, то делают не Кесарское сечение, а после вскрытия брюшной полости удаляют матку вместе с ребенком. В некоторых случаях после разреза вынутой матки получали живого ребенка.

#### Беременность и рак шейки.

В тех случаях этого неприятного сочетания, которые мы наблюдали, нас поражала независимость течения беременности и рака друг от друга. Pinard на основании своего громадного опыта пришел к заключению, что ни рак на беременность, ни обратно заметного влияния не оказывает. Так что заявления в учебниках о том, что рак во время беременности имеет склонность к усиленному разрастанию, к быстрому проростанию тканей, принадлежит скорее к книжным бесконечно повторяемым измышлениям, чем соответствует действительности.

Так же нужно относиться к заявлениям о том, что при раке бывают часто выкидыши. Цифры, представленные Beckmann'ом и Pinard'ом показывают, что выкидыши происходят не чаще обычного. Зато роды при раке шейки бывают сильно затруднены и несут с собой большие опасности. Пораженная часть шейки утрачивает всякую способность растягиваться, она может только разрываться, отламываться и кровоточить. Поэтому рассчитывать на удовлетворительное открытие воз-

можно только тогда, когда поражена часть шейки, например, задняя губа. Если же поражение циркулярно, то на открытие без разрывов рассчитывать нельзя. Если раковая ткань мягкая и не распространяется глубоко, то она может раздаться, надорваться под влиянием ли растяжения со стороны предлежащей части, под влиянием ли искусственного вмешательства. Если же раковые массы плотны, окружают всюду маточное отверстие, или если рак проник в клетчатку и соседние органы, сделав все, что окружает шейку неподвижным, то роды останавливаются, затягиваются и могут оказаться невозможными per vias naturales.

Если сильные схватки и преодолеют препятствие, ребенок родится силами природы, то получаютя нередко более или менее глубокие надрывы, сильно кровотокающие. Известно, как нечисты и опасны в отношении инфекции раки; инфекция проникает через разрывы в клетчатку, так что если женщина не погибает от кровотечения, то ей грозит опасность со стороны септических процессов.

*Диагноз* рака шейки поставить не трудно, стоит только прощупать характерные разрастания или язву на шейке. Труднее бывает поставить распознавание начавшейся при раке беременности, так как отсутствие регул легко не заметить при кровоотделении из рака, а увеличение матки может быть об'яснено влиянием ракового процесса. Во время родов размягченные и кровотокающие раковые массы были принимаемы за предлежание детского места. И наоборот, не вышедшее детское место, торчащее из шейки после выхождения плода и после отрыва пуповины было принимаемо за раковые разрастания в шейке.

*Прогноз.* Беременность сама по себе не ухудшает плохой прогноз для рака. Но родовой процесс нередко ускоряет роковую развязку для матери. Да и жизнь ребенка оказывается в критическом положении вследствие механического препятствия при родах, оказываемого раковыми разрастаниями на шейке. Смертность рожениц и родильниц определяется в существующих статистиках как 43,3%. Смертность детей при родах, предоставленных самим себе, около 60%.

*Терапия.* В течение первых месяцев беременности лечение больной должно быть устанавливаемо независимо от того, есть беременность или нет. Если есть шансы спасти жизнь больной посредством удаления матки, то нужно приступить к этой операции тем более, что экстирпация матки до 4-х месяцев беременности особой технической трудности не представляет; размягченная беременная матка свободно вытягивается в длину, становится тоньше и легко проходит через тазовое и вульварное кольцо, а если и окажет препятствие, то стоит сделать пункцию матки, выпустить воды, как препятствие исчезнет. Сама жизнь подсказывает такой образ действий, так как в первые 2 месяца беременность часто бывает не распознана и констатируется лишь при разрезе препарата экстирпированной матки. Мы удивляемся предложению делать искусственный аборт: ведь это означает итти на большой риск получить септический эндометрит.

Вот если рак обнаружен во второй половине беременности, то стоит подумать о жизни ребенка тем более, что жизнь матери найдется все равно в критическом положении. Конечно хорошо избрать такой метод, который давал бы шансы и на жизнь матери и на жизнь ребенка. Если же на продолжение жизни матери надежды нет, то приходится уже все равно считаться с интересами матери меньше, лишь-бы спасти хоть одну жизнь. Поэтому приходится очень взвешивать, стоит ли пытаться делать спешно радикальную операцию удаления матки, когда еще ребенок недоношен, или поставить крест на



матери и выжидать срока родов, чтобы получить жизнеспособного ребенка. Впрочем нередко выжидание в течение нескольких месяцев вознаграждается тем, что после родов или во время родов можно еще экстирпировать матку, даже не оставляя раковых гнезд *in situ*, т. е. с надеждой на то, что рецидива не будет.

Из всего сказанного следует, как ненадежен путь, состоящий в том, чтобы произвести искусственные преждевременные роды и затем после инволюции матки произвести экстирпацию матки через влагалище! Сколько здесь возможности получить в результате 2 трупа! Ведь опасности родового процесса в данном случае усугубляются опасностью эндометрита в зависимости от введения в матку бужей, метрейринтера, руки и пр. Единственно надежным рациональным методом при доношенном и живом ребенке является Кесарское сечение и, в случае возможности, непосредственное удаление опорожденной матки. Удалять матку предпочитают *per vaginam*, чтобы не инфицировать брюшину. Zweifel, Fehling и другие делали суправагинальную экстирпацию опорожденной матки и затем сейчас же приступали к удалению шейки *per vaginam*.

Очень практичным оказывается применение влагалищного Кесарского сечения по Dührsen'у: все делается снизу, *per vaginam*. Если предварительно удалить раковые массы, то опасность инфекции еще больше устраняется. Экстирпация опорожденной матки *per vaginam* удастся очень легко в силу разрыхления клетчатки и растяжимости маточной мышцы.

Конечно, при неоперативном раке ограничиваются одним классическим Кесарским сечением.

#### Киста яичника и беременность.

Принято думать, что киста во время беременности чаще подвергается свойственным ей неприятным случайностям, например, перекручиванию ножки, кровоизлияниям, усилению роста, воспалениям и пр. Но новейшая статистика показывает, что не нужно переоценивать влияние беременности на кисту. Так Löhlein и Pürckhauer указывают, что перекручивание ножки во время беременности происходит не чаще, чем вне беременности. Также и увеличение роста кисты из 18 случаев Löhlein'a ни разу не наблюдалось, наоборот, Spenser Wells наблюдал даже случаи уменьшения кисты во время беременности, что может быть об'яснено уменьшением деятельности яичника во время беременности. Если киста подвижна, лежит сбоку матки, вместе с ростом беременной матки отошла от таза, помещается в брюшной полости, и величина ее умеренная, то ни на беременность, ни на роды она влияния не оказывает.

Если киста большая, то она может вызвать явления сдавления в брюшной полости с отражением на дыхание и пр. Если же киста находится в полости таза, да еще имеет сращения, то она служит препятствием для прохождения ребенка. Впрочем киста с не толстыми стенками и с жидким содержимым не столько служит препятствием, сколько сама страдает от напора на нее подлежащей части, под влиянием чего она подвергается: расстройству в ней кровообращения, кровоизлиянию, разминанию и даже разрыву с излитием содержимого. Конечно, если киста на ножке хотя бы и не длинной и без сращений лежит в полости таза, например, в Заднем Дугласовом пространстве, то она может во время родов или сама отойти кверху или может быть отклонена рукой.

Во время отхождения последа киста может оказать препятствие или непосредственно, например, после рождения ребенка она может сейчас же опуститься в таз и оказать механическое препятствие, или же она может отклонить матку в сторону, а при смещении матки, известно, послед задерживается.

Трауматизм кисты во время родов есть главная причина того, почему кисты в послеродовом периоде подвергаются чаще изменениям: гангрене, нагноению, воспалению с переходом в перитонит, перекручиванию ножки.

*Прогноз* зависит от местоположения кисты, от величины ее, от природы кисты.

Если у больной, страдающей кистой, случилась беременность, то нужно не поддаваться чувству страха, который могут навеять устаревшие мнения; нужно отдать себе отчет в том, какие осложнения с кистой можно ждать в данном случае и справиться в статистике, насколько беременность предрасполагает к ожидаемым в данном случае осложнениям.

*Диагноз.* Прощупываются две опухоли мягковатые с жидким содержимым, одна матка, другая киста, между шейкой и телом матки прощупывается непосредственный переход. Но ощущение перехода может быть не ясным или даже обманчивым, так что не всегда приходится наверно разбираться, которая опухоль есть матка, которая киста, особенно, если опухоли лежат тесно друг около друга. Различать опухоли можно еще и потому, какая опухоль реагирует на ощупывание уплотнением своих стенок, опухоль с сокращающимися уплотняющимися стенками есть матка.

Двойни могут быть так размещены в матке, что на 5—6 месяце беременности между двумя яйцами может быть прощупано что то вроде борозды, одно из частей матки при этом может симулировать кисту, особенно в том случае, если одно из яиц поражено многоводием. Однажды при подобных условиях мы сильно ошиблись в диагностике: регул не было у женщины 4½ месяца, над маткой как бы прощупывалась киста, все это доходило до мечевидного отростка, живот был сильно увеличен; между предполагаемыми маткой и опухолью прощупывалось нечто вроде борозды. Распознана нами была киста и беременность. Через несколько дней прошло громадное количество вод, большая выкинула два плода на 5-м месяце.

Ущемленная в тазу киста может оказаться плотной консистенции без флюктуации вследствие напряжения ее стенок. Но если киста выходит из полости таза, перестает быть ущемленной, она опять приобретает флюктуацию. При определении кисты при беременности полезно каждый раз попомнить спустить мочу катетером на всякий случай.

*Лечение.* Наличие кисты всегда дает показание к ее оперативному удалению. Если нами указано было, что беременность на рост и судьбу кисты влияния не оказывает, то все-таки после родов киста осложняется чаще, чем в обычное время. Так что с наступлением беременности показания к удалению кисты делаются как бы настойчивее. Но здесь должно быть принято одно очень важное, по нашему мнению, обстоятельство: судьба зародыша или будущего ребенка. Дело в том, что процент выкидышей после операций удаления кисты как абдоминальных, так и вагинальных, огромный—22%—25%. Если прибавить к этому 4%—5% смертности матерей от самой операции, то процент уничтожения детей при таком образе действий возрастает до 30%. Поэтому в каждом случае нужно принимать в расчет, на какое время интересы матери позволят отложить операцию настолько, чтобы прежде-

временные роды, могущие произойти, как следствие операции дали наиболее жизнеспособного ребенка. Конечно, при явлении перекрута ножки, воспаления кисты, быстрого роста ее и пр. нужно немедленно оперировать. Вообще выжидательное отношение должно быть правилом.

Во время родов, если киста находится в тазу, нужно попытаться поднять ее в брюшную полость. Это делают рукой со стороны влагалища осторожно, в то время как помощник отодвигает матку снаружи кверху. Для удержания кисты в брюшной полости, если есть уже достаточное открытие матки, можно сделать поворот и низвести ножку; или же вставляют кольпайринтер во влагалище. Если киста сидит плотно в тазу и выпячивает стенку влагалища, то нужно обдумать, нельзя ли удалить кисту сейчас же во время родов через влагалище. Staude, Rapin, Hesselbach, Niebergall, Taylor'y удалась это с блестящим успехом. Затруднения возникают при отделении кисты от сращений. Делали так, что вскрывали кисту, опорожняли ее от содержимого и уже после родов отделяли ее совершенно от сращений и закрывали рану влагалища. В крайнем случае можно пожалуй шить край раны кисты в рану влагалища.

Во время схваток также производили удаление кисты per laparotomiam. В одном случае после удаления кисты наложены сейчас-же щипцы и потом уже закрыта брюшная полость. Большие затруднения и пожалуй замешательство может произойти, если киста находится приращенной глубоко в заднем Дугласовом пространстве, достать и отделить ее кзади от большой матки бывает трудно. Но в случае затруднения на помощь может придти переход к классическому Кесарскому сечению, после чего удаление кисты может быть облегчено.

#### **Недостатки развития матки и влагалища и беременность.**

Акушерское значение имеют следующие недостатки развития genitalium: двураздельная матка (*uterus dydelphis*), *uterus bicornis*, *uterus septus*, *vagina septa*.

При двураздельности матки независимо от того, общая-ли шейка или две также отдельных шейки, в каждом из тел может быть беременность, даже — попеременно; бывали случаи одновременно двух беременностей в каждом теле.

Небеременная матка увеличивается, образуется в ней отпадающая оболочка. Роды протекают большею частью нормально. Небеременная матка во время схваток также сокращается, шейка сглаживается и раскрывается, так что в пустую матку можно в конце родов ввести палец. Препятствие может возникнуть со стороны ригидности шейки или со стороны влагалища, когда оно перегородено не вполне, большею-же частью существует двойное влагалище и роды происходят через одно из них, а другое отходит в сторону. Небеременная матка, оставаясь внизу, может оказать механическое препятствие для родов.

Распознавание весьма облегчается тем, что есть наружные признаки двураздельности: двойное влагалище, двойная шейка. От *uterus bicornis* и *uterus bipartitus (septus)* двураздельная матка отличается тем, что обе матки не соединены между собой так интимно, поэтому, в то время как другой рог при *uterus bicornis* и другая половина при *uterus bipartitus* во время беременности следуют за своей половиной и подымаются вверх, небеременная матка при двураздельности остается внизу на уровне симфиза, помещаясь обычно в тазу в состоянии *retroversio*.

Ошибка в диагностике может возникнуть тогда, когда есть сужение в нижней части одного из влагалища, тогда этого влагалища можно не заметить: так оно бывает сплющено.

При *uterus bicornis* рога матки бывают часто развиты не одинаково. Беременность может произойти как в одном, так и в другом роге. Нередки выкидыши. Но обычно рог настолько гипертрофируется, что роды наступают в срок. Форма матки бывает странная, несколько вытянутая, матка кажется отклоненной в сторону (в сторону беременного рога), но бывает и так, что рог так хорошо развивается во время беременности, что теряет форму рога и становится похожим на обыкновенную беременную матку. При двурогой матке часто встречается поперечное, косое положение и ягодичное предлежание.

Диагностика часто очень трудна, пустой рог легко принять за фиброму, за внематочную беременность, за опухоль яичника; ошибки в диагностике могут повлечь за собой роковые последствия, так как из-за боязни осложнений со стороны предполагаемой внематочной беременности, фибромы и пр. врач может решиться на ляпоротомию, по вскрытии же брюшной полости ничего не остается делать, как опять тотчас-же закрыть ее.

Если при исследовании удастся прощупать *lig. rotunda*, (т. е. верхние края *lig. utero-inguinalis*), то диагностика облегчается: связки проходят от наружных краев матки и предполагаемой опухоли (т. е. другого рога матки). При внематочной беременности *lig. rotundum* отходит не от наружной периферии опухоли, а от внутренней. Но эти подробности доступны почти исключительно лишь на препаратах или по вскрытии брюшной полости во время операции.

Очень трудна, почти невозможна диагностика, когда другой рог очень недоразвит или отсутствует.

Есть довольно распространенная разновидность формы *uterus bicornis*, это так называемая *uterus arcuatus*; она состоит в том, что двурогость выражена слабо, существует лишь седлообразное вдавление в дне матки. При такой форме матки нередко поперечные положения. Pinard совершенно справедливо замечает, что если у первородящей встречается поперечное положение, то нужно искать недоразвитие матки.

При перегородженной матке (*uterus septus*) осложнения во время родов могут возникнуть во время отхождения последа, если последний прикрепляется к перегородке; возникает кровотечение вследствие того, что перегородка слабее снабжена мышцами и последние при своем сокращении, закрывают просвет сосудов недостаточно.

Механические препятствия возникают в тех случаях, когда перегородка неполная, в верхней части ее нет, а в шейке или над шейкой она есть, предлежащая часть наталкивается на это препятствие. Также, если есть неполная перегородченность влагалища, встречаются более или менее толстые тяжи, мосты, поперечно идущие от одной стенки влагалища к другой и могущие остановить роды. Эти мосты как во влагалище, так и в матке перерезаются ножницами, больших кровотечений они не дают; если-же возникнет кровотечение, то оно может быть остановлено перевязкой или тампонацией.

#### **Беременность в зачаточном роге.**

Об этой неправильности приходится говорить тогда, когда беременность происходит в зачаточном роге в случаях *uterus bicornis unilaterale rudimentarius*. Сообщения между полостями рогов в этих случаях чаще всего не бывает. Беременности бывают в зачаточном роге гораздо чаще, чем *Haematometra*. Очевидно, зачаточный рог участия в менструации не принимает. Довольно нередко образование *corpus luteum* замечается не на беременной стороне матки. Поэтому мы имеем в дан-

ных случаях *migratio ovi externa et transmigratio seminis externa*. Kussmaul в своей классической работе по этому вопросу выбрал из старой литературы под названием внематочной беременности 12 случаев несомненной беременности в зачаточном роге, Werth в *Handbuch Wiuckel's* собрал 100 случаев такой беременности.

*Анатомия.* Мы имеем мало литературных данных относительно структуры стенки в беременном зачаточном роге, также недостаточно имеем данных о носителе способа соединения между плодместилищем и стенками яйца, децидуальной оболочке, развитии *placentae*; обыкновенно наблюдается типическое боковое наклонение тела *uteri unicornis* по отношению к шейке. Шейка и влагалище при этом бывают нормальны.

В роге хорошо развитом и небеременном наблюдается гипертрофия стенок и образование децидуальной оболочки, как вообще при всякой эктопической беременности.

Положение зачаточного беременного рога бывает обычно не срединное и косое. Начало придатков на беременном роге лежит обыкновенно глубже, чем при обычной беременности в той же стадии.

Стенка мышечного рога не везде одинаково развита. В одних местах она сильно гипертрофирована, в других же могут быть налицо только внутренний и наружный слой, сосудистый же отсутствует. Относительно децидуальной оболочки в беременном зачаточном роге имевшийся материал мало использован. Некоторые авторы, как напр. Küstner, Skanzoni, Mayerhof, Smith, Williamson, констатировали недостаточность образования *deciduae*. Что яйцо при своем прикреплении к стенкам зачаточного рога не находит нормальных условий, это видно уж из частого наблюдения случаев, когда *placenta* оказывается разросшейся диффузно по большей части яйца, иногда по всей поверхности яйца.

Начало *ligamenti rotundi* находится на передней нижней части плодместилища нередко тотчас под началом, трубы почти всегда эта связка имеет широкое начало, имеющее форму веера.

Место соединения между рогами представляет из себя всегда мышечное образование, иногда имеющего вид толстого тяжа, иногда в виде толстой пластинки. Длина соединяющего тяжа подвергается большим колебаниям. Он бывает иногда столь длинен, что беременный рог является опухолью, свободно перемещаемой по всей брюшной полости.

Из 100 случаев, собранных Werth'ом, в 19 был наблюдаем сообщающийся канал в соединяющем тяже, в большинстве же случаев просвета в тяже не наблюдали. Иногда наблюдали неполный канал, открывающийся в полость лишь одного из рогов и слепо оканчивавшийся в стороне другой полости. В случае Kelly канал длиной в 5 миллим. слепо оканчивался с обеих сторон. В канале этом находили более или менее развитой цилиндрический эпителий. Во многих случаях канал может быть открыт только при микроскопическом исследовании поперечных разрезов соединительного тяжа.

*Течение и исходы.* Судьба беременности в рудиментарном роге в общем такая же, как при беременности в трубе, т. е. происходит ранняя или поздняя смерть плода и задержка его, далее, разрыв плодместилища и, наконец, достижение конца беременности, оканчивающееся смертью плода.

Различие в том, что разрыв плодместилища происходит не в первые месяцы. Поэтому случаи самопроизвольного излечения не встречаются и разрывы сопровождаются более опасными явлениями. Наибольший процент руптур встречается около 4-х месяцев. Главным

фактором при руптурах служит не проростание стенки мешка ворсами, как это бывает при внематочной беременности, а сильное растяжение мешка растущим в нем яйцом. На это указывают и формы разрыва: при беременности в роге разрывы большие или в виде отрывов верхней части мешка (купола) от основной части мешка, или в виде циркулярного разрыва, иногда разрыв настолько велик, что происходит выворот стенки мешка, при чем из отверстия в виде гриба выступает плацента, разрывы же трубы при внематочной беременности имеют часто вид просверленной дыры.

Конечно разрывам мешка способствует неравномерное развитие толщины стенки мешка.

Смертность при разрывах очень велика; из 48 случаев в 31 произошла смерть.

Бывают случаи разрыва, которые не оканчиваются смертью при отсутствии оперативного пособия. Так например, в случае Chiari при вскрытии 60-летней старухи найден около заднего Дугласова пространства скелетированный четырех-месячный плод, а на матке найден прибавочный рог с лучистыми рубцами. Подобные же случаи сообщили Kelly, Smith, Day и пр.

Причину смерти плода без руптур нужно видеть в ненормальном большом внутреннем давлении в мешке, и в затруднении вследствие этого функции плаценты. Сепсис и нагноение после смерти плода наступают сравнительно редко, реже, чем при внематочной беременности, вследствие того, что сравнительно толстая стенка мешка не пропускает инфекции со стороны кишек.

Обыкновенно беременность в роге происходит после одной или нескольких беременностей в развитом роге.

Одновременно беременность и в том и в другом роге наблюдалась только в одном случае (Кривского).

Нередко беременность в зачаточном роге протекает без всяких симптомов. Реже она сопровождается болями, которые относятся к растяжению мешка и не достигают сильной степени. Руптура наступает обычно вдруг без предвестников и сопровождается иногда чувством разрыва, всегда—явлениями внутреннего кровотечения.

*Распознавание* иногда настолько затруднительно, что на препаратах и то нелегко отличить, что это: интерстициальная внематочная беременность или беременность в роге. Критерием для отличительного распознавания на препарате служат: отхождение lig. rot. от самого мешка, также отхождение от него lig. ovarii propr. и нахождение неукороченной, иногда ненормально длинной трубы.

При клиническом распознавании мы имеем дело обычно с опухолью. И вот по нашему мнению, важным критерием должно быть то обстоятельство, что опухоль появляется по прекращении регул, раньше же прекращения регул опухоли не было.

При исследовании, довольно постоянным явлением бывает сильное боковое наклонение небеременного рога по отношению к шейке.

Далее во многих случаях прощупывается более или менее толстый мост между рогами, или плоской или круглой формы. Конечно, размягчение ткани, возникающее при беременности может захватить и ткань моста, что может повести к ошибкам. По Абуладзе важным пунктом при распознавании беременности в роге, особенно в отличие от внематочной беременности, должны служить *безболезненность и подвижность* плодместилища.

В качестве вспомогательных средств для диагноза применяют кроме обычного исследования, исследование per rectum, пробное выскаб-

ливание пустого рога для нахождения decidua (Ott), даже зондирование.

Задержание мертвого плода в придаточном роге смешивают с «missed labour». Поэтому всегда нужно при «missed labour» поискать другого рога.

Иногда смешивали рог, содержащий в себе мертвый плод с фибромой.

Раньше диагноз этой беременности устанавливался только при аутопсии или при операции. Теперь при накоплении случаев в литературе, способы диагностики подверглись усовершенствованию и нередко диагностика беременности в рудиментарном роге устанавливается в свое время.

*Лечение.* При свежих разрывах оперативное лечение приходится б. ч. около 4-х месяцев и оно дает лучшую прогностику, чем при внематочной беременности такого же срока, потому что плацента при беременности в роге никогда не представляет особых трудностей, так как она находится при почти нормальных условиях своего прикрепления к стенке рога, как матки.

Метод операции состоит или в полном удалении плодместилища, или в опорожнении мешка и во вшивании краев раны мешка в рану брюшных покровов или иногда, в предварительном пришивании стенки мешка к ране и потом уже в инцизии мешка и опорожнении его.

Если содержимое мешка не септично, а полная его экстирпация невозможна, то после инцизии производят возможную резекцию мешка.

Если мешок септичен, то заботятся об экстраперитонеальной фиксации культи.

Если мешок сидит в тазу на широком основании, то возможна бывает его полная экстирпация, подбрюшинная рана зашивается, если много разорванной ткани, то проводят дренаж в вагину (под серьезными швами). При неполной резекции может затянуться нагноение и процесс может принять фистулезный характер.

При отделении одного рога от другого раньше перевязывали соединяющий мост *en masse* или по частям, теперь предпочитают изолированную перевязку сосудов. Конечно, хорошо заранее перевязать *art. spermaticam* и ветвь *art. uterinae*.

## Внематочная беременность.

Обыкновенно внематочная беременность развивается в Фаллопьевой трубе, получается так называемая трубная беременность — *graviditas tubaria*. Если беременность развивается в околوماتочном конце трубы, то получается *graviditas tubaria isthmica*, если же в противоположном наружном конце трубы, где находится *ampulla tubae*, то получается *graviditas tubaria ampullaris*. Если беременность развивается в той части трубы, которая идет уже в самой стенке матки, т. е. пред вступлением ее в полость матки, то получается так называемая межюточная беременность *graviditas interstitialis*.

Далее, если беременность развилась на краю наружного отверстия (расширенного) трубы, то получается *graviditas infundibularis*, если беременность развилась на самой большой фимбрии, называемой *fimbria ovarica*, то такая беременность называется *graviditas fimbriae ovaricae*.

Одно время мы все думали, что существует только трубная вне-маточная беременность, других видов, указываемых старыми авторами, нет. Но бесспорные факты показали, что беременность может развиться в яичнике, получается *graviditas ovarialis*.

Старые авторы указывали, что есть брюшная беременность—*graviditas abdominalis*. Но теперь существование чистой брюшинной беременности еще под сомнением. Случаи, когда находят яйцо с плодом в брюшной полости не могут быть объяснены так, что яйцо начало развиваться в брюшной полости, обычно находят начало развития яйца или в расширенном конце трубы, или в яичнике, словом, несомненно существуют *graviditas tuboabdominalis* и *graviditas tuboovarialis*.

#### Патологическая анатомия.

Чтобы понимать все те изменения, которые происходят в беременной трубе, нужно знать основной факт, признанный современной наукой: оплодотворенное, яйцо прикрепляясь к слизистой оболочке (матри, или трубы, безразлично), не обрастает кругом элементами разрастающейся слизистой оболочки, как трактовали раньше при объяснении образования *tunica reflexa*, а пробуравливает эту оболочку, значит, активно проникает в толщу оболочки, которая сильно утолщается и часть ее над погружившимся в нее толщу яйцом и есть *tunica reflexa* (завороченная оболочка).

В матке, где слизистая оболочка специально для этого приспособлена, яйцо все время и остается как бы в слизистой оболочке, под местом его внедрения развиваются ворсы до образования детского места; ворсы купаются в кровяных синусах матери и все это—в сфере слизистой оболочки (*serotina*); до мышц матки дело не доходит. В трубе же дело так идти не может. Слизистая оболочка трубы слишком тонка и не может так утолщаться, как в матке; активно проникшее в нее яйцо заходит сейчас же и в мышечный слой; развитие яйца идет среди мышц и вот здесь уже начинается неправильность, ведущая к большим последствиям. Ворсы разрастаются между слоями мышцы, при чем стенка плодовместилища—трубы местами так истончается, что может состоять из одного серозного покрова; вот фактическое объяснение того, что беременная труба лопається, разрывается. Иногда яйцо проникает в складку слизистой трубы и развивается в толще складки.

С дальнейшим своим развитием яйцо, увеличиваясь, вдаётся в просвет трубы в виде возвышения, холма, опухоли, при чем одето оно со стороны полости трубы, конечно, не *decidua reflexa*, как яйцо в матке, а внутренним слоем стенки трубы с примесью мышц; иногда рядом находящаяся складка слизистой оболочки покрывает яйцо, сростается с ним и принимает таким образом участие в образовании этого покрова яйца, который заменяет ему *decidua reflexa*. С дальнейшим развитием яйца этот внутренний слой трубы, заменяющий собой *decidua reflexa*, истончается, некротизируется и пробуравливается яйцом (уже, так, сказать, со стороны слизистой оболочки получается лопанье внутри трубы).

При разрыве самой трубы получается свободное кровоизлияние в полость брюшины и выходение яйца с плодом в брюшную полость; во втором случае т. е. при разрыве со стороны слизистой оболочки, т. е. внутри трубы, получается, так называемый, трубный оборт, т. е. кровотечение из нелопнувшей трубы как в брюшную полость, так и внутрь матки. Если яйцо расположено у наружного более широкого конца трубы, то оно может при кровотечении отделиться и целиком выйти из трубы. Но это случается редко, обычно выходит большая



или меньшая часть яйца (неполный аборт), а на месте яйца образуется гематома величиной от голубинового яйца до апельсина. Может быть и лопанье трубы и лопанье яйца внутри трубы вместе.

Слизистая оболочка беременной трубы превращается также в отпадающую, как и в матке, но не повсеместно и равномерно, а островками. Замечается также гипертрофия мышечных элементов, ведущая к утолщению мышечной стенки трубы. Но гипертрофии может и не быть, наоборот, может оказаться атрофия.

Разрыв трубы происходит вследствие сильного растяжения трубы растущим яйцом при вышеописанной подготовке к этому со стороны роста ворсин и других частей яйца между мышечными пучками. Вызвать самый момент разрыва могут незначительные сами по себе разрывные внешние механические влияния, как то: падение, толчек, давление, гинекологическое исследование, но чаще разрыв происходит без всякого внешнего влияния.

Разрыв может иметь форму длинного широкого отверстия, или же является в виде маленького круглого отверстия.

Форма и величина разрыва не согласуется со степенью внутреннего кровотечения, иногда из маленького разрыва идет громадное смертельное кровотечение.

Часто кровоточат значительные сосуды из места прикрепления яйца, дающие артериальное кровотечение. Яйцо может лишь выпячиваться из отверстия в трубе целиком, иногда по разрыве оболочек один плод выходит в брюшную полость, иногда же выходит все яйцо целиком, кровоточит пустая разорванная труба.

При разрыве трубы изливающаяся кровь не скопляется в одном месте, а разливается по брюшной полости, скопляясь в большем количестве лишь в наиболее низко расположенных областях, напр. в поясничных областях при лежачем на спине положении больной.

При трубном аборте кровотечение не такое бурное, кровь выходит из брюшинного отверстия трубы постепенно, понемногу, получаются сгустки крови и жидкая кровь около матки, обычно в заднем дугласовом пространстве, как наиболее низко расположенном при лежачем положении женщины, получается, так называемая *Haematocoele retrouterinum* (редко кровь скопляется в переднем дугласовом пространстве, тогда получается *Haematocoele anteuterinum*). Получается скопление крови в этих случаях не свободное в брюшной полости, а уже инкапсулированное, так как сверху гематоцеле быстро образуются брюшинные сращения, или же из фимбриального конца трубы начинает образоваться соединительная ткань, которая с течением времени образует организованную крышу над гематоцеле.

К сожалению, этим дело оканчивается далеко не всегда: новые кровотечения из трубы увеличивают все больше и больше гематоцеле, из заднего Дугласова пространства она может выйти высоко в брюшную полость и выпячиваться над лоном чуть не до пупка. Может покрывка гематомы лопнуть и произойти смертельное кровотечение в брюшную полость.

Между тем гематома внутри трубы претерпевает изменения обратного развития: сгусток крови постепенно распадается и подвергается рассасыванию, на месте бывшей беременности остаются рубцы. Бывали случаи повторных беременностей в одной и той же трубе. Иногда же сгусток под влиянием сокращений мышц трубы выходит из наружного конца трубы, происходит как бы вторичный аборт.

Как исключительная редкость бывает скопление крови в толще широкой связки — *haematocoele ligamenti latii*. Это происходит тогда, когда

труба лопается в пространстве между серозными листками, ее одевающими; кровотечение происходит сначала в mesosalpinx, а затем распространяется и по остальному пространству широкой связи.

В самой матке при внематочной беременности происходят изменения следующие: образуется отпадающая оболочка и происходит некоторая гипертрофия мышечной ткани по крайней мере в течение первых трех месяцев.

Время образования децидуальной ткани неодинаково: иногда она образована при самом начале беременности, иногда же ее нет в течение первых недель беременности. Werth после ляпоротомии или кольпотомии, сделанных по случаю очень раннего тубарного аборта, делал сейчас же выскабливание матки и далеко не всегда находил децидуальную ткань, между тем как для самостоятельного выхода отпадающей оболочки из матки не было еще времени.

Вполне образованная отпадающая оболочка после окончания внематочной беременности или оперативного или самостоятельного (по случаю смерти яйца) выходит из матки или в виде обрывков ткани, или в виде целого куска треугольной формы, как бы модели формы полости матки, внутри куска находится, конечно, полость (небольшая, тесная) также приблизительно треугольной формы, как это было до выхода из матки. Толщина стенки куска с  $\frac{1}{2}$  сантиметра, поверхность бугристая, шероховатая, стенка состоит из компактного и даже отчасти из губчатого слоя децидуальной оболочки.

Редкие формы внематочной беременности. *Graviditas tubo-ovarialis*. Стенку плодместилища составляют с одной стороны расширенный конец трубы, с другой уплощенный увеличенный яичник. Это аналогично образованию так называемых тубо-оварияльных кист, в которых и может происходить беременность, как это описал Larsen.

*Graviditas interstitialis* есть редкость. При интерстициальной беременности получается опухоль на краю угла матки, которая растет, при чем места прикрепления круглой мат. связки (т. е. *lig. utero inguinalis* по нашей номенклатуре), *ligamethi ovarii proprii* и Фаллопьевой трубы отодвигаются друг от друга. Матка при этой беременности принимает живое участие: происходит сильная гипертрофия ее стенок и роскошное образование децидуальной оболочки еще в самой начальной стадии беременности. Так что стенки плодместилища толсты, мышечны, но, к сожалению не равномерно, местами стенки матки очень истончены и состоят из одной серозной оболочки (в силу межмышечного разращения ворс, как мы описывали раньше), здесь происходит лопанье, сопровождающееся сильным, иногда ужасным кровотечением. Нам приходилось оперировать один такой случай уже *in extremis*; кровь шла из маленького, едва заметного отверстия в углу матки; повидимому кровотечение было артериальное; больная умерла через 5 часов после первого приступа. Иногда интерстициальная беременность оканчивается тем, что яйцо переходит в полость матки и родится *per vias naturales*; в данном случае переход яйца совершается не при постепенном открытии маточного отверстия трубы, а при разрыве стенки плодместилища, только происходящем не в полость брюшины, а в полость матки.

Яичниковая беременность. Возможность такой беременности доказана точным описанием случаев Thompson, Tussenbrock и др. Беременность развивается в Граафовом пузырьке и оканчивается обычно лопаньем плодместилища и кровотечением.

Брюшная беременность. Чистый случай брюшной беременности описан только Galabin'ом: в заднем Дугласовом пространстве находился лопнувший плодный мешок с плодом в возрасте 10 недель и на дне мешка детское место, прикрепленное к серозному покрову; в придатках не было заметно изменений.

В остальных случаях, описанных под именем брюшинной беременности, детское место обычно прикреплялось так или иначе к трубе, а плод находился свободно в брюшной полости.

Плод при внематочной беременности. В некоторых редких случаях внематочная беременность не нарушается до последних месяцев беременности и может даже быть не нарушенной до срока родов. Получено несколько живых детей оперативным путем через лапоротомию. Вообще развитие и вес детей после внематочной беременности ниже нормы.

Меньшинство детей представляли признаки правильного законченного развития, замечается большой процент уродливостей плода—*Ne-miccephalia*, *Spina bifida*, *Hydrocephalia*, *eventeratio*, *pes valgus*, *pes va-gus* и пр.

Когда плод умирает в утробе матери в первые месяцы беременности, то он подвергается прежде всего мацерации, а потом распаду и может исчезнуть без следа, если он еще маленький без костей.

В более поздних стадиях умерший плод подвергается или мацерации, когда он находится в жидкости, или же скелетированию, когда в плодном мешке образуется нагноение и распад. Если плод остается долгое время после смерти в сухой среде и не происходит нагноения, то он подвергается процессу высыхания. Иногда же в заключение разных изменений, претерпеваемых телом умершего плода и оставшегося в брюшной полости, происходит его об'извествление, получается так называемый *lithopedion*. Плод может оставаться в теле матери несколько лет, десятки лет.

#### Симптомы и течение.

При руптуре трубы и кровотечении в брюшную полость симптомы наступают вдруг, внезапно и сразу меняют общее состояние больной из цветущего в опасное, предсмертное; получается вдруг сильная режущая боль в животе, темнота в глазах, бледность, обморочное состояние, пульс становится малым, слабым. Этому предшествует обыкновенно задержка регул; больная считала себя беременной. Через некоторое время больная начинает как будто поправляться, а потом опять инсульт, опять с ней плохо, развивается картина острейшего общего малокровия, из половых органов начинает сочиться кровь. Одновременно с этим наблюдаются признаки раздражения брюшины: сильная чувствительность живота при дотрогивании, вздутие кишек, рвота, запор.

При повторении инсульта больная может умереть от внутреннего кровотечения. Бывают случаи почти внезапной смерти больной при первом инсульте.

Описанные явления в настоящее время обычно оканчиваются операцией. Если больная пережила инсульты и операции не было, то в последующем развивается картина адгезивного перитонита, при чем кровь отчасти рассасывается, отчасти собирается в сгустки, в скопления сгустков, вокруг которых образуется перитонические сращения, отграничивающие скопления крови в отдельные полости гематом, помещающихся обычно в полости таза. Кровяные сгустки оплотневают вследствие рассасывания жидких частей крови и такие гематомы с оплотневшими кро-

вяными сгустками остаются на долго; при соответствующем лечении они могут рассасываться почти вполне. Реже в полости гематом образуются распад и нагноение.

При тубарном аборте явления в общем теже, но не так резко выражены, сообразно тому, что внутреннее кровотечение не так сильно и происходит сравнительно небольшими порциями. Но здесь выступает резко один постоянный характерный симптом это—боли. Боли бывают тупые, ноющие, постоянные; если больная была раньше больна воспалением труб, то боли похожи на прежние, только сильнее, острее.

Иногда боли являются в виде приступов, как бы колики. Помню один случай, когда больная страдала от периодических приступов болей, не прекращающихся даже в ванне; никто не подозревал внематочной беременности, думали, что у нея аппендицит, приступили к операции и нашли внематочную беременность.

С образованием гематоцеле развивается картина, напоминающая пельвеоперитонит, но не всегда с повышением температуры.

Когда плод умер и должна выходить отпадающая оболочка из матки, то происходят схваткообразные боли, иногда настоящие схватки, как при родах или выкидыше. После смерти плода через несколько дней иногда образуется прилив к грудям, оне припухают, из них выделяется жидкость, из половых органов выделяется сначала кровянистая жидкость, потом—в виде послеродовых лохий. Иногда тубарный аборт начинается мало по малу, протекает медленно и все явления довольно заглушены, пока не обнаруживается все коварство случая.

Так боли сначала бывают небольшие, идет темная кровь, боли мало по малу усиливаются, делаются настойчивее и идет темная кровь; присутствие опухоли не ясно определяется, думают, что имеют дело с абортом, делают выскабливание, но это ничуть не меняет дела, боли не сильные, но оне есть, и идет темная кровь; выжидают, не появится ли с ясностью опухоль, а пока идет темная кровь; наконец появляется опухоль, начинает ясно расти и все идет темная кровь; в течение нескольких недель идет наблюдение, определяется наконец опухоль рядом с маткой и все время идет темная кровь. Делают операцию, вынимают трубу с гематомой внутри (без гематоцеле или с ней) и истечение темной крови прекращается.

Если плод не умирает, беременность развивается все дальше и дальше, то боли все время не оставляют больную. Если дело дошло до движения плода, то движения его сопровождаются сильными болями, потому что плод находится при этом обыкновенно в брюшной полости. Нам приходилось наблюдать одну такую несчастную женщину: часто приходилось прибегать к инъекциям морфия. Больная истощалась, худела, не спала ночи и наконец не выдержала операции умерла вскоре после нее; ребенок получился живой.

Если ребенок мертв и получилось нагноение, то гной может положить себе ход в кишки, во влагалище, в мочевой пузырь, в матку или через брюшные стенки наружу. Через фистулезные ходы выходит гной и отдельные косточки плода.

Из осложнений со стороны других органов при внематочной беременности встречаются: расстройства мочеиспускания, ileus, тромбы, эмболии.

*Этиология.* Что оплодотворение яйца в норме происходит не в матке, это факт, не подлежащий сомнению. Принято даже положение, что беременность всякий раз начинается не в матке и оплодотворенное яйцо движется по трубе в матку. Оплодотворенное яйцо может не дойти до матки или вследствие условий, заключающихся в самом яйце,

мешающих движению яйца, или вследствие недостаточного действия тех сил, которые заставляют яйцо передвигаться, или же вследствие механических препятствий, заключающихся в самом пути, по которому идет яйцо.

Способность оплодотворенного яйца прикрепляться к слизистой оболочке, начинается в известной стадии развития яйца и через короткий промежуток времени оканчивается; стоит яйцу запоздать достигнуть полости матки, как оно или гибнет или прикрепляется к слизистой трубе.

Какие могут возникнуть условия в самом яйце, которые оказывают препятствие к движению яйца, нам неизвестны. Известно, что когда яйцо выходит из граафова пузырька, то к нему пристают клетки от *discus proligerus*. Kossmann предполагает, что когда к яйцу прилипнет слишком много клеток, то это оказывает отягчающее влияние на движение яйца и оно застревает в трубе.

Принимает ли участие в движении яйца мускулатура трубы, это большой вопрос. Если яйцо движется только в силу движения мерцательного эпителия, то достаточно какого-нибудь дефекта эпителия на слизистой оболочке трубы, чтобы яйцо перестало двигаться и застряло или достаточно, чтобы движение мерцательного эпителия переменяло свое направление, напр. стало в виде вихря, водоворота, чтобы яйцо застряло. Но это все теоретические рассуждения.

Более фактические данные для уяснения этиологии внематочной беременности имеет третье условие, мешающее доходить яйцу до матки, это препятствие, заключающееся в самом пути следования яйца

Во первых, обращали давно внимание на то, что если трубы очень длинны, то яйцо не может своевременно достигнуть до матки; а наступило уже время ему прикрепляться, оно и прикрепляется к слизистой оболочке трубы. Большая длина трубы бывает врожденным недостатком, бывает при опухолях, фибромах, лежащих интерлигаментозно.

Удлинение пути для оплодотворенного яйца встречается также при так называемой *migratio ovi externum*, т. е. когда яйцо, вышедшее из яичника, не попадает в трубу этой же стороны, а блуждает по тазовой брюшине до отверстия трубы другой стороны, в которую и попадает, или *migratio ovi internum*, когда яйцо проходит трубу той же стороны, проходит полость матки и попадает в трубу другой стороны; при таком блуждании яйцо также не оказывается в матке в тот краткий период своего развития, когда оно прикрепляется, и может прикрепиться не в матке. Есть случаи, прямо доказывающие, что внематочная беременность происходит вследствие того, что встречаются препятствия в самом пути, т. е. в трубах. Так напр. в случае Henrotin и Herzog внематочная беременность произошла в добавочной трубе (при уродливости трубы), отходящей от основной трубы в виде трубки, слепо оканчивающейся около матки. Из канала трубы иногда отходят маленькие ответвления в виде межмышечных ходов, выстланных эпителием трубы и слепо оканчивающихся. Werth описал один случай внематочной беременности, находящийся в связи с таким холмом.

При недостаточном развитии половых органов вообще трубы бывают, как известно, узки и очень извиты, так что видно, что их проводимость уменьшена. По наблюдениям Freund'a при этих условиях возникает внематочная беременность.

Но особый практический интерес в этиологии внематочной беременности представляют воспалительные изменения трубы вследствие громадной частоты воспаления труб. Еще Lawson Tait смотрел на ка-

таральные процессы в трубе, как на причину внематочной беременности. Статистические исследования Нескерга показали, что внематочная беременность происходит часто после пuerперальных заболеваний. Но особенно повинна в происхождении внематочной беременности, по современным взглядам, гоноррейная инфекция. Не даром наблюдения показывают, что внематочная беременность гораздо более частая болезнь среди городского населения, чем среди деревенского, среди которого гоноррея распространена гораздо в меньшей степени. Dührsen из экстирпированных им труб по случаю внематочной беременности нашел старые воспалительные изменения в 68,7%. Другие находили это еще чаще. Конечно, достаточно слущивания эпителия трубы вследствие воспалительного разрыхления слизистой оболочки, чтобы произошла здесь беременность. Мы знаем также о разрастании складок слизистой оболочки трубы при катарре, о том, что эти складки срастаются, между сросшимися складками образуются ходы, иногда слепо оканчивающиеся. В этих ходах также может застрять оплодотворенное яйцо, как это и наблюдал Opitz.

**Диагностика.** Распознавание внематочной беременности в первые месяцы ставится обыкновенно при таких условиях: произошла задержка регул, рядом с маткой прощупывается опухоль, женщина жалуется на боли, если есть нарушение целостности плодного яйца или плодного мешка, то к описанной картине присоединяются признаки внутреннего кровотечения (падение пульса, особая характерная бледность лица с синеватым оттенком на губах и пр.) и наружное кровоотделение. Но, боже, сколько ошибок происходит при таких данных как в ту, так и другую сторону и как нужно быть осторожным! Конечно, бывают случаи острейших явлений, при которых нужно ставить диагностику в несколько минут, чтобы действовать немедленно и решительно, она тогда обычно и становится потому, что резкие явления вообще лучше и поддаются распознаванию. Если, например больная лежит без сил, несколько часов перед этим была здорова, есть задержка регул, в поясничных областях брюшной полости при простукивании притупление, а если больную повернуть на бок, то притупление в одной верхней поясничной области исчезает (значит есть присутствие свободной жидкости в брюшной полости) если матка несколько увеличена и мягка, а рядом с ней опухоль (ясно определенной опухоли может и не быть, также может ничего не быть даже и в заднем Дугласовом пространстве), то ставится диагностика ригидности беременной трубы и внутреннего кровотечения, чтобы немедленно приступить к операции. И при этом даже бывают ошибки, правда очень редкие; так делали операцию, оказалось, больная находится только лишь в состоянии опьянения.

А если нет резких явлений, то как часто при всех данных, говорящих за внематочную беременность при присутствии опухоли рядом с маткой, оказывается при операции только увеличенная воспаленная труба (чаще pyosalpinx)! И наоборот не прощупывается опухоли рядом с маткой, больная только упорно жалуется на сильные боли в животе, через некоторое время выясняется, что у нее внематочная беременность. В одном случае у кормящей женщины, не носившей регул, начавшей жаловаться на сильные боли в животе, мы ничего не нашли и послали к хирургу с заметкой, что in genitalibus у больной ничего нет, при операции оказалась внематочная беременность. К сожалению подобным ошибкам не ведется статистики.

Самый верный постоянный спутник внематочной беременности от самого начала ее и до срока родов есть боли, но это лишь субъективный признак. Отсутствие менструаций может и не быть—когда

беременность ранняя и ко времени менструации как раз начинается кровоотделение, иногда запаздывание регул бывает столь незначительное—на 3—5 дней, что не замечается больной. А если у больной менструации отличаются неправильностью, иногда запаздывают, или больная кормит, или она недавно лишь родила, то по отсутствию менструаций нельзя судить о положении дела. Потемнение околососковых кружков, припухлость грудей и выделение из них жидкости могут только до известной степени указывать, чтобы диагностика склонялась в сторону беременности.

Величина опухоли рядом с маткой обычно соответствует сроку беременности, пока не произошло лопанья и кровоизлияния; около 2-х месяцев больше куриного яйца, на 3-м с апельсин и больше, опухоль мягкая, поперечно продолговатая, прощупывается биение сосудов. Когда произошло кровоизлияние и кровь скопилась в тазу, около трубы, то контуры опухоли не определены. При подозрении на внематочную беременность не нужно очень добиваться определения контуров и других свойств опухоли, можно вызвать инсульт и ухудшение общего состояния. Матка при этом ясно увеличена, видимо сильно полнокровна, мягковата. Если при таком состоянии матки опухоль почему нибудь не прощупывается, а есть кровотечение (кровоотделение, собственно говоря), то иногда думают, что дело идет об аборте и делают выскабливание. Если догадаться заподозрить внематочную беременность и подвергнуть выскобленные массы микроскопическому исследованию, то при внематочной беременности эти массы оказываются состоящими главным образом из типичной децидуальной ткани, если же здесь аборт, то кроме децидуальной ткани под микроскопом будут видны ворсы. Если нет совсем беременности, то децидуальных клеток, конечно, не будет, микроскоп показывает обыкновенную слизистую оболочку матки. На этом основании некоторые советуют пользоваться выскабливанием как диагностическим средством (Ott, Gartsen). В случаях, где протекает медленно тубарный аборт, где явления не бурны, наоборот затушеваны, где наблюдение показывает, что нет свежих кровоизлияний, мы рисковали в 6 случаях делать выскабливание для выяснений диагностики при обстановке готовой к немедленной ляпоротомии в случае надобности. Во всех случаях никаких изменений ни местных, ни общих после выскабливания не получилось, как будто выскабливания и не было. В пяти из этих случаев микроскопическое исследование прекрасно выясняло диагностику. Но мы всетаки не можем советовать делать выскабливание и сами будем до крайности воздерживаться, потому что на седьмой раз мы можем получить при выскабливании внутреннее кровотечение, что вызовет необходимость перейти тотчас-же к ляпоротомии, как это случилось с Hofmeyer'ом. Нужно помнить, что микроскопическое исследование не всегда дает категорический ответ: отсутствие децидуальной ткани вовсе не говорит еще, что внематочной беременности нет, так как отпадающая оболочка сама могла незаметно выйти до выскабливания, или же беременность столь ранняя, что отпадающая оболочка еще не успела образоваться.

В случае свежей руптуры трубы и ясно обозначившегося кровоизлияния в брюшную полость, думаем, никто не приступит к выскабливанию, да оно и не нужно, диагностика и так ясна.

Но в помощь для постановки диагностики отпадающая оболочка сама выходит не так уж редко: по статистике V. Schenck'a на 150 случаев отпадающая оболочка отходила в 108 случаях, по V. Winkel'ю из 12 случаев в 8-ми и по Hennig из 31 случаев в 23-х. От оболочки,

выходящей при *endometritis membranacea* отпадающая оболочка отличается во первых своей толщиной, во-вторых тем, что она состоит из децидуальных клеток, наконец тем, что при *endometritis membranacea* отхождение оболочки совершается периодически при регулах, а при внематочной беременности один раз.

Наematocеле при исследовании представляется опухолью, верхняя граница которой часто прощупывается под симфизом на различной высоте, доходящей иногда чуть не до пупка, а нижняя граница опухоли прощупывается в заднем своде влагалища. Опухоль плотновата сверху. Происхождение опухоли быстрое, раньше опухоли не было. Опухоль болезненная как при дотрогивании, так и сама по себе. Появление опухоли сопровождалось явлениями внутреннего кровотечения и ужасными болями. Опухоль растет быстро, скачками в зависимости от повторений внутреннего кровотечения, иногда при исследовании сегодня опухоли нет, при исследовании на следующий день опухоль есть, еще через день опухоль увеличилась вдвое. Консистенция опухоли лучше прощупывается через задний свод. Палец, введенный во влагалище, прежде всего прощупывает матку, притиснутую к лону, так как гематоцеле образуется обыкновенно в заднем Дугласовом пространстве. Задний свод занимает большое пространство, растянут, уплощен или даже выпячен во влагалище, так что перестал быть сводом, а стал поперечно идущей опухолью; если гематоцеле свежая, то палец прощупывает в одних местах, что содержимое опухоли жидкое, в других местах—плотноватые массы, словом, палец прямо получает ощущение кровоизлияния, состоящего из жидкой крови и сгустков. С течением времени жидкости ощущается меньше, плотных комков больше. Пункция через задний свод и всасывание в шприц содержимого опухоли, если это нужно делать, сейчас же покажет, что содержимое опухоли кровь.

Небольшие гематоцеле иногда занимают боковое положение, помещаясь где-нибудь в углублении около *infundibulum tubae*.

Распознавание внематочной беременности, зашедшей за три, за четыре месяца уже не трудно: опухоль рядом с маткой прощупывается ясно и определенно и все признаки беременности хорошо выражены. Здесь опасность ошибки скорее состоит в том, что можно признать внематочную беременность, когда беременность нормальная, маточная. Бывают коварные случаи латерофлексии матки, шейка остается несмещенной совсем и надвлагалищная часть шейки может симулировать тело матки, а тело матки, отклоненное в сторону чуть не под прямым углом, может симулировать беременную трубу. На одном из таких случаев мы потерпели конфуз, по счастью, с благополучным исходом, т. е. другой врач определил нормальную беременность и больная родила в срок. Но и нам не раз приходилось исправлять подобные же ошибки товарищей по специальности. Очевидно положение тела матки временами бывает неправильно, а временами исправляется. Чтобы избегать подобных ошибок нужно не сразу ставить диагностику, а оставить больную по наблюдению, особенно уложивши в постель.

Хорошо выясняется дело, если захватить шейку матки пулевыми щипцами, низвести пониже и ощупывать через влагалище; положение тела матки более или менее исправляется и палец через влагалище может ясно прощупать обычный непосредственный переход шейки в тело. Кроме того надвлагалищная часть шейки никогда не будет так широка и толста, как тело матки при внематочной беременности.



При ретрофлексии беременной матки особенно при ущемлении ее в тазу могут развиваться явления, до некоторой степени напоминающие внематочную беременность, а тело матки, прощупываемое через свод, может быть принято за Haematocoele.

Приведение женщины в положение à la vache и выправление матки скоро и просто выясняет, в чем дело.

Если при внематочной беременности в последние месяцы беременности ребенок жив, то обстоятельства дела так ясны, что распознавание ставится лишь при ощупывании частей плода снаружи и отдельно матки при двойном внутреннем исследовании. Если плод мертв, то его части хорошо ощупываются при исследовании снаружи, если же образовался lithopedion, то части плода не прощупываются. Но не будем говорить о том, в чем мы не имеем никакого опыта.

*Терапия.* Если мы имеем больную с внематочной беременностью от 1 до 3-х месяцев, плодный мешок еще не лопнул, плод еще жив и беременность прогрессирует, то нужно предложить больной операцию, так как мешок может каждую минуту лопнуть и тогда придется оперировать при худших условиях. Врач обязан склонять больную на операцию, потому что вообще шансы на ее спасение при операции повышаются при этих условиях в несколько раз в сравнении с выжидательной тактикой. Если мы имеем больную, у которой труба уже лопнула, есть признаки свободного кровоизлияния в брюшную полость, есть признаки внутреннего кровотечения и острого малокровия, то нужно немедленно оперировать. Если больная в коляпсе, пульс еле ощутим, есть опасение, вынесет ли она операцию, то все-же нужно немедленно приступать к операции. При легком хлороформном или лучше эфирном наркозе пульс становится лучше, иногда удивительно выправляется: очевидно в происхождении коляпса и падения пульса играет часто роль помимо внутреннего кровотечения еще shock, зависящий от раздражения брюшины излившейся кровью, под влиянием narcotica—хлороформа, морфия и пр. явления шока улучшаются и пульс всегда становится лучше. В большинстве случаев больные выносят недалекий транспорт, но если больная in extremis, то лучше оперировать там, где она лежит.

Операция состоит в перевязке mesosalpinx, в особенности перевязке сосудистых пучков, пробегающих mesosalpinx и отнятии большой трубы. Если плодный мешок находится близко к матке, или переходит немного в стенку матки, то заинтересованное место матки лучше клинышком вырезать, при этом обыкновенно сильно начинают кровоточить сосуды, бьет артерия; следует перевязать сосуды, если возможно и тщательно зашить рану матки. Яичник нужно оставлять на месте, если он здоров. Излившуюся кровь лучше удалить из брюшной полости, потому что кровь в брюшной полости представляет из себя питательный материал для размножения микроорганизмов. Некоторые советуют оставлять кровь, большинство же за удаление. Лишь только в том случае, если больная находится in extremis, лучше не удалять крови, а скорее закрыть брюшную полость; с удалением крови, когда ее громадное количество, удаляется из организма много тепла и состояние больной настолько резко ухудшается, что не помогают ни вливания физиологического раствора, ни analeptica, ни autotransfusio, ни согревание.

При интерстициальной беременности бывают ужасающие кровотечения. Если больная плоха, если нужна быстрота операции, то можно, удаливши все что можно из плодместилища, быстро обколоть плодместилище, представляющее из себя зияющую глубокую узуру в

стенке матки. Но такое поведение может быть вызвано крайней необходимостью быстро кончать операцию, так как края раны неровны, менее способны к заживлению, более восприимчивы к инфекции. Лучше вырезать плодовместилище из матки. Некоторые делали при *raviditas interstitialis* надвлагалищную ампутацию матки вероятно потому, что обколоть плодовместилище или вырезать его представлялось труднее, сложнее.

Гораздо труднее решить вопрос об операции, когда имеют дело с трубным абортom: с *haematocoele* или с *haematosalpinx*, потому что некоторые подобные случаи хорошо проводятся и консервативно. Если явления не очень бурны, если *haematocoele* или *haematosalpinx* не увеличивается, то можно пожалуй оставить больную под наблюдением в лечебном учреждении, предписать ей строгое постельное содержание и абсолютный физический покой. Подобные случаи представляют материал для самой широкой индивидуализации. Больной нужно лежать очень долго, месяц, два, и когда будет уже ясно, что все стихло, ничто не угрожает, гематоцеле оплотнела, гематосальпинкс ссохся, то больной можно разрешить вставать, чтобы впоследствии еще через месяц или два приняться за рассасывающее лечение.

Если же гематоцеле увеличивается, есть признаки новых инсультов, есть следовательно, опасность новых кровотечений и безграничного увеличения гематоцеле, есть опасность разрыва покрова гематоцеле и свободного кровоизлияния в брюшную полость через гематоцеле, то нужно оперировать. Долго колебаться нехорошо, так как чем позднее приступить к операции, тем хуже: и сращения больше и скопление крови менее асептично. В общем можно так сказать: если опухоль растущая, то она подлежит операции, если опухоль не растет, а пожалуй имеет склонность уменьшаться, то можно лечить консервативно.

Конечно, если есть малейшее основание думать о разложении крови, о нагноении, то нужно оперировать и лучше уже через влагалище.

Если у больной раньше были сальпингиты и если возбуждался вопрос об операции еще раньше, до возникновения внематочной беременности, то показания к операции увеличиваются, чтобы сразу удалить внематочную беременность, удалить трубы уничтожить сращения, словом, навести в полости таза порядок.

Вскрыть полость гематоцеле и удалить трубу можно как через разрез брюшных стенок, так и через разрез стенки влагалища. Первый способ, т. е. ляпоротомия предпочитается, так как при нем больше простора. Если при ляпоротомии приходится иметь дело с большими сращениями, если нет уверенности в полной остановке кровотечения и вообще вид поля операции не представляется асептическим, то лучше дренировать полость гематомы марлевыми полосами и вывести их через нижний угол раны; еще лучше сделать пошире отверстие в заднем своде влагалища и провести концы полос во влагалище. Если *haematocoele* или *haematosalpinx* не большие, или если опасно делать ляпоротомию при проникновении инфекции в полость гематомы, то делают операцию через влагалище. Делают чаще всего поперечный разрез заднего свода влагалища, заботятся об остановке кровотечения из влагалищных стенок; наиболее точные операторы сшивают рядом швов края вскрытой брюшины с краями влагалищной раны. Входят затем пальцем в полость гематомы и удаляют из нее содержимое. Удаляют гематому из трубы через разрез стенки трубы или если, возможно и нужно, удаляют и трубу.

Затем дренируют полость гематомы или марлей, или вставляют мягкий гуттаперчевый дренаж. Последующее лечение довольно продолжительное, состоит в смене дренажа и в очищении перекисью водорода полости.

Если внематочная беременность достигла второй половины, то возникает вопрос, дожидаться ли того времени, когда ребенок будет жизнеспособным и тогда оперировать. Без оперативной помощи такие случаи оставлять нельзя. Конечно, хорошо и при внематочной беременности получить живого ребенка, но нужно считаться с тем, во что это обойдется матери.

Если организм матери хорошо справляется с своим положением, то отчего не подождать, пока ребенок не будет более жизнеспособным. В наблюдаемом нами случае мать была истинной мученицей: к сроку VIII месяцев она была уже настолько истощена, что операции не выдержала.

Начиная с 4-х месяцев беременности во время операции возникают большие затруднения и опасности в удалении плаценты и плодного мешка. Если ребенок живой или недавно умер, то прямое отделение плаценты почти невозможно вследствие кровотечения: венозные пазухи на месте прикрепления детского места зияют и неукротимо кровоточат. Поэтому иногда ограничиваются тем, что извлекают лишь ребенка, а отверстие плодного мешка пришивают к краям раны, тампонируют и оставляют таким образом и детское место *in situ*. В дальнейшем идет, конечно, процесс нагноения в мешке; отхождение плаценты происходит впоследствии и иногда сопровождается сильным кровотечением, кроме того полость мешка может представить из себя гнилостный очаг, ведущий к сепсису. Так что в настоящее время предпочитается удаление сразу и плода, и мешка, и детского места. По статистике Sottner'a процент смертности операций, соединенных с удалением плаценты—12,5% и с оставлением плаценты—42,8%.

Во время операции, чтобы справиться с кровотечением при выделении мешка и плаценты, нужно предварительно отыскать и перевязать сосуды, идущие к мешку. Если труба представляет из себя мешок, то нужно предварительно перевязать *art. spermaticam internam (plexus)* и анастомоз *utero-ovarialis* (анастомоз *art. uterinae*, идущий по краю матки вверх к углу, где отходит труба). Если мешок лежит субсерозно, то все таки можно дойти до идущих к нему сосудов и перевязать их. При выделении мешка, помещающегося интерлигаментарно, приходится иметь дело с вагинальными и везикальными веточками, *art. haemorrhoidalis sup. et media*, даже с ветвями *art. mesentericae inf. et ileocolicae*. Так что можно избежать прямого отделения плаценты, что лучше всего, а выделить весь мешок с плацентой. Если уже нельзя обойтись без отделения плаценты, то это нужно делать постепенно, шаг за шагом, перевязывая или зажимая подходящие к соответствующей части мешка сосуды; венозное кровотечение на месте, где плацента уже отделена, нужно останавливать временной тампонадой; приходится также прижимать кровоточащие места просто рукой. Иногда приходится часть мешка с частью плаценты оставлять на месте и пришивать к брюшной ране или выводить в вагину. Некоторые делали при начавшемся уже самопроизвольном отделении плаценты быстрое полное ее отделение и быстрое обкалывание того места, где она сидела вместе с перевязкой сосудов, идущих к этому месту мешка, если это возможно сделать. Хорошо помогает при всем этом прижатие аорты пальцем.

## Пузырный занос.

### *Mola hydatidosa.*

Заносом—*mola*—называлась в прежнее время всякая масса, выходящая из беременной матки вместо плода и его оболочек. О кровяном и мясистом заносе мы говорили. Они бывают при выкидышах и представляют из себя куски, состоящие из смеси старых кровяных сгустков и оболочек.

При пузырьном заносе яйцевые оболочки оказываются проросшими пузырьками; мало того, пузырьки разрастаются в об'емистую массу; получается как бы конволют ягод, величина пузырьков с горошину и больше и меньше: от прesiaного зерна до ягоды винограда; пузырьки полупрозрачны, содержат водянистую, несколько клейкую, жидкость.

При рассматривании некоторых препаратов яйца, измененного пузырьным заносом, можно определить отдельно отпадающую оболочку, отдельно амнион; отпадающая оболочка при этом может быть пронизана местами пузырьками, проникшими в ее толщу; это при ранних стадиях беременности; в той-же стадии беременности, когда образовалось детское место, на некоторых препаратах можно видеть, что часть детского места перерождена пузырьками, а часть его ткани сохранилась, это, конечно,—в тех случаях, когда не все детское место изменилось. При рассматривании таких препаратов, в которых еще можно различать оболочки, становится ясно, что при пузырьном заносе измененной является ворсистая оболочка; многочисленные исследования показали, что пузырьки ничто иное, как измененные, перерожденные увеличенные ворсы. Virchoff показал, что строма ворсинок есть ничто иное, как продолжение слизистой соединительной ткани пуповины (Вартоновой студени); на пузырьный занос он смотрел, как на неоплазматическое разрастание этой слизистой соединительной ткани. Но позднейшие исследования показали, что этого мало, что здесь дело идет и о пролиферации эпителия ворс, т. е. синтициального и Лангансовского слоев. В маленьких пузырьках строма состоит, действительно, из слизистой соединительной ткани с разбросанными веретенообразными и звездообразными клетками; в больших пузырьках такая ткань собирается по периферии; в центральной полости—жидкость; сосудов здесь нет, остатки запустевших сосудов можно видеть лишь в ножках, на которых прикреплены пузырьки. Стенка пузырька состоит, как сказано, из эпителиальной ткани. Внутренний Лангансовский слой разросся, его клетки местами пронизывают, прорастают наружный синтициальный слой насквозь и являются иногда в межсосочковом пространстве; клетки носят следы перерождения: протоплазма очень светлая с вакуолями, клетки очень велики. Синтиций также сильно разросся, его протоплазматическая масса толста, обильна; иногда синтиций между соседними пузырьками срастается, получается склеивание пузырьков; если такие склеивания находятся между большим количеством пузырьков, то получается впечатление гирлянд. Синтиций также носит отпечаток перерождения; в нем замечаются вакуоли. В общем здесь дело идет, следовательно, о пролиферации эпителия. Разрастающийся эпителий обнаруживает разрушительные наклонности: он прорастает соседние ткани, нарушая их целостность; первой достается децидуальной оболочке, которая во многих препаратах является совершенно

разрушенной; затем эпителий внедряется и в мышечную часть стенки матки; через несколько недель после выхождения заноса находили пузырьки среди маточной мускулатуры; если пузырьков много среди мышц матки, то это ведет к узуре стенки матки, могущей повести к руптуре матки при выскабливании или даже при пальцевом удалении заноса, а также может обусловить тяжелое кровотечение при самопроизвольном рождении заноса. Пузырьки или по крайней мере их эпителиальные элементы могут врасти в вены и оказаться в их просвете; а это ведет к метастазам; находили метастазы только почему-то в вагине (Pick, Poter и Wassmer).

Нужно заметить, что отрывки синцитиальных протоплазматических масс и при нормальных условиях находят разбросанными в разных местах тела, в стенке матки, в параметрии (мы находили), в венах и даже в таких отдаленных местах, как легкия. Но при пузырьном заносе, говорят, их больше.

При исследовании многочисленных препаратов послеродовых маток и окружающих матку частей мы часто видели синцитиальные массы, мы находили также много старых тромбов в венах, мы думаем, что склонность к образованию тромбов после родов может быть объяснена проникновением в вены синцития.

Встречаются злокачественные новообразования под названием Deciduoma, Syncytioma malignum, состоящие из элементов, по виду однородных с эпителием ворсинок. По данным, собранным Eiermann'ом и Herbert Spencer'ом, появлению этих злокачественных опухолей предшествовал пузырьный занос в 50% случаев. La Torre указывает, что пузырьный занос имеет своим последствием злокачественное перерождение в 64% случаев.

С другой стороны по Kehrer'у из 50 случаев пузырьного заноса ни в одном не последовало Syncytioma malignum, или, как еще называют его, Chorioepithelioma malignum. В повседневной обильной практике врачей крупных медицинских центров Syncytioma malignum встречается как большая редкость, между тем пузырьный занос встречается не так уже редко (по Engel'ю 5 случаев на 4.000). Так что утверждение La Torre и Solovij, что в каждом случае пузырьного заноса нужно предпринимать радикальную операцию, экстирпацию матки, является, по видимому, преувеличением. Однако больных после пузырьного заноса нужно держать все-же под подозрением, под строгим наблюдением, памятуя, что элементы пузырьного заноса могут содержать в себе зачатки злокачественной опухоли, да и характер их роста в самом яйце напоминает рост злокачественных элементов.

Относительно этиологии и пузырьного заноса существуют только теории. Наиболее современные из них две: яйцевая, так сказать, теория и децидуальная. Первая объясняет происхождение заноса тем, что в самом яйце заключаются недостатки, ведущие к неправильному росту ворсинок. Вторая теория основывается на том, что в децидуальной оболочке при пузырьном заносе наблюдаются воспалительные явления—мелкоклеточная инфильтрация, что может получиться из предшествовавшего endometritis chronica; оболочка-же, пораженная воспалением, не может противостоять разрастанию ворс.

В последнее время стали замечать совпадение случаев mola hydatidosa с развитием кистозных опухолей в яичниках (Nordentoff, Iacob).

Замечено, что пузырьный занос чаще встречается не в молодом возрасте, между 40 и 53 годами.

**Симптомы.** Самый постоянный симптом—кровотечение. Начинается он в периоде беременности от второго до седьмого месяцев,

бывает с промежутками иногда настолько длинными, что больная может счесть их за межменструальные. Кроме крови может выделиться еще серозная или кровянисто-серозная жидкость, иногда с запахом. Кровотечение может настолько усилиться, что доводит больную до состояния анемии, опасной для жизни. Только в крайне редких случаях кровотечение может отсутствовать до изгнания *mola*.

Другое явление не менее постоянное состоит в том, что величина матки больше, чем ей нужно было бы быть по сроку беременности, например, беременность по счету 3-х месяцев, а величина матки соответствует 6 месяцам. Это получается вследствие того, что яйцо с гипертрофированными и нетипично разросшимися ворсами имеет большой объем. Одновременно с этим отмечаются иногда боли в животе и чувствительность матки, зависящие от ненормального ее растяжения. Но и из этого правила бывают исключения: разрашение ворс может приостановиться и матка может оказаться не только не увеличенной против срока беременности, а даже уменьшенной.

Изгнание яйца совершается чаще всего между 4 и 5 месяцами беременности (по Dorland и Gerson) или между 3 и 6 месяцами (по Hirtzmann'у). Нередко при пузырном заносе наблюдается Nephritis.

*Диагностика.* Кровотечения во время беременности от 2-х до 6-ти месяцев, не сопровождающиеся схватками, и необыкновенное увеличение матки, несоответствующее времени беременности, должны возбуждать подозрение о пузырном заносе. Если кроме того замечено выхождение отдельных пузырьков вместе с кровью, то диагностика устанавливается наверное. При упорном кровотечении, настойчиво ставящем решение проблемы, как вывести больную из опасного положения, прибегают к расширению матки с целью ее опорожнения, при этом определяется и диагностика: палец, проведенный через искусственно раскрытую шейку может прямо прощупать пузырьки заноса.

*Прогностика* для плода безусловно плоха. В большинстве случаев раннего образования пузырного заноса плода уже не бывает, в пузыре амниона находится одна только жидкость, иногда лишь с остатками пуповины. Бывают случаи, как исключительная редкость, рождения живого плода; это—в тех случаях, где занос начался в позднем периоде беременности и поразил небольшую часть детского места.

Для матери прогноз всегда сомнителен: может возникнуть неукротимое кровотечение, именно, при узуре в мышечной части стенки матки. При выхождении заноса частями, оставшаяся часть может подвергнуться разложению и вызвать септицемию. Бывали случаи прорыва стенки матки в брюшную полость и внутреннего кровотечения.

По Hirtzmann'у пузырный занос дал 13% смертности, по Dorland и Gerson—18%, по Willeamson 20—30%.

По Kehrer'у в трети случаев были пуерперальные заболевания, державшие больных в постели более 15 дней.

*Лечение.* Если установлено, что у больной пузырный занос, то необходимо приступить к скорейшей ликвидации его без остатков. При закрытой шейке требуется предварительное ее расширение. Удаление заноса производится лучше всего пальцами одним или двумя и осторожно, так как могут быть узур в стенке матки и истончение ее. При пользовании кюреткой нужно удвоить осторожность. Здесь стягивание яйца посредством широкого корнцанга или узкого языкодержателя может быть особенно уместно.

После удаления *mola* нужно держать больную под наблюдением долгое время на предмет появления *chorioepithelioma malignum*; если это случится, то покажется экстирпация матки.

## Endometritis decidualis.

Отпадающая оболочка есть продукт специального разрастания меж-железистой ткани, т. е. стромы слизистой оболочки матки.

Известно, что в начале третьего месяца отпадающая оболочка достигает своей наибольшей толщины 7—8 миллиметров; затем в позднейших стадиях беременности отпадающая начинает сильно уменьшаться в толщине. Но иногда после 3-х месяцев отпадающая является толстой 6—8 миллиметров толщины; утолщение ее неравномерно: толстые части заменяются истонченными; местами замечаются складки и цвет бывает ненормальный беловатый. Иногда такая гиперплазия замечается и в конце беременности; тогда отпадающая толстыми лоскутами может отходить вместе с оболочками. При микроскопическом исследовании в такой оболочке наблюдается: мелкоклеточная инфильтрация, некротическая масса и кровоизлияния.

Иногда-же замечается атрофия отпадающей. С. Ruge называет такое явление *cirrhosis deciduae*, так как при этом наблюдается, что децидальные клетки раздвинуты разросшеюся между ними стромой. Атрофические изменения в *decidua serotina*, т. е. той части отпадающей, к которой прикреплено детское место, играют роль при приращении детского места.

Из воспалений отпадающей оболочки наблюдали: воспаление при холере (Славянский), гонорройное воспаление, туберкулезное (находили бугорки в отпадающей), септическое и сапрофитное воспаление.

## Hydorrhoea uteri gravidi.

Бывают иногда, довольно, впрочем редко, водянистые истечения из матки во время беременности. Происхождение этих истечений двоякое: в одних случаях источником истечений является отпадающая оболочка, в других водная оболочка или, лучше сказать амниотический мешок. Патолого-анатомическая основа этого явления не разработана, так как это состояние не опасное для жизни больных и их органы не попадают на секционный стол. Лишь Duclos удалось подвергнуть вскрытию одну беременную, страдающую истечением и покончившую с собой (не из за истечения, нужно думать); между оболочками и стенкой матки найдены были в этом случае два места собрания жидкости светлой лимонно-желтого цвета; целость оболочек везде была сохранена, на местах-же собрания жидкости оболочки были, конечно, отделены от стенки матки. По исследованиям Hegar'a и Schroeder'a причина истечений этого рода заключается в *endometritis decidualis*.

Количество жидкости бывает различно от 50—100—500 грамм в сутки. Истечение может прекратиться, а потом опять начаться. Истечение происходит обычно без всяких сопутствующих болезненных явлений. Это явление наблюдается во все сроки беременности, но чаще в последние месяцы.

Амниотическая гидроррея обязана своим происхождением нарушению целости оболочек где-нибудь не над внутренним зевом, а выше его; такие побочные отверстия иногда находили в оболочках, по выходе послета. Постепенное выхождение вод обыкновенно не влияет на развитие плода. Надрывы оболочек могут срастись и истечение прекратиться. Разрываются как водная, так, конечно, и кожистая (она ведь наружная). Разрыв может настолько увеличиться, что плод может выйти из амниотического мешка и, следовательно, из пости оболочек и по-

меститься, так сказать, в полости отпадающей оболочки (эксамниотическое, эксхориальное или экстрамембранозное развитие плода). Нам приходилось наблюдать истечение в последние месяцы беременности, во всех случаях наступали преждевременные роды. Но, говорят, бывают нередко и срочные роды.

**Диагностика.** Когда беременная жалуется на истечения, то нужно еще разобраться, откуда эти истечения: из матки-ли; не моча-ли выходит по немногу, что с беременными бывает. Но моча имеет свой запах, а жидкость—свой, напоминающий запах последа или спермы. Затем можно определять, амниотическое истечение или из отпадающей; в амниотическом есть примесь первородной смазки (*vernix caseosa*).

Лечения—никакого. Если есть опасение преждевременных родов, то недурно уложить больную в постель.

## Заболевания плаценты.

### Плацентарные кисты.

На поверхности плаценты, обращенной к плоду встречаются иногда кисты величиной от горошины, вишни до апельсина. Кисты покрыты водной оболочкой, которая с них легко снимается и сидят на кожистой, т. е. принадлежат этой оболочке. Стенки их тонки. Содержимое водянисто-жидкое, светлое, если есть примесь крови, то темное. Особое напряжение стенок не наблюдается, особенно в кистах, которые побольше, жидкость очевидно их не переполняет. Цвет белесоватый, водянистый, маленькие кисты бывают желтоватого цвета, в случае примеси крови цвет содержимого бывает темнокрасный, кисты сидят на довольно прочных основаниях.

Дно их или гладко, или неровно, плотно, часто представляет из себя ничто иное, как инфаркт (плаценты), устлано клетками, которые исследователи принимают за клетки Лангансовского слоя. Поэтому одни думают, что кисты есть следствие отека, получившегося от застоя лимфы, обусловленного инфарктом. Другие думают, что кисты есть результат перерождения и разжижения клеток Лангансовского слоя. Клинического значения кисты не имеют.

### Известковые отложения плаценты.

Плацента на своей материнской стороне часто бывает усеяна беловато-желтоватыми островками, на ощупь твердыми. Это известковые отложения, состоящие из углекислой, фосфорно-кислой извести и из фосфорно-кислой магнезии. Отложения ограничиваются большею частью межсосочковыми пространствами, они находятся в ткани и характеризуют собой безусловно регрессивный частичный метаморфоз ткани, они пронизывают адвентиции сосудов, но интимы не затрагивают и просвет сосудов не суживают. Поэтому никакого влияния на развитие ребенка они не оказывают. К сифилису отношения не имеют, но при сифилитическом изменении плаценты бывают.

### Отек плаценты.

Бывают плаценты, пропитанные серозною жидкостью; цвет их бледный розоватый; консистенция размягченная, ткань легко рвется; при разрезе течет жидкость. Встречаются такие плаценты при *perphitis* беременных, также при многоводии. Такие плаценты весьма склонны к частичному задержанию в матке после родов вследствие легкой



разрываемости их ткани. Такое состояние плаценты ведет нередко к преждевременным родам.

#### **Белый инфаркт плаценты.**

Инфаркты плаценты имеют разнообразный вид и консистенцию сообразно тому, в какой стадии своего существования они находятся. В начале образования в инфаркте замечаются продукты коагуляционного некроза: остатки ворс и интревиллезной ткани. В более старых инфарктах содержится фибрин и островки гиалинового перерождения ткани; иногда в инфаркте отлагается известь.

Инфаркты образуются во первых при *endometritis deciduae*. Затем они могут происходить при *endoarteriitis* и *periarteriitis* плацентарных сосудов, образующихся при *lues'e* (сосуды при этом суживаются и подвергаются облитерации).

Затем инфаркты образуются у беременных, страдающих альбуминурией, им предшествуют в этих случаях кровоизлияния в плацентарной ткани, но об этом мы поговорим особо.

Затем бывают инфаркты на внутренней поверхности кожистой оболочки в виде бляшек, тяжей и узелков.

Валикообразные возвышения вокруг плаценты на месте перехода *deciduae reflexae* и *serotinae*, часто замечаемая при рассмотрении детского места, считают также инфарктором. Клиническое значение инфаркты приобретают тогда, когда они очень велики напр. занимают четверть всей плаценты; тогда получается уменьшение притока питательного материала и кислорода к ребенку и ребенок является на свет плохо развитым.

#### **Альбуминурическая плацента.**

Плацента альбуминуричек пронизана геморрагическими инфарктами различных периодов своего существования, различных величин и различного числа.

Если положить на стол плаценту альбуминурички материнскою поверхностью кверху, то иногда ее вид кажется нормальным, но при ощупывании замечается внутри затверделые островки. Но нередко и по внешнему виду плацента представляет более или менее серьезные изменения: на поверхности ее видны беловатые островки, это очажки старых кровоизлияний, видны также темные островки, это очаги более свежих кровоизлияний; вся плацента представляется атрофической. На разрезе видны кровяные очаги величиной от кедрового до грецкого ореха; форма их большею частью пирамидальная, основание пирамиды обращено к материнской поверхности, углы и края пирамиды закруглены, иногда очаги имеют на разрезе правильный округленный вид; цвет и консистенция этих инфарктов зависит от того, насколько они свежи или стары, у свежих цвет темный, иногда насыщенно темный. они напоминают трюфли, консистенция не очень плотна; более старые шоколадного цвета, самые старые имеют обычный вид белого инфаркта, консистенция плотная. Образование инфарктов не может быть без патологических изменений в сосудах, в сосудах плаценты альбуминуричек действительно наблюдаются те же изменения, как и в сосудах ретины, легких, мозга альбуминуричек.

Альбуминурия беременной ко времени родов может пройти, белок может исчезнуть, а изменения плаценты, вызванная альбуминурией, будут налицо. Проходящая альбуминурия может остаться не замеченной.

Во всяком случае кровоизлияния в ткани плаценты характерны для альбуминурии, они объясняют, почему во время альбуминурии развитие ребенка страдает и происходят часто преждевременные роды; они делают также косвенное подтверждение тому взгляду, что преждевременное отделение нормально прикрепленной плаценты, сопровождаемое кровоизлиянием между стенкой матки и плацентой, зависит часто от альбуминурии.

#### Сифилитическая плацента.

Прежде чем говорить о сифилитическом изменении плаценты, нужно сказать, что во многих случаях сифилиса матери и ребенка особых изменений в плацентах не замечается, значит, специфические изменения плаценты если и имеются, то не постоянно.

Самое характерное в плаценте при Iues'e родителей, это увеличение объема и веса плаценты. Нормальное отношение веса плаценты к весу ребенка = 1:5,5 Мгаçek нашел при сифилисе это отношение = 1:3, т. е. плацента почти вдвое тяжелее, чем в норме. Lepage находит, что плацента сифилитическая бывает даже вчетверо тяжелее против нормы. Консистенция сифилитической плаценты бывает плотнее: на разрезе однородный вид, различение долек не ясно.

Если выделить дольку детского места и потрясти посильнее в слабом растворе соляной кислоты, то выделится рисунок ворс, при чем ворсы люетической плаценты толще, грубее, не так гибки, имеют более неправильную форму; если такую дольку положить между предметными стеклами и рассматривать под микроскопом при слабом увеличении, то оказывается, что концы ворс колбообразно утолщены.

При микроскопическом исследовании весьма характерным являются пролиферация грануляционных элементов в стромах ворс. Эта пролиферация идет, заметно, от сосудов, в маленьких сосудах замечается размножение ядер эндотелия, в больших сосудах замечается разращение их стенок, суживающее их просвет и могущее даже закрыть его. Явления эндоартериита и периаартериита не редкость.

Кроме того замечаются неправильные разрастания синтиция и вросание его в сторону ворсы подобно тому, как это бывает при *mola hydatidosa*. Так что в общем получается гипертрофия ворс и наряду с этим замечается атрофическое или стесненное состояние интервиллезного пространства (межворсистаго).

Все эти явления, открываемые микроскопом, т. е. увеличение ворс вследствие разрастания в их стромах грануляционных клеток, стесненное состояние межворсистаго пространства, воспалительные явления в *intima* и *media* сосудов, неправильные разрастания синтиция, — очень характерны для сифилиса. Но нужно заметить, что этих изменений может и не быть при заведомом сифилисе матери или ребенка. Эти изменения нарушают функции плаценты в смысле доставления питания и кислорода ребенку и вместе с токсинами сифилиса влияют плохо на развитие.

## ВЫКИДЫШ.

Роды, наступающие раньше срока, между 28-й и 39-й неделями беременности, называются преждевременными (*partus praematurus*) и ребенок рождается тогда хотя недоношенный, но жизнеспособный. Роды, наступающие раньше 28-й недели (т. е. раньше VII лун. месяцев), называются выкидышем (*abortus*); плод месяцев 5—6 может родиться и

живым, но скоро умирает; к самостоятельной жизни он еще не способен. В настоящее время французская школа понизила границу между преждевременными родами и выкидышем и считает ребенка VI лунных месяцев жизнеспособным, так как и такие дети могут остаться живыми, благодаря усовершенствованию ухода за недоношенными детьми, столь хорошо разработанного Tarnier и Budin'ом. Французская школа вообще считает ребенка, имеющего вес меньше 1.000 гр., нежизнеспособным, а больше 1.000 гр. жизнеспособным.

Частоту выкидышей определить трудно; замечается, что частота выкидыша с годами растет. Статистика учреждений не может характеризовать частоту выкидыша среди населения. Но сравнительная статистика учреждений разных десятилетий или разных эпох дает убедительные цифры увеличивающейся частоты выкидыша. В Московском Родовспомогательном заведении, так же, как и в других акушерских учреждениях, увеличение числа выкидышей было заметно даже без всякой статистики: лет 25 тому назад случаи выкидыша были не каждый день, в настоящее время их, по 5—6. Такое увеличение числа случаев с выкидышами зависит по всеобщему мнению, главным образом, от искусственного их вызывания.

*Причины* выкидыша, не вызванного искусственно, могут заключаться или в организме матери, или в организме отца (а также обоих родителей) или в самом яйце.

Острые инфекционные болезни, как уже было сказано, у беременных, ведут нередко к выкидышу. Играет роль в данном случае и повышение  $t^{\circ}$ , как показывают опыты над животными, так и действие токсинов на организм плода; некоторые же микроорганизмы, напр. тифа, оспы, переходят сами через плаценту в кровь плода. По статистике Schütz'a, холера в 54% случаев вызывает выкидыши или преждевременные роды, при чем играют роль недостаток кислорода в крови матери, сильная интоксикация, а также и общие судороги, вызывающие сокращение мышц матки.

Из хронических болезней матери, вызывающих выкидыш, первое место занимает сифилис. Чем свежее инфекция, тем раньше наступает прекращение беременности. Если инфекция произошла за 2—2½ года до зачатия, то по статистике Lutkowsk'ого раннее прекращение беременности наступает в 100%, в частности выкидыш—в 57%. Особенно сильное влияние оказывает на судьбу беременности сифилис обоих родителей.

Далее, к выкидышу ведут иногда болезни сердца беременной с расстройством компенсации и заболевания почек.

Плохое питание организма может повести к выкидышу. По свидетельству Naegele в голодном 1816 году было необыкновенно много выкидышей.

Кроме того, сильные телесные напряжения, движения, толчки, падения беременных служат нередкой причиной выкидышей. Нужно к этому прибавить, что для некоторых беременных проходят без следа и сильные восхождения на горы, и танцы, и падения с крыши и удары по животу; у некоторых же после подобных механических влияний непосредственно или через некоторое время получается выкидыш. Когда механическое влияние было незначительно, то исследование яйца после выкидыша иногда обнаруживает перерождение или мелкоклеточную инфильтрацию отпадающей оболочки, атрофию или перерождение ворс и пр., так что нередко играют роль предрасположение плюс механическое влияние.

Частые сношения особенно у молодых супругов — нередкая причина ранних выкидышей. К выкидышу ведут отравление свинцом, фосфором, ртутью, углекислым газом. Некоторые медикаменты считаются вызывающими выкидыш, как напр.: *sabina*, *secale*, *aloe*, *senna*, *chininum*. Но действие их крайне ненадежно в смысле вызывания выкидыша. Нам приходилось узнавать про нескольких наших бывших пациентов, что они сошли в могилу от употребления этих средств.

Заболевания женских половых органов, как напр.: *endometritis*, *metritis*, *retroflexio*, опухоли матки, опухоли яичников, неправильное развитие матки (*uterus infantilis*), как известно, могут повести к выкидышу.

Причины, зависящие от отца, сводятся прежде всего к сифилису отца, о чем мы уже говорили.

Далее, от истощенного отца или болезнями или излишествами продукт зачатия может оказаться неспособным к развитию, а это ведет к выкидышу.

В самом яйце причины выкидыша могут быть найдены или в ворсах (атрофия их, недостаточное снабжение их сосудами), или в детском месте (перерождение детского места, предлежание детского места) или в оболочках, так например амниотические нити могут повредить пупочному канатику и вызвать смерть плода. Многоводие, обвитие пуповины, скручивание пуповины и прочие изменения в яйце могут вызывать выкидыш.

Мы привели обычное перечисление причин выкидыша. Но это мало помогает разбираться в каждом отдельном случае. Каждый практический врач и особенно по специальности акушер знает, что часто невозможно бывает определить, в чем заключается причина выкидышей у данной пациентки, а потому и невозможно ничем помочь.

Со стороны этиологической выкидыши делятся на самопроизвольные или происходящие сами по себе и на искусственно вызванные. Искусственное вызывание выкидыша бывает законным, когда оно производится после консультации врачей, признавших, что дальнейшее течение беременности и предстоящие роды несут опасность для жизни беременной, и незаконным, когда выкидыш производится без признанной врачами жизненной необходимости освободить женщину от ее беременности.

В самое последнее время у нас в России взгляды на законные и незаконные выкидыши, как известно, изменились.

*Механизм и симптомы выкидыша.* Во время срочных нормальных родов из матки выходит сначала плод, как главный по величине продукт изгнания, а затем уже выходят составные части яйца, т. е. послед. Кровотечения при рождении ребенка не бывает, при отделении детского места от стенки матки происходит обычное истечение крови.

При ранних выкидышах от одного до двух с половиной месяцев течение выкидыша начинается и сопровождается кровотечением.

Это зависит от того, что главную массу яйца по величине составляет отпадающая оболочка, что видно хорошо при рассматривании вышедшего целиком яйца; мясистая тяжелая отпадающая оболочка имеет толщину с пол пальца, а плод со своими оболочками весьма тонкими и просвечивающими, занимает сравнительно мало места. На отпадающую оболочку, как на главную по величине массу яйца и направлено преимущественно изгоняющее действие сокращающихся мышц матки. Поэтому ранние выкидыши и начинаются с постепенного отделения отпадающей оболочки от стенки матки.

Поверхность прикрепления отпадающей оболочки равняется всей внутренней поверхности матки, следовательно, поверхность большая; отделение отпадающей оболочки происходит в губчатом слое ее (т. е. отпадающая оболочка отходит не всей толщиной, а глубокий слой ее, граничащий с мышцами матки, остается), т. е. в слое, где развиты больше всего сосуды. Поэтому понятна причина кровотечения при ранних выкидышах. Можно так выразиться: до 3-х месяцев выкидыши кровотоцивее всего.

При кровотечении затушевывается присутствие схваток, больны иногда на схватки и не жалуются.

После трех месяцев кровотечение выражено бывает меньше, выступает сильнее второй симптом схватки. Плод уже становится больше, отпадающая уже истончена и растянута, плод выходит чаще первым, иногда без предварительного особого кровотечения. Чем старше выкидыш, тем течение его приближается к нормальным родам, т. е. кровотечение выражено слабее, схватки выражены сильнее, чаще выходит первым плод, а за ним уже послед и чаще кровотечение возникает только при выхождении последа.

Мы сказали, что при выкидыше 1—1½ месяцев больные не всегда жалуются на схватки, но последняя всегда есть; это мы видим по изменениям в шейке, зависящим только от схваток. Наблюдать эти изменения и уметь оценивать их чрезвычайно важно, для установки предсказания и лечения при выкидыше.

Что же делают схватки с шейкой. Постепенно, начиная сверху, с надвлагалищной части шейки, они размягчают ее и раскрывают ее канал. При раскрытии внутреннего зева и верхней части шейного канала, последняя (т. е. верхняя часть шейного канала) сливается с полостью матки в одну полость, отчего шейный канал становится короче, как говорят, укорачивается. У нерожавших эти изменения в верхних частях шейки не отражаются на наружном зеве, который продолжает сохранять свою величину и форму. У тех же, которые рожали, при размягчении и раскрытии верхних частей шейки понемногу раздается, раскрывается весь шейный канал и следовательно наружный зев; только раскрытие это не так велико, как верхних частях шейки, благодаря этим изменениям палец в большинстве случаев может проникать в шейный канал и замечать степень укорочения шейного канала а также прощупывать оболочки яйца или даже части плода. Чем дальше идут схватки, тем больше укорачивается шейный канал и тем больше раскрывается наружный зев у рожавших, укорочение канала доходит до того, что края наружного зева уже начинают истончаться, палец через наружный зев прямо попадает как бы в полость матки, т. е. собственно говоря в общую полость, получившуюся от слияния шейного канала с полостью матки, палец прощупывает тут же у наружного отверстия яйцо или части его, если они еще не вышли. У нерожавших наружный зев иногда весьма долго не раскрывается и отличается особым упорством: весь шейный канал уже давно раскрыт, шейка растянута в мешок, в котором находятся часть яйца и кровяные сгустки, а наружный зев еще в таком состоянии, как будто бы ничего не случилось, только края зева сильно истончены, как будто даже приострены, если конец пальца проникает хоть немного через него, то он чувствует внутри просторную полость, наполненную мягкой рыхлой эмбриональной тканью аборта. Иногда упорство наружного зева бывает у нерожавших так велико, что тело матки успеет вытолкнуть все свое содержимое, сократиться, все содержимое его помещается в мешкообразно растянутой полости шейки, а наружный зев все еще закрыт, и не

пропускает содержимое выйти наружу. Такое явление называется шейным абортom (Cervicalabort).

Палец, введенный в такую расширенную полость шейки, прощупывает наверху узкое отверстие, ведущее в полость сократившегося тела матки, обыкновенно можно бывает провести палец и через это отверстие, что бы ощупать, нет ли остатков яйца в полости тела; при этом нередко оказывается, что полость тела очень мала: от пройденного пальцем второго отверстия до дна матки расстояние не больше полфаланги пальца, поэтому это второе отверстие уже не считают внутренним зевом матки, а кольцом сокращения, а расстояние между бывшим внутренним зевом и этим местом сокращения считают нижним сегментом матки; выходит так, что нижний сегмент занимает большую часть тела матки и заходит в верхнюю часть матки, т. е. теряет уже право называться нижним сегментом; выходит словом путаница.

Но все это объясняется просто, на основании анатомических фактов, добытых в нашей работе о мышцах матки и ее связках, следующим образом: указанное сужение матки может происходить на всех уровнях тела матки, оно происходит вследствие сокращения на какомнибудь уровне сильных пучков, поперечно идущих по бокам матки (см. главу о строении матки), а часть матки между бывшим внутренним зевом и уровнем, где поперечно идущие пучки сокращены, есть просто тело матки, а не какаянибудь особая его часть, которая заслуживала бы особого названия.

И так отделившееся от стенки матки яйцо или часть его сползает постепенно в шейный канал. Если во время родов раскрытие шейки объясняют действием плодного пузыря, как клина или действием опускающейся предлежащей части, то во время выкидыша раскрытие уж никак нельзя объяснить этим, так как и плод и оболочки представляют из себя эмбриональную ткань очень нежную, хрупкую в сравнении с плотностью стенок матки, ни на какое применение силы они не способны, при всяком применении силы они только рвутся. Здесь для открытия шейки только и может быть применено наше объяснение, т. е. шейку раскрывают пучки мышц, идущие из тела матки вдоль шейки. Когда полость тела уже растянута беременностью баллонообразно, то переход этих мышц из стенки тела в стенку шейки происходит так, что пучки на уровне внутреннего зева перегибаются под прямым углом (как показывает приведенный выше схематический рисунок мышц матки), при сокращении мышц углы загибов исправляются, так как пучки мышц распрямляются, вследствие чего легко происходит первый результат действия схваток—раскрытие внутреннего зева. В первые же полтора—два месяца беременности тело шейки еще не шарообразно, продолговато, также продолговата и полость тела; поэтому в местах перехода мышечных пучков из тела в шейку загибание пучков слабее, еще не под прямым углом, распрямление еще не сильно загнутых мышечных пучков не имеет того эффекта, как при трехмесячной беременности и более поздней; поэтому то в начале беременности раскрытие шейного канала прогрессирует медленно, часто бывает недостаточно и никогда не бывает большое. Мышцам матки раскрывать шейку в начале беременности как бы несподручно, неловко.

Выхождение яйца происходит различным образом. Иногда яйцо как 1 месячного, так и 4-х, 5-ти месячного выкидыша, прекрасно отделившись от стенки матки, выходит целиком неповрежденным; на вышедшем яйце таким образом хорошо можно изучать его анатомию, начиная с отпадающей оболочки, если и она вышла целиком. Но

нередко часть отпадающей оболочки при этом остается на стенке матки, что остается незамеченным. Выходение яйца целиком происходит чаще у выкидышей первых двух месяцев, как мы уже об этом говорили.

Иногда же и при ранних выкидышах, прорывается reflexa и из полости отпадающей оболочки выскакивает мешок, снаружи состоящий из ворсистой оболочки, а внутри—водная оболочка, вода и плод. Если такое яйцо опустить в воду, то ворсы всплывают, делаются видны, получается мохнатый вид яйца (это дало право Лазаревичу назвать ворсистую оболочку мохнаткой). Иногда же разрывается не только reflexa, но и остальные оболочки (т. е. ворсистая и водная) и плод один выскальзывает сначала из полости яйца, а затем и из полости матки. После этого идет дальнейшее отделение оболочек яйца и выходение их из матки, что может происходить иногда удачно, а иногда неудачно, т. е. остатки плодного яйца задерживаются в полости матки. Плод выходит иногда свежим, не измененным, иногда же измененным, размягченным и иногда—до такой степени, что присутствие его в возрасте 2-х первых месяцев можно констатировать только при помощи лупы.

Иногда же плода при раннем выкидыше совсем нет; его тельце, состоящее из нежной эмбриональной ткани без костей, разложилось и исчезло.

Степень кровотечения зависит от того, как скоро и как полно происходит отделение отпадающей оболочки от всей внутренней поверхности матки в спонгиозном слое. В практическом отношении весьма важно знать следующее. Кровотечение бывает меньше, когда отделение яйца происходит в одном слое, происходит без остатка, чисто, и при этом кровотечение бывает только тогда, когда часть яйца отделилась, а часть еще нет; как только произошло отделение повсюду, по всей периферии яйца и целиком, т. е. нигде не оторвалось ни куска отпадающей оболочки и не осталось при стенке матки, так кровотечение прекращается или бывает ничтожное; если яйцо и не выйдет вскоре, то выходение его не сопровождается кровотечением.

Если же отделение яйца происходит так, что целостность яйца нарушается, оболочки рвутся, часть отделилась, а часть еще прикреплена к стенке матки, то кровь ручьем, потоком льет из матки, как это приходится видеть иногда глазом при применении зеркал. Так происходит всегда без всякого исключения.

Если яйцо вышло целиком, то это называется полным выкидышем. Если вышел сначала плод, а затем вскоре вышла вся остальная часть яйца без остатка, то такой выкидыш называется также полным или, лучше, его называют двухмоментным. Если же выходение яйца происходит мелкими частями, то оно обыкновенно затягивается на более или менее продолжительное время, при чем часто бывает так, что известная часть или частица яйца не выходит совсем. Выкидыш с таким течением называется неполным. Из вышеприведенного описания способов выходения яйца должно быть понятно, что неполный выкидыш сопровождается более продолжительным и более сильным кровотечением. Если хоть маленькая часть яйца осталась на стенке матки, то кровотечение хоть небольшое, но продолжается, чтобы по времени усиливаться и делаться большим. Кровотечение с течением времени может прекратиться, но в дальнейшем может повториться, или же отразится на регулах: они становятся сильными, неправильными. Небольшие слои отпадающей оболочки, как было сказано, остаются в матке почти всегда, они могут подвергнуться вполне обратному разви-

тию и исчезнуть без всякого следа. Опыт научил нас следующему: если после выкидыша происходят временами хоть небольшие кровотечения или становятся регулы сильными, продолжительными или развиваются другие явления эндометрита, то нужно искать причину в неполном выкидыше. При выскабливании удаляются остатки яйца иногда не только через несколько недель, но лет и все исправляется: кровотечение исчезает, регулы становятся правильными, явления интоксикации больной со стороны эндометрия исчезают.

Некоторые, напр., Chazan. говорят, что бывают последовательные атонические кровотечения после выкидыша; но это не так; кровотечения после выкидыша бывают только вследствие задержки частей яйца. Кровотечения после выкидыша вылечиваются только удалением остатков.

При неполном выкидыше, а иногда и при полном, когда вполне отделившееся яйцо задерживается надолго в матке, то в матке развивается нередко процесс гниения, происходит сильный запах повышается температура. Если же в матку проникает специфическое заражение напр. септическое, то происходит, как известно, септический эндометрит с осложнениями и даже общий сепсис.

После полного выкидыша и после удаления или выхождения остатков яйца при неполном выкидыше кровотечения больше не бывает и период после выкидыша проходит также, как после родов, т. е. выделяется дня 2—3 розоватая жидкость, потом беловатая. Выделения продолжают недели  $1\frac{1}{2}$ —2—3 смотря потому, как велик был выкидыш. Чем выкидыш более приближается к родам, тем пuerперальный период длиннее и тем выделения значительнее. После выкидыша 3-х месяцев и больше иногда на третий, на второй день замечается припухание груди и выделение малозива.

*Прогностика.* Самопроизвольные полные выкидыши сами по себе опасности для жизни обычно не представляют. Тем не менее выкидыши вносят в ряды женщин смерть и болезни. Это потому, что опасны как для жизни, так и для здоровья искусственно произведенные выкидыши, которые получили в последнее время угрожающее распространение. Кровотечения при самопроизвольных выкидышах как бы сильны ни были, смертельной опасности в громадном большинстве случаев не представляют. Гнилостные процессы в матке при самопроизвольных выкидышах, если не была занесена инфекция извне и если не было у женщины ранее какой нибудь опасной инфекции, обычно также не несут с собой опасности для жизни, так как септических процессов при них со смертельным исходом почти никогда не бывает, несмотря на запах, издаваемый при этом разложившимся содержимым матки. Септические процессы происходят обычно при занесении септической заразы в матку инструментом или пальцем.

Инфекция, занесенная в матку, если больная не умирает, из матки не выходит, окончательного выздоровления не происходит, ибо оставшаяся в матке инфекция вызывает хронические заболевания: эндометрит, метрит, сальпингит, периметрит и пр.

Если выкидыши, не сопровождающиеся повышением температуры происходят у женщины часто, то это ведет почти неизбежно к недостаточной обратной инволюции матки, последняя становится увеличенной, склонной к полнокровию, каковое состояние ведет, как учит гинекология, к метриту.

*Диагностика.* Если женщина кровоточит, перед этим была задержка регул, а при исследовании оказывается матка увеличена, шейка размягчена, палец, проникающий в канал шейки, проходит беспрепят-



ственно и во внутренний зев, если кроме того палец ощущает во внутреннем зеве или в канале шейки мягкую эмбриональную ткань — яйцо или части его, — то устанавливается распознавание выкидыша. Величина матки должна соответствовать сроку беременности, если яйцо или часть его еще не выходила из матки и если явления выкидыша начались недавно. Если же плод умер в матке давно или если часть яйца, например, плод, уже вышла, то матка будет хотя и увеличена, но величина ее не будет соответствовать сроку беременности, она будет меньше. При субмукозных фибромах, при полипах, опускающихся в шейный канал и отчасти раскрывающих его, при наличии кровотечения, результаты исследования те же т. е., матка увеличена, шейка раскрыта, в шейном канале прощупывается полип или фиброма, но по консистенции разница колоссальная, при них нет той разрыхленности тканей, той размягченности, сочности шейки, которые так характерны для беременности; кроме того то, что прощупывает палец в шейке при выкидыше, т. е. оболочки или часть плода, имеет такую характерную консистенцию эмбриональной ткани, что смешать ее с консистенцией фибромы и даже полипа в большинстве случаев невозможно.

Возможно, что при выкидыше предварительной задержки регул — было. Иногда ведь бывают регулы в первые месяцы беременности, или у больной бывала раньше путаница в регулах, напр., временная аменоррея или кровоотделение из каких-нибудь разражений в шейке, в вагине, которое не дает больной возможности разобраться, когда у нее бывают регулы. Так же, если больная кормит и не носит регул или недавно родила или выкинула, то этим симптомом — задержкой регул — нельзя руководствоваться.

Если известно, что вышел плод, выходили оболочки, то весьма важно решить, все ли вышло. Для решения этого вопроса при самопроизвольных выкидышах мы руководствуемся прежде всего качеством и количеством отделяемого. Если из матки еще идет обильное кровянистое отделяемое, или просто продолжается еще кровотечение, то в матке наверно что-нибудь сидит. Это одинаково верно, произошел ли выкидыш 1—2 часа тому назад или 2—3 недели тому назад. Если в матке что-нибудь еще есть, то внутренний зев не скоро закрывается плотно, он в течение нескольких суток еще зияет, в нем не так сухо и палец, проходя через него, может прямо ощутить части яйца (*caesidua ovi*). В случае, если палец во внутреннем зеве ничего не ощупывает и если он проходит через внутренний зев, то при соблюдении правил строгой асептики, проводится палец в полость матки и ощупываются ее стенки. Если палец не проходит через внутренний зев, а есть сомнение, что что-нибудь осталось и нужно непременно это решить, то лучше кюреткой осторожно и внимательно поводить по стенкам матки повсюду, при чем сразу происходит и диагностика и лечение, так как оставшиеся части удаляются.

Ценные сведения о том, вышло ли из матки что-нибудь и что вышло, может доставить исследование сгустков крови, которые находятся или среди белья, или бывают собраны в каком-нибудь сосуде. Иногда среди сгустков находят плод, который был не замечен больной и ее окружающими, — иногда оболочки, иногда — и то и другое вместе или раздельно.

Не дурно бывает для предсказания и терапии спросить, отчего произошел выкидыш; к сожалению, ответы не всегда удовлетворяют; слышишь часто лишь стереотипные ответы: «спрыгнула с трамвая», «споткнулась» и т. п.

**Терапия.** Профилактическое лечение. Меры, направленные к предупреждению выкидыша, должны быть рассматриваемы в виде широко поставленных общественных задач. Нужно ограждать беременных работниц от тяжелых работ, от поднятия тяжестей, от работы, связанной с отравлением вредными газами, свинцом, ртутью и т. д. Нужно принимать меры к предупреждению заражения сифилисом, гонорреей; нужно обеспечить населению возможность хорошо долечивать сифилис как женской, так и мужской половин населения; нужны общественные меры, направленные к уменьшению искусственных выкидышей.

Если небеременная женщина жалуется, что она не может донашивать, несколько раз выкинула, нужно исследовать состояние ее genitalium и если есть эндометрит, метрит, retroflexio, то нужно профилактическую терапию направить в эту сторону. По мнению Olsbausep'a, к выкидышам ведут глубокие разрывы шейки и для предупреждения выкидышей нужно зашивать эти разрывы. Мы видели множество беременных с разрывами шейки, которые доходили благополучно до нормального срока родов и никогда не приходилось встречать причину выкидыша в этом.

При привычном выкидыше нужно всегда поставить серьезно вопрос, был ли когданибудь болен муж больной или сама больная сифилисом. Если больная отказывается от разговоров с мужем об этом, то врачу нужно переговорить самому с мужем и выяснить необходимость повторить лечение сифилиса, если таковой у него был.

Если женщина уже беременна и говорит, что она выкидывает обычно на 3-м месяце, то нужно посоветовать, чтобы женщина была как можно осторожнее именно в этом периоде беременности; лучше всего уложить ее совсем в постель недели на 2—3 или посоветовать отстранить себя от всяких дел в это время и только лежать и сидеть; также в это время следует избегать всяких эксцессов, coitus'a, избегать пищи, дающей обилие газов или могущей вызвать понос, следовательно, показывается легкая диета.

Если есть данные хотя бы подозревать сифилис у одного из супругов, то нужно назначить приемы kali iodati. Küstner советует давать до 130 грамм иодистого кали в течение всей беременности. Холмогоров советует применять у беременных ртутное лечение и прибегать к иодистому кали в тех случаях, где ртутное лечение не переносится. Мы назначаем иодистый кали беременным во всех случаях привычного выкидыша.

Лечение самого выкидыша должно идти по одному из двух противоположных друг к другу направлений: оно должно быть направлено или к остановке начавшегося процесса выкидыша с целью сохранить беременность, или, наоборот, к ускорению течения выкидыша, чтобы выкидыш скорее окончился, т. е. чтобы скорее и полнее все вышло из матки.

Если больная умеренно кровоточит, шейка матки закрыта, величина матки соответствует сроку беременности, из матки не выходили оболочки и воды и налицо все признаки нормально развившейся до сего времени беременности, то нужно стараться остановить развитие процесса выкидыша. Для этого больную укладывают в постель, оберегают от механических и психических вредных влияний, следят за правильным освобождением прямой кишки и назначают opium или per os по 5 кап. 2—3 раза в день, или в клизмах по 15 кап. 1—2 раза в день.

Из лекарственных препаратов в этих случаях советуют *Viburnum prunifolium* в виде водного экстракта по 25 кап. 4 раза в день. Мы от этого средства никакого толка не видели. Советуют также *asa foetida* в пилюлях по 10 centigr. от 2 до 6 пилюль в день. Мы не пробовали этого средства, Мы возлагаем больше надежд не на лекарства, а на лежание в постели, на продолжительное лежание: нужно лежать 7—10—15 дней после того, как всякое кровотечение уже кончилось.

Если есть схваткообразные боли, то приносит пользу согревающий компресс на живот. Ни о каких спринцеваниях, ни о каких тампонадах, если речь идет об удержании беременности, и речи быть не может.

Если кровотечение сильное или если шейка укорачивается и раскрывается или если и то и другое—налицо, то выкидыш неизбежен и тогда и лечение должно быть направлено лишь к тому, чтобы выкидыш прошел без осложнений, быстрее, не затянулся на неопределенное время и чтобы во время устранить осложнения.

Если выкидыш самопроизвольный, схватки сильные, кровотечение хотя и есть, но пульс удовлетворительный, то не нужно ничего делать, а ждать, когда выйдет все яйцо. Если яйцо вышло целиком, или если вышел плод отдельно и затем все оболочки или просто послед (после трех месяцев), то также ничего не нужно делать, лишь проспринцевать влагалище кипяченой водой с прибавлением какого-нибудь дезинфицирующего вещества. Заключить свое консервативное отношение к процессу можно пожалуй тем, что поисследовать двойным исследованием, как сократилась матка и нет ли чего-нибудь в наружном отверстии матки, напр., сгустков; углубляться в шейный канал пожалуй и не нужно, если есть уверенность, что все яйцо вышло. Но для того, чтобы была такая уверенность, нужно практически знать анатомию яйца; для этого в начале деятельности врачу нужно каждое вышедшее яйцо или часть его подвергать тщательному осмотру. Внутриматочных выполаскиваний делать не нужно, даже и в том случае, когда плод оказывается размягченным, мацерированным. Так категорически мы высказываемся потому, что это все у нас проверено на практике со многими тысячами случаев.

Если больная очень сильно кровоточит, она слабеет, пульс становится малым, то нужно остановить кровотечение. Для достижения этого есть единственное, но вернейшее средство: оперативное удаление яйца без всяких остатков. Если шейка еще закрыта и выкидыш 4-х, 5-ти, 6-ти месяцев, то для расширения шейки нужно ввести в матку маленький баллон Champetier de Ribes или маленький баллон Брауна. Если баллон не входит, то нужно расширить шейный канал при помощи расширителей и потом уже ввести баллон. К баллону лучше привесить тяжесть. Но сильное кровотечение при выкидышах этого периода бывает редко. Обычно бороться с кровотечением приходится до 3-х месяцев. Здесь расширять шейку возможно только при помощи расширителей. Некоторые—против применения расширителей, так как они делают трещины и даже надрывы слизистой и тем как бы отворяют ворота для проникновения инфекции. Мнение вполне правильное. С ним нужно считаться, и ограничивать применение расширителей до *minimum'a*. Наш личный опыт показал нам, что этот минимум можно отодвинуть очень далеко. При начавшемся кровотечении у беременных 2-х, 3-х и даже 4-х месяцев мы расширителей почти никогда уже не применяем. Но в подробности об ограничении употребления расширителей мы будем говорить в главе о производстве искусственного аборта.

Всеобщее распространение получили расширители Hegar'a, но они неудобны: имеют слишком малую кривизну и разница между номерами слишком большая, проходят они грубо через шейку, после внутреннего зева встречают сейчас же заднюю стенку матки при антеверзии и переднюю при ретроверзии, натываются на нее, получается впечатление, как будто матка выталкивает их обратно. Без

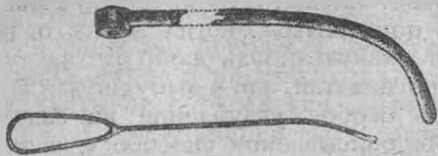


Рис. 27. Наверху зонд для проведения полоски марли в полость тела матки, внизу расширитель неизвестного русского автора.

сравнения лучше расширители какого-то неизвестного русского автора, форма которых изображена на рисунке (Рис. 27). У них хорошая кривизна, они проходят мягко внутренний зев и затем легко идут дальше, только нужно знать, куда отклонено тело матки, низведенной кувальцангом или щипцами Museau; если тело отклонено назад, то и расширитель нужно так взять в руку, чтобы кривизна его обращена

была в сторону крестца больной, т. е. вниз, тогда расширитель и пойдет легко, свободно в полость матки; если тело отклонено вперед, то кривизна расширителя тоже должна быть обращена к передней поверхности больной, т. е. вверх при ее лежачем состоянии. Но предупреждаем, когда расширитель идет свободно в полость матки, не нужно проводить его далеко, нужно ведь только провести, собственно говоря, через внутренний зев; это прохождение должно происходить мягко, элегантно.

Номера указанных нами расширителей готовятся по скале Шарьера, их много. Длина их=28 сант.

В продаже их нет, так как ведь это изобретение русское, а русские изобретения не находят обычно себе распространения, особенно в России. По заказу готовила эти расширители фирма Швабе в Москве.

Нужно заметить, что когда при выкидыше кровотечение очень сильное и шейка еще закрыта, то все же расширители особенно приведенного типа проходят обыкновенно легко; шейка если и не открыта, то уже размягчена, податлива и, повидимому, уже подготовлена к открытию, так что нарушение целостности слизистой оболочки происходит в ничтожной степени, тем более, что ведь слизистая оболочка шейного канала так и устроена, чтобы ей можно было расширяться, будучи разрыхленной. Дело все в умении, знании и осторожности, можно прибавить еще - и в опыте, но ведь без понимания дела можно повторять свои ошибки без конца и тогда опыт превращается в дурные привычки.

Расширение при беременности двух месяцев и менее достаточно делать указанными расширителями до 18—20 номера или Гегаровскими расширителями до № 13—14. Затем приступают к удалению яйца. Мы нарочно говорим: «к удалению яйца» и избегаем слова «выскабливание» (curettage, Ausraumung, Ausshabung), потому что выскабливание посредством кюретки или ложки здесь метод неудобный, опасный, хотя и всеми применяемый. Когда приходится делать расширение, то обыкновенно в матке сидит или все яйцо или большая часть его, полость матки соответственно большая, мешкообразная. Кюретка или ложка, вошедшая в полость матки, начинает скользить отчасти по стенке матки, отчасти по поверхности яйца без всякого результата, потом кюретка прободает яйцо входит внутрь его и начинает разрывать яйцо по всем направлениям, часть оболочек при этом отделяется от стенки матки, а

часть не отделена, происходит сильнейшее кровотечение, оператор начинает торопиться, а между тем его кюретка свободно начинает болтаться в большой мешкообразной полости матки и перестает ощущать стенки матки, получается страшное ощущение свободы кюретки и может явиться уж подозрение, не прошла ли кюретка в брюшную полость. Но все же кюретка делает свое дело: из матки в конце концов начинают вылетать сгустки, оболочки, кровь, части плода, матка начинает сокращаться, уменьшаться, плод вылетает и кюретка начинает ощущать стенки матки, страшный момент прошел, но он может и повториться, когда матка опять распустится или когда кюретка попадет в какую-нибудь особо растянутую часть матки, например где-нибудь у рога матки, или в выбухшую часть на передней стенке или в какое-нибудь особое углубление на задней стенке ретроверзированной матки. При описываемом способе удаления яйца неприятно и опасно то, что врач может растеряться, потерять почву, т. е. ощущение стенок матки и действительно может попасть или в полость брюшины или в полость параметрия, что и бывает и гораздо чаще, чем об этом пишут и даже чем это замечают.

Удаление яйца нужно делать так, чтобы описанный момент не был возможен, чтобы оператор все время был покоен и уверен в применяемом им методе. Для этого по расширению матки мы не советуем браться сразу за кюретку, а советуем взять в руки корнцанг.

Хорошо иметь 4 вида корнцангов—и все можно иметь прямые. Во первых, желательнее иметь корнцанг с очень узкими длинными прямыми, т. е. не брюшистыми браншами; затем нужно иметь самый обыкновенный корнцанг; затем не лишнее иметь корнцанг с широкими тупоконечными браншами не с брюшистыми, а плоскими тыльными поверхностями; при абортах трех месяцев очень хорошо иметь окончатый корнцанг (Рис. 29.). Если длина корнцанга=25 сант., то расстояние замка от конца корнцанга должно равняться  $10\frac{1}{2}$ —11 сант.

Проводят легко корнцанг с тупыми концами или даже обыкновенный корнцанг через внутренний зев, и здесь же, не углубляя корнцанга, тотчас за внутренним зевом делают корнцангом хватающее движение; когда получится впечатление, что что-то захвачено, то стараются удерживать ручки корнцанга, чтобы не упустить захваченное, и пока не замыкают ручки замком. Теперь нужно убедиться, не захвачена ли стенка матки. Если конец с захваченной частью позволяет беспрепятственно легкие качательные движения, то следовательно захвачена оболочка яйца; да больше здесь над внутренним зевом ничего и не попадает: стенки расширенной матки над внутренним зевом сейчас же расходятся в стороны и попадаться в корнцанг наклонности не имеют. Чем больше оболочек захвачено, тем лучше. Иногда удается ухватить дубликатуру отпадающей оболочки, т. е. ухватить за нижний конец яйца щипком, если можно так выразиться. Ухвативши часть яйца, сначала не замыкают замка корнцанга, чтобы не размять мягкие эмбриональные ткани, иначе корнцанг срывается. Не замыкая корнцанга, начинают медленно, медленно, осторожно, тянуть им вниз, тянут долго, не шадя времени, ибо потеря времени теперь окупится в дальнейшем ходе операции. Когда удастся хорошо захватить и медленно тянуть, то яйцо, стягиваясь вниз, постепенно начинает отделяться от стенки матки и сразу по всей поверхности, ворсы потихоньку расстанутся с своими материнскими ложами (больше всего, с кровяными синусами) и не отрываются, а отходят целиком, отделение яйца идет все время в одном слое, спонгиозном. Получается тот идеал отделения яйца, о котором мы говорили. При таком отделении яйца, если было раньше кровотечение, то оно не усиливается, наоборот такое отделение, если

оно хорошо удается, проходит бескровно. Это факт, который нас раньше поражал, теперь же мы о нем знаем и свидетельствуем о нем.

При постепенном стягивании яйца захваченная часть его начинает наконец выходить из полости тела, показываясь в шейном канале и выходя наружу, конец корнцанга оказывается снаружи, к этому времени или раньше можно уже замкнуть замок корнцанга; берется другой корнцанг, на этот раз самый простой, им захватывают оболочки повыше первого корнцанга и продолжают тянуть им; когда этот корнцанг стянет оболочки еще ниже, не отпуская этот корнцанг (чтобы не ушли оболочки обратно), берут первый корнцанг, вводят его опять в полость матки и им стараются захватить оболочки еще повыше. Так перехватывая корнцангами, можно стянуть вниз сразу все оболочки. Конечно, корнцанг нередко соскакивает, тогда нужно захватить им еще раз и еще раз, пока им не будет хорошо захвачена часть яйца. Когда яйцо или большая часть его будет таким образом удалено, то матка на это реагирует тем, что сейчас же сокращается, полость ее становится меньше. И вот теперь то применить кюретку можно и с успехом и без всякой опасности: кюретка все время чувствует стенки матки, она задевает за оставшиеся части яйца и как бы выковыривает их из матки, если плод еще в матке, то кюретка задевает за него и при какомнибудь удачном движении вынимает его наружу, если он 2—2½ месяцев; или кюретка дробит плод и вынимает его по частям. Если оператор замечает, что еще много осталось в матке, то он может опять взяться за корнцанг и опять попробовать легко захватить массы, потихоньку стянуть их вниз и вывести наружу. Если попадает в корнцанг плод, то он может быть потихоньку вынут корнцангом или целиком или по частям, при чем приходится опять перехватывать то одним корнцангом, то другим. В случаях, где технически не удается действовать корнцангами с таким успехом, как это описано, приходится действовать кюреткой, что уже хуже: крови выделяется гораздо больше. Часто приходится действовать то корнцангом, то кюреткой, при чем то корнцанг подтягивает части яйца ближе к внутреннему зеву и кюреткой она удобнее и скорее захватываются и удаляются, то кюретка вынимает из полости отдельные лоскуты оболочек, не оторвавшиеся от остального яйца и корнцанг их захватывает, чтобы потихоньку тянуть за них остальную часть яйца из матки.

Движения кюреткой не должны быть резки; мы никогда не проводим по стенке с такой силой, чтобы был слышен хруст чуть не в другой комнате; не производя хруста мы стараемся делать легкие нащупывающие движения; если где-нибудь ложка не нащупывает характерной плотности стенки, а нащупывает мякоть, то здесь надо кюреткой делать движения выскабливающие, может быть легкие выковыривающие движения до тех пор пока от этого места не удалятся куски и кюретка не получит ощущение плотной чистой стенки матки; так нужно кюреткой искать по передней, по задней стенке матки, по боковым стенкам матки, в дне и рогах матки. Контролировать, не осталось ли чего, нужно несколько раз. Иногда кажется, что все, все чисто, а потом какой-нибудь поворот кюретки и начинают выскакивать опять остатки плодного яйца. Нужно помнить, что в беременной матке бывают почти всегда углубления, выбухлости, и в них то и сидит обыкновенно большая часть оболочек, их то и можно пропустить. Кюретка с пригнутой петлей почти под прямым углом (Рис. 28). служит хорошо для отыскивания и очищения таких углублений. После очистки углублений, когда в матке действительно



Рис. 28.

ничего нет, то она становится прекрасно сокращенной и все ее стенки без выбухлостей и углублений прекрасно доступными; несколько быстрых штрихов кюреткой убеждают в этом, получается полное убеждение, что в матке чисто. Для таких контролирующих движений в конце-концов берется кюретка с менее загнутой петлей. После расширения расширителями шейка почти никогда не пропускает пальца в полость матки для того, чтобы произвести контроль, все-ли вышло и удалить, если не все вышло. Так что при расширении расширителями нечего надеяться на введение пальца.

Если шейка укорочена, открыта до прохождения пальца, а схватки хорошие, частые, то можно подождать, не кончится ли выкидыш сам, но подождать в том случае, если случай чистый. Если же известно, что в полость матки кто-нибудь что-нибудь вводил или есть хоть подозрение в этом, то ждать нечего: нужно вынимать яйцо или его остатки. Когда шейка пропускает палец в полость матки, то можно сделать освобождение матки от содержимого и пальцем, можно и инструментами, иногда приходится и тем и другим.

При освобождении инструментами в этих случаях дело весьма и весьма упрощается тем, что расширять не нужно; дело освобождения матки совершается в 3—5 минут. После введения зеркала и захватывания влагалищной части

пулевыми щипцами берут широкий корнцанг или окончательный корнцанг Мы нарочно избираем для этой цели окончательный корнцанг (Рис. 29), так как этот инструмент и назначен для того, чтобы им захватывать мягко, не разминая очень ткани; для эмбриональной ткани это особенно важно, (так как она нежная

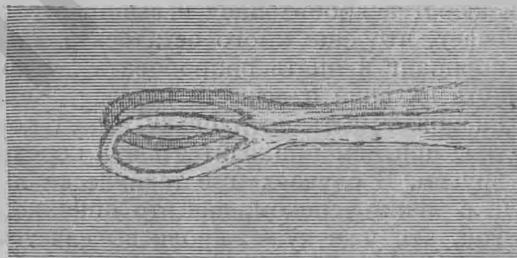


Рис. 29.

и легко разрывается), захватывают им оболочки яйца, что здесь может быть сделано под контролем глаза или пальца, и начинают медленно, тихо тянуть, стягивать оболочки вниз, при чем та часть их, которая не отделилась, начинает по немногу отделяться. В этих случаях при открывающейся уже шейке, если яйцо еще цело, то удается вынуть его целиком, после чего делать больше нечего, разве кюреткой несколько раз пройтись, проверить, все-ли вышло. Если целость яйца нарушена, то все большие части его удаляются корнцангом, а мелочь вычищается кюреткой. Если в матке остались только мелкие обрывки яйца, то достаточно бывает действовать только кюреткой. Выгода стягивания частей яйца корнцангом состоит здесь в том, что меньше работы кюреткой, нет опасности прорвать стенку матки, так как кюретка вводится уже тогда, когда матка сократилась и вводится не для большой работы.

Освобождение матки от яйца или остатков его может быть сделано и ручное при помощи пальца и даже двух пальцев при выкидыше 4-х—5-ти месяцев, но лишь тогда, когда палец проходит свободно. Если же для проведения пальца приходится применять большую силу, то нельзя вводить пальца, ибо при насилии происходят разрывы шейки и именно в верхних частях шейного канала, где разрывы могут вызвать кровотечение даже смертельное. Говорим это по опыту.

Для ручного освобождения матки женщину можно оставить лежать на продольной кровати; если имеется в виду вводить и зеркало,

то женщина кладется на поперечной кровати или на стол. Ручное отделение—операция крайне болезненная и крик больной получается отчаянный; лучше делать его под хлороформным наркозом,—и больной и врачу легче, так как под наркозом в матку легче вводить палец, да и рукой через брюшные стенки легче и удобнее действовать. Чтобы лучше ввести палец в матку, нужно предварительно двойными ручными приемами, т. е. одной рукой изнутри, а другой через брюшные стенки привести матку в состояние антеверзии, мало этого, нужно подвести дно матки вплотную к лонному сочленению, тогда палец свободно входит в матку и для того, чтобы он дошел до дна матки, нужно рукой снаружи давить на ее дно, и таким образом матка как бы насаживается на этот палец. Рука снаружи все время действует, удерживает матку в приведенном положении и давит на дно матки; внутренний-же палец проникает между оболочками и стенкой матки и, отыскав место, где оболочки прикреплены еще к стенке матки, проникает в тот слой, где происходит отделение и отслаивает оболочки; если палец не достает какого-нибудь места матки, то наружная рука как раз ставится над этим местом, сильно здесь давит и приближает это место к внутреннему пальцу. Так можно обойти все укромные уголки матки. Отделение оканчивается контрольным ощупыванием стенок матки повсюду, не осталось ли еще чтонибудь.

После инструментального освобождения матки от яйца, если все прошло асептично, можно не прополаскивать полость матки и вообще ничего больше не делать. Если есть основание думать, что сток отделения из матки может задерживаться или вследствие загиба матки, или вследствие узости зева, тогда нужно провести полоску стерилизованной марли в матку; проводить нужно недалеко, завести лишь за внутренний зев и только один раз; стараться набивать матку марлей не нужно, да это и не удастся; не нужно забивать марлей и шейку; достаточно лишь, чтобы полоска марли как фитиль, проходила из полости матки во влагалище; этим достигается важная хирургическая цель—обеспечение стока. Введение полоски марли совершается при помощи особого зонда, изображенного на рисунке (рис. 27). После ручного отделения лучше пожалуй промыть матку раствором *trae iodii* (не сулемой), полоски марли можно не вставлять, так как отверстие матки широко и сток обеспечен.

Мы рассмотрели только два метода ведения выкидыша: выжидательный и искусственное удаление яйца или его остатков из матки. Остальные методы, как то: лекарственные, лечение спринцеваниями, выжиманием из матки его содержимого, тампонация влагалища, тампонация матки—методы не надежные, не верные, не практичные. Из них самым действительным может показаться тампонация матки. Но дело в том, что в матку очень трудно ввести много марли, а для достижения цели, т. е. скорейшего раскрытия шейки нужно ввести много. Большею частью удается провести лишь незначительное количество, намочший комочек марли скромно лежит в нижней части матки и ровно никакого раздражающего влияния на матку не производит. Узкий канал шейки не пропускает много марли, это факт, а при мало мальски раскрытой шейке тампонация уж не нужна.

При выкидыше 3-х месяцев и больше, если плод вышел, а детское место не выходит часа 3-4-10, то нужно его вынимать по одному из вышеописанных способов, инструментальному или ручному. Оставлять в матке и выжидать, пока выйдет сам послед, как это делали одно время французские врачи, оказалось не надежным и крайне не удоб-



ным для женщин, так что один из партизанов этого способа проф. Pinard должен был от него отказаться.

Если выкидыш осложнен повышением  $t^0$  и эндометритом, то нужно очистить матку, промыть осторожно иодной водой; если есть подозрение, что матка где нибудь перфорирована, то нужно обойтись без промывания. Всегда хорошо провести полоску марли в полость матки, чтобы тем вернее обеспечить сток из больной матки. Затем поставить постоянное орошение при помощи Морозовского аппарата и лучше всего поставить орошение тогда, когда еще проведенная в матку полоска марли не вынута.

Всякая марля должна быть удалена из матки по истечении 24 часов.

## Преждевременные роды.

Преждевременные роды отличаются от выкидышей тем, что при них рождается плод жизнеспособный; чем ближе преждевременные роды к сроку родов, тем с большей жизнеспособностью рождается ребенок. Преждевременными родами называются, как уже было сказано, те, которые наступают между 28 и 36 неделями беременности, т. е. те, при которых рождается недоношенный ребенок.

Причины преждевременных родов те же, что и выкидышей. Кроме того бывают причины те, которые возникают лишь в последние месяцы беременности, например чрезмерное растяжение матки при двойне, при многоводии или, например, наличие предлежания детского места, альбуминурия, эклампсия.

Помимо преждевременных родов, возникающих самопроизвольно, бывают преждевременные роды, вызванные искусственно врачом по какому нибудь поводу (*partus praematurus arte provocatus*).

Преждевременные роды протекают так же, как и срочные, лишь более медленно вследствие того, что схватки при преждевременных родах бывают слабее и не так правильны, как при срочных. Затягивается обыкновенно период раскрытия. Зато период изгнания происходит без замедления, так как небольшой плод проходит через родовые пути с меньшими препятствиями.

Выхождение последа замедляется при преждевременных родах отчасти вследствие общей слабости схваток, свойственной преждевременным родам, отчасти вследствие того, что связь детского места с маткой еще настолько крепка, что для отделения его требуется большее количество времени.

Уход и пособие при преждевременных родах—те же, что и при срочных. Лишь родившийся раньше времени, т. е. недоношенный ребенок требует особого ухода. Недоношенный ребенок бывает часто так слаб, что не может сосать грудь. Ему следует давать сцеженное молоко матери с ложечки. Искусственное вскармливание для недоношенного ребенка не годится. Особенно же должно быть обращено внимание при уходе за недоноском на то, чтобы ему было доставлено тепло в большем гораздо количестве, чем доношенному. Недоношенный ребенок не может сам вырабатывать себе тепло для поддержания своей жизни. О способах искусственной доставки тепла недоношенному ребенку говорится в главе об уходе за новорожденным в отделе: «особенности ухода за недоношенным ребенком».

# АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ.

## Акушерский инструментарий.

Наиболее употребительные, ординарные, так сказать, акушерские операции в силу необходимости должны быть производимы весьма часто при всякой обстановке и повсюду. Поэтому врачу, занимающемуся акушерской практикой, необходимо иметь портативный набор инструментов и всех вещей, употребляющихся при акушерских операциях. Кроме того врачу акушеру нужно иметь навык быстро ориентироваться относительно окружающей обстановки, приспособляться ко всем обстоятельствам, чтобы при всяких условиях устраивать для своих операций нечто похожее на операционную комнату, похожее, разумеется, не по внешности, а по внутреннему смыслу, по способу достижения единой цели асептической обстановки.

Способов упаковки наборов акушерских инструментов весьма много. Чуть не каждый акушер заказывает себе набор по своему выбору.

Цель, которая преследуется при устройстве всякого акушерского набора, есть портативность и асептичность.

Для достижения асептичности всякие кожаные сумки не годятся совсем и должны быть исключены навсегда. Даже в войсках после различных болезней кожаные вещи — сапоги и ранцы — сжигаются, так как никакого обеззараживания не выносят. Также негодны цинковые ящики с отделениями и перегородками. Такого рода ящики и сумки служат верными переносчиками специфической акушерской септической инфекции.

Материалом для упаковки инструментов может служить лучше всего полотно, которое можно мыть и стерилизовать, и медные ящики, в которых инструменты и кипятятся. Мы устроили себе акушерскую сумку следующим образом. Форма и размеры полотняных футляров соответствуют с одной стороны форме и размерам инструментов, с другой стороны — медному ящику, в котором они укладываются. Медный ящик имеет в длину 40 с., в ширину 13—14 с. и высотой 10—11 с. Крышка к нему сделана такая, чтобы накрывать весь его с боковыми стенками, т. е. вполне нахлобучивать. При укладке вещей часть полотняных футляров с инструментами кладут сначала в крышку, затем часть в самый ящик, самый ящик вставляют в крышку (которая при всем этом, конечно, должна лежать опрокинутой).

В самый ящик кладется еще фартук и медная кружка Эсмарха; размеры и форма этой кружки такие, чтобы она входила в ящик и хо

рошо там лежала, в кружку помещается спиртовая лампа для кипячения и медная цилиндрическая коробка со стерилизованной марлей. Когда в крышку, до половины наполненную инструментами (в футляре) вложить ящик тоже с инструментами, а в ящик положить еще кружку, то получается общая форма ранца, самая удобная форма для ношения (рис. 30). Все это обертывается в общий чехол из прорезиненного полотна, которое время от времени можно мыть и обеззараживать, и завязывается ремнями.

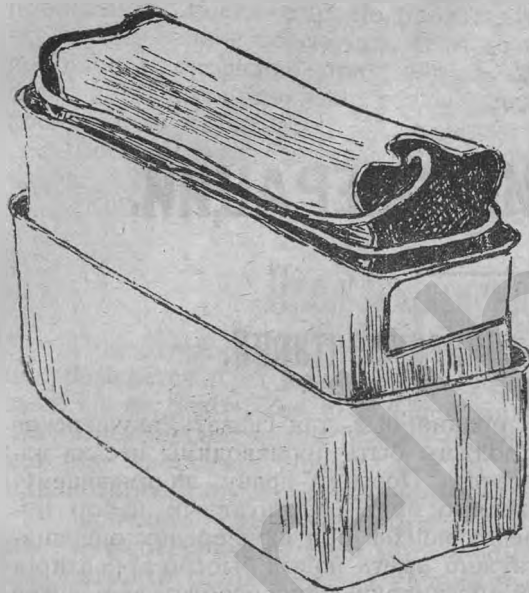


Рис 30. В самом низу—опрокинутая крышка ящика, в ней инструменты положены не до краев. В крышку над инструментами поставлен ящик, в котором положены остальные инструменты. Наверху в ящик вложена над инструментами кружка.

Особенное удобство описанной сумки состоит в лампе (рис. 31). Лампа медная представляет из себя длинный узкий ящик с вставленными в дно тремя трубами вполне сквозными, высота труб равна высоте лампы, трубы служат как бы отдушинами для прохождения воздуха. Спирт наливается в лампу и прямо, без фитиля зажигается, горит он при отдушинах везде ровно. Лампа ставится на особые разборные ножки, верхние концы ножек, торчащие рогатками, так сделаны, что на них можно поставить медный ящик, чтобы в нем же и кипятить нужные для данной операции инструменты. Не нужно переливать много спирта. Только такая спиртовая лампа

и ведет быстро к цели, вода в ней закипает через 3—6 минут. Все остальные лампы не удовлетворительны.

Не нужно переливать много спирта в лампу, нужно заранее на свободе испытать и вымерить, сколько спирта требуется для кипячения, если наливать в ящик кипятка, и сколько, если наливать холодную воду. Обычно требуется не больше 50 куб. сант. денатурата. Чтобы потушить лампу, нужно накрыть ее крышкой, но не всегда при этом удается потушить лампу; лучше не наливать лишнего спирта и остатку дать догореть.

Инструменты в акушерском наборе должны быть следующие: 1 щипцы средней величины, ножницы прямые и изогнутые по плоскости, иглодержатель, иглы, шелк, кэтгут, 1 хирургический пинцет, один анатомический пинцет, 2—3 пинцета Réan'a, складной тазомер, металлический катетер, несколько эластических катетеров.

Все это можно завернуть в один полотняный футляр, так как упомянутые инструменты особенно часто нужны при родах. Далее: перфоратор, краниокласт, декапитационный крючок Braun'a, тупой крючок, ножницы Siebold'a, 2 кугельцанга, 1 корнцанг, 2—3 баллона Champretier de Ribes'a разной величины с кривым корнцангом для введения их. Эти предметы, как употребляющиеся редко, можно положить в другой полотняный футляр. Затем необходимо иметь акушерский сте-

тоскоп (его мы кладем в кружку), 1—2 пары гуттаперчевых перчаток, 2 щетки для рук (предмет первой необходимости, который не нужно забывать ни дома, ни на месте практики), пакет стерилизованной марли, маску для хлороформа, языкодержатель, шприц Праваца и иглу для подкожных вливаний.

Инструменты, употребляемые при абортах, следующие: зеркала Simon'a, расширители, 2 кувальцанга, 2—3 корицанга, окончатые щипцы или длинный узкий языкодержатель, что почти тоже самое, служащий для вытягивания из матки плода или его частей, или оболочек, маточный зонд, катетер для промывания матки Fritsch'a, кюретки различной величины, стерилизованную марлю.

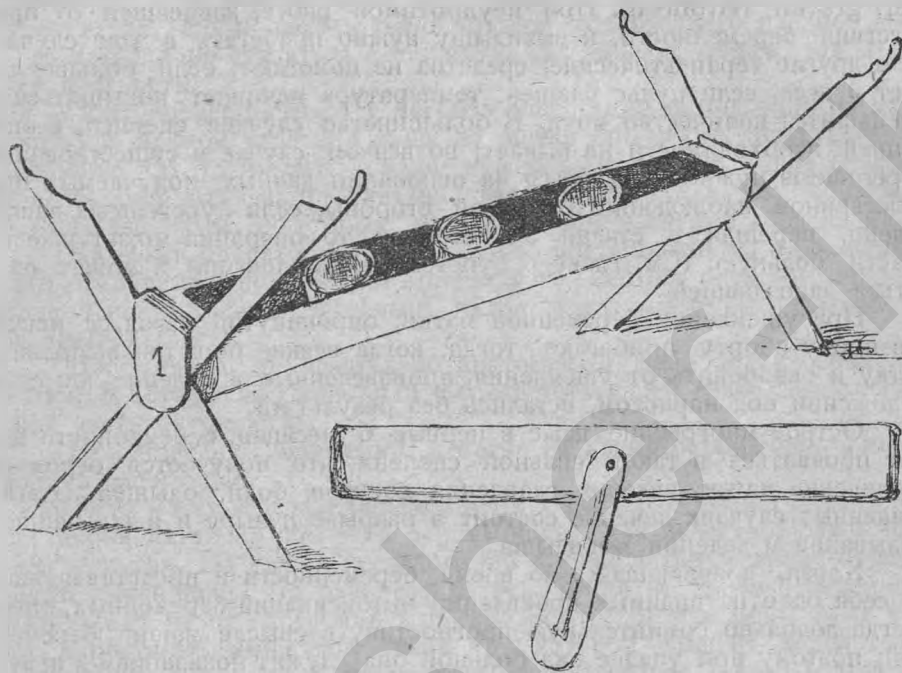


Рис. 31. Спиртовая лампа, на распорки которой ставится ящик для кипячения; в самой лампе сделаны три сквозные трубы—отдушины. Спирт наливается в лампу и прямо в ней зажигается.

Для захватывания шейки во время беременности и в послеродовом состоянии мы пользуемся кувальцангами, но охотнее—особыми окончатými щипцами, употреблявшимися ранее в качестве языкодержателей, они не ранят шейку.

Как устраивается обстановка при операциях, это будет упомянуто при описании операций.

## Искусственный выкидыш.

### Показания.

При искусственном выкидыше так же, как при перфорации живого плода, жертвуют жизнью ребенка для спасения жизни матери.

Жизнь женщины может оказаться в опасности вследствие беременности, во-первых, тогда, когда сама болезнь явилась последствием беременности, например, неукротимая рвота беременных, острое многоводие, ущемление беременной запрокинутой назад матки (*incarceratio uteri gravidi retroflecti*). При неукротимой рвоте, зависящей от присутствия беременности, к выкидышу нужно прибегать в том случае, если другие терапевтические средства не помогают, если больная теряет в весе, если пульс учащен, температура начинает повышаться и уменьшится количество мочи. В большинстве случаев спешить с операцией необходимости не бывает; во всяком случае в существовании *hyperemesis* нужно убеждаться на основании данных, получаемых при собственном наблюдении. С другой стороны, если *hyperemesis* зашла далеко, перешла в стадий 3-й степени, то операция может уже не спасти больную: (См. главу о *hyperemesis gravidarum*) и может оказаться запоздавшей.

При ущемлении беременной матки, опрокинутой назад, к искусственному аборту прибегают тогда, когда всякие попытки выправить матку и освободить от ущемления, произведенные в коленно-локтевом положении под наркозом, остались без результата.

Острое многоводие даже в первые 6 месяцев беременности может проявиться в такой сильной степени, что получается огромное увеличение матки, явления сдавления сосудов, боли, одышка. В этих отчаянных случаях лечение состоит в разрыве пузыря и в дальнейшем вызывании и ведении выкидыша.

Хorea, появляющаяся во время беременности и представляющая из себя одно из видимых проявлений интоксикаций беременных, имеет всегда довольно сомнительную прогностику в смысле жизни беременной; поэтому при упадке сил больной она служит показанием к искусственному прерыванию беременности.

Старые нефриты, ухудшающиеся с течением беременности, прогрессирующая *albuminuria*, не уступающая никакому лечению, состояние уремии, зависящие от заболевания почек, скопления жидкости в полости живота, все это служит при явлениях, угрожающих жизни, показанием к искусственному аборту.

Показание к этому пособию могут обусловить также психозы, вызываемые беременностью.

Такие же показания вырабатываются нередко при туберкулезе легких, гортани, при пороках сердца, при прогрессирующей *anaemia perniciosa*.

Показания вырабатываются всегда *ex consilio* при строгой индивидуализации особенностей каждого отдельного случая.

Из других заболеваний, более редко вызывающих обсуждение показаний к искусственному прерыванию беременности, могут быть указаны следующие: диабет, лейкомия, *polyneuritis*, *morbūs Basedowii*, *struma vasculosum*.

Абсолютное сужение таза, когда *conjugata vera* меньше 6, служит показанием к искусственному прерыванию беременности, если больная не согласна на операцию Кесарского сечения.

Точно также рубцовая стриктура влагалища, не поддающаяся хирургическому лечению, может обусловить необходимость прибегнуть к искусственному аборту, если больная несогласна на операцию Кесарского сечения или состояние ее здоровья таково, что производство Кесарского сечения представляет для ее жизни большую опасность, в то время как искусственное прерывание беременности, предпринятое в начале таковой, представляет для нее минимальную опасность.

#### Техника производства искусственного выкидыша.

Цель воздействия состоит в том, чтобы искусственно удалить плодное яйцо из матки. Основной принцип, которым следует руководствоваться при мероприятиях, предпринятых с указанной целью, состоит в том, чтобы щадить ткани органа, содержащего плодное яйцо, т. е. матку и не считаться с целостью как яйца в общем, так и плода в частности.

При беременности до 4 месяцев способы удаления яйца из матки состоят в прямом удалении яйца из матки обычными хирургическими приемами. От 4 х месяцев и выше нужно предпочитать такие способы, при которых вызываются схватки, чтобы силою схваток, во-первых, раскрылась матка, во вторых, произошло бы изгнание яйца из матки.

Каждому оператору вообще нужно знать анатомию и физиологию того органа, над которым он оперирует. Поэтому акушеру, производящему искусственный выкидыш, нужно знать анатомию и физиологию беременной матки.

Напомним о тех фактах по анатомии и физиологии беременной матки, о которых мы говорили в соответствующей главе физиологической части акушерства.

При описании изменений в матке во время беременности мы говорили следующее.

Тело матки в начале беременности характерно размягчается. Консистенция матки не во время беременности, как известно, очень плотная, упругая. Из наших исследований стенки матки во время беременности выяснилось, что размягчение тела матки во время беременности происходит не от гиперемии или серозного пропитывания, а от того, что нарастание мышечной ткани (от которой зависит консистенция матки) до 3-х месяцев беременности не происходит, а рост матки в это время происходит на счет разрастания соединительной ткани, которая становится при этом рыхлой, мягкой, молодой. При этом межмышечная соединительная ткань тела матки из компактной делается рыхлой, волокна ее представляются раздвинутыми и образуют широкопетлистые сети, среди этой сети появляется множество больших крупных соединительнотканых клеток; при этом соединительнотканые перегородки между пучками и продолжения их внутри пучков сильно утолщаются, мышечные пучки отодвигаются друг от друга, также при разрастании и утолщении перегородок внутри пучков получается раздвигание и внутри пучков, образуются новые вторичные пучочки внутри пучка, состоящие лишь из 2—3—5 волокон. Мышечные волокна в пучках и пучечках еще весьма длинны и узки, ядра также узки без всяких признаков делений.

Это описание ясно показывает, что во время беременности до 3—4 месяцев стенка матки теряет свою прочность и эластичность, она становится уступчивой и легче прорываемой; но это происходит не во всей матке равномерно. Во-первых, остается всегда не размягченной в это время шейка, во-вторых, подвергается особому размягчению та

часть тела матки, где засело и развивается яйцо. Дело в том, что яйцо не занимает сразу всю полость матки, а заседает и развивается то в правой половине матки, то в левой, то в одном ее роге, то в другом, иногда яйцо прикреплено и развивается больше всего на задней стенке матки, иногда на передней и т. д. Наблюдения показали нам, что та часть матки, где развивается яйцо, не только особо сильно размягчается, но оно особо сильно растягивается и выпячивается из матки. По этому то так часто и изменяется форма матки в первые месяцы беременности, матка в это время может принимать иногда поистине причудливые формы. Чтобы понять, что на самом деле происходит с формой матки во время беременности, нужно посмотреть препараты беременной матки у животных, например, у собаки, у свиньи—у тех животных, которые бывают беременны несколькими плодами; на таких матках мы видим действительно выпячивания на месте развития каждого плода; место выпячивания всегда сильно размягчено, остальные части матки, хотя и подвергнуты общей гипертрофии, оказываются все же не размягченными и не выпячивающимися; получается в общем четкообразная форма матки. Матка человека состоит из двух слившихся половин (миллеровых нитей), она одноплостная, но закон остается в сущности тот же, т. е. яйцо начинает развиваться в какой-нибудь одной части матки, а остальная часть матки хотя и гипертрофирована, но не размягчена и сохраняет свои контуры, какие были до беременности, выпячивающаяся же часть матки при бимануальном исследовании дает впечатление мягкой опухоли на матке, а при внутренних манипуляциях матки дает впечатление особого углубления, имеющего форму глубокого кармана.

Такой взгляд на изменение свойств беременной матки нужно иметь акушеру, берущему на себя производство искусственного аборта, так как при образовании такого взгляда будут понятны те особенности, связанные иногда с затруднениями, которые встречаются у него на пути.

При беременности до 4-х месяцев операция делится на два акта: 1) расширение шейного канала и 2) опорожнение полости тела матки от ее содержимого.

Расширение производится или быстрое непосредственно перед операцией посредством расширителей (Гегара или лучше вышеприведенного на стр. 235 образца), или медленное—посредством вставления заранее палочек *tupelo* или *laminaria* на 6—12 часов. Начнем с описания последнего способа, как наименее употребляемого, ныне вполне почти оставленного. Палочки *tupelo* или *laminaria* покупаются в магазинах в запаянных стеклянных трубочках уже стерилизованными. Если же нет приготовленных таким образом палочек, то палочка может подвергнуться кипячению в течение не больше 3-х минут и тотчас перед вставлением, так как если палочка будет лежать после кипячения, то она от влаги разбухнет; вставляется палочка только что вынутой из кипятка. Если беременность больше 3-х месяцев, то можно вставить сначала палочку такую, которая пройдет через шейный канал без усилия, т. е. шириной 5—6—7 миллиметров, затем через 6—7 часов палочку можно переменить и вставить шириною в 10 миллиметров и больше, если найдется таковая.

Вставляется палочка, конечно, после обнаружения влагалищной части зеркалом и захватывания ее кувальцангом. Если палочка плохо входит в шейный канал, то можно предварительно ввести 2—3 металлических расширителя. Когда палочка введена, влагалище тампонируют не усиленно марлей и больная переносится в постель. Ходить после

вставления палочки нельзя, иначе палочка может выскочить. Чтобы удобнее было вынимать палочку, можно конец марлевой полоски, которую хотят затампонировать влагалище, привязать к той шелковой нитке, которую обычно снабжен задний конец палочки. Но все же вынимать палочку не всегда легко, когда она сильно разбухнет в шейчном канале; для этого приходится прибегать чаще всего к корнцангу, который вводят или через зеркало или по пальцу. Повторяем, при вынимании палочки приходится применять нередко значительные усилия, поэтому захватывать корнцангом торчащий из шейки задний конец палочки нужно всегда внимательно, прочно; если корнцанг будет соскакивать, то он будет растрепывать выступающий конец палочки и тем еще более затруднять вынимание. Бывали случаи, когда требовалось оперативное удаление палочки *laminaria*.

Отрицательная сторона вставления палочек заключается в том, что они сами по себе все же могут инфицировать; мы наблюдали повышение температуры после применения палочек чаще, чем без них, в некоторых же случаях было очень заметно, что повышение  $t^{\circ}$  произошло от них.

Прежде чем описывать самую операцию производства искусственного выкидыша без применения палочек, скажем еще раз про меры асептики.

Напомним, что перед операцией должна быть наведена тщательная чистота на наружных половых частях, на бедрах, на животе; поэтому лучше всего предварительно взять ванну или сходить в баню. Если на бедрах, или на животе, или на наружных половых частях, или на ягодицах есть чирьи, нарывы, подозрительные сыпи, то делать операции нельзя до излечения указанных заболеваний кожи. Хорошо смазывать тотчас перед операцией подозрительные места на коже обильным количеством йода. Влагалище нужно не проспринцовывать только, как это делают акушерки, а промыть марлей, намотанной на палец, с мылом и с текучей теплой водой по всем правилам, как это делается вообще перед гинекологическими влагалищными операциями. Таким промыванием можно и ограничиться и не спринцевать влагалище сулемой или другими дезинфицирующими средствами. Оператору после мытья рук нужно обсушить их стерилизованной марлей или ватой, чтобы влага с мокрых рук не стекала по инструменту в матку.

Затем вставляется зеркало и влагалищная часть захватывается пулевыми щипцами. Не всегда впрочем после вставления заднего зеркала обнажается влагалищная часть, приходится зеркало несколько передвинуть вперед или в сторону, чтобы увидеть влагалищную часть. Облегчает отыскание влагалищной части вставление переднего зеркала. Мы переднего зеркала не употребляем никогда потому, что вставление его часто бывает болезненно, а это иннервирует больную перед операцией (если операция производится без хлороформа). Нужно иметь два кувальца: если один кувалец захватил влагалищную часть неудобно, то другим кувальцем влагалищная часть захватывается как нужно. А нужно захватывать всегда по середине передней губы влагалищной части. В редких случаях при сильной ретрофлексии можно захватывать и заднюю губу, чтобы вытягиванием за этот кувалец несколько выправлять загиб задней стенки матки; и заднюю губу нужно захватывать по середине. После захватывания влагалищной части кувальцем матка тихо низводится. Затем берется маточный зонд и изучается проходимость и направление шейчного канала. Затем вставляются один за другим расширители.

Не всегда расширители входят легко и свободно. Нередко при



расширении шейки металлическими расширителями приходится применять силу в большем или меньшем количестве. Бывают случаи, когда приходится применять значительную силу.

При этом нарушается выставленный нами в самом начале основной принцип—щадить ткань матки. При применении силы даже незначительной все-таки целостность слизистой оболочки шейечного канала страдает: получаются трещины, обычно глазом невидимые. Эти трещины могут быть воротами для проникновения инфекции. При применении же значительной силы может быть произведен ложный ход: расширитель может проткнуть стенку шейки и зайти или в параметрий или в пузырно-маточную клетчатку. Чаще всего расширитель протыкает переднюю стенку шейки, так как она есть самая тонкая и самая непрочная часть матки, как это мы неоднократно говорили и в главе о строении матки, и в главе о разрывах матки; при этом расширитель проникает или в пузырно-маточную клетчатку или в переднее Дугласово пространство. Нам приходилось видеть несколько случаев прободения матки, произведенных несомненно расширителем.

Нам лично давно не нравилось, что мы прибегаем к чисто механическому, грубому способу расширения шейки, где применяется сила извне. Мы надумали прибегнуть к силам физиологическим для раскрытия шейки, они ведь есть, так как шейка раскрывается сама в силу сокращения известной группы мышц, описанных нами. Мы надумали привести в состояние сокращения эти мышцы для раскрытия шейки. На основании наших анатомо-гистологических исследований мы знали, что эти мышцы начинаются в теле матки и идут сначала в продольном направлении в шейку, потом загибаются и идут к слизистой шейечного канала. Оказывается, мы приводим в сильное возбуждение эти мышцы—дилататоры шейки, если введем зонд в полость тела матки и проведем хотя бы легко по внутренней поверхности тела матки; такого внезапного вмешательства во внутреннюю жизнь беременной матки мышцы ее выдержать не могут, они моментально реагируют на это своим сокращением; сокращаются мышцы тела матки, одновременно с этим сокращаются их продолжения в шейке, а в результате этого сокращения внутренний зев начинает раскрываться, как это описано нами в главе об изменении шейки матки во время родов. Это расширение внутреннего зева продолжается всего несколько секунд, но мы этим моментом пользуемся: вводим небольшую кюретку или корнцанг в матку и начинаем ими действовать, что является продолжением раздражающего действия на мышцы, они начинают сокращаться все время нашего действия, что ведет к раскрытию шейки все большему и большему, так что вскоре после начала наших действий в теле матки внутренний зев оказывается так раскрыт, что проходит большая кюретка и большой окончатый корнцанг.

Этот физиологический способ так хорошо, скоро раскрывает шейку, что мы расширителей теперь не употребляем почти совсем не только при беременности 2-х месяцев, но даже и при беременности 3—4 месяцев и не только у многоплодных, но и у первородящих.

Самый болезненный акт при всей операции есть расширение шейечного канала металлическими расширителями. Если же обходиться без расширителей, то выпадает самая болезненная часть операции; в этом заключается большое преимущество описываемого метода.

Когда об этом методе сообщалось кому-нибудь из акушеров устно, то встречаешь недоверие. И здесь читателю может показаться описание метода странным и не заслуживающим доверия. Мы неоднократно

демонстрировали этот метод операции в операционной при многочисленных присутствующих слушателях.

В настоящее время мы употребляем расширители только в тех случаях, где канал шейки сужен образованием в нем рубцовой ткани, а это бывает после тяжелых родов, связанных с операциями или заболеванием после родов, после производства искусственных выкидышей, связанного с применением расширителей при употреблении известного насилия над шейкой. Поэтому у беременных в первый раз расширители применять приходится исключительно редко, а если мы и применяем расширители, то 1—2 первых номера и проводим только за внутренний зев, дальше не вводим. Не применяя расширителей, мы проводим и всю операцию без одного резкого насильственного движения; все движения мягки, осторожны и не могут повредить стенке матки.

Во время самого опорожнения матки нужно применять силу только по отношению к плоду, прикосновение к стенке матки должно быть возможно ограничено.

Удаление яйца из матки производится, во-первых, по типу выскабливания, т. е. посредством кюретки, во-вторых, по типу захватывания частей яйца и прямого вынимания их из матки посредством корнцанга. Чем беременность более ранняя, тем применимее тип выскабливания, при беременности 3-х месяцев и более тип выскабливания применим только отчасти для удаления частей плода, он более применим при удалении оболочек и детского места; в этом сроке—более применим тип захватывания и вынимания.

Но все же строгого деления в этом отношении провести нельзя; нередко и части плода приходится вынимать кюреткой и, наоборот, детское место с оболочками—корнцангом.

Выскабливание производится не ложкой, а кюреткой, так как всякую ложку ввести труднее кюретки: ведь дно ложки выпячивается и представляет из себя лишнее противодействие при прохождении шеечного канала, кюретка тоже собственно говоря ложка, только без дна, и чем больше дно у ложки взято, для образования кюретки, тем кюретка более проходима, т. е. чем уже та металлическая лента, из которой сделана петля кюретки, тем кюретка легче проходит. Поэтому кюретки нужно выбирать или заказывать такие, чтобы петля их была не груба, а элегантна, т. е. была бы сделана из узенькой и тоненькой металлической ленты. Кюреток должно быть несколько разной величины; петли их не должны быть широки, форма их должна быть вытянута, потому что кюретка такой формы лучше проходит через канал шейки. Кроме того кюретки должны быть изогнуты под разными углами на подобие того, как это изображено на стр. 237.

Две кюретки нужно иметь изогнутыми почти под прямым углом, как это изображено на стр. 237, одна сильно изогнутая кюретка должна быть маленькая, другая—средней величины. Прямые кюретки, как это часто видишь в продаже, бесполезны.

Из корнцангов также далеко не всякий удобоприменим для указанной цели. Хватающая часть корнцанга представляет из себя собственно говоря тоже две вытянутые мелкие ложки с зазубренными краями, и вот, чем мельче эти ложки и чем менее выпячивается дно каждой ложки, т. е. чем менее выражены щечки хватающей части корнцанга, тем корнцанг лучше соответствует указанной цели, т. е. тем лучше он проходит через шеечный канал в тело матки. Корнцангов тоже нужно иметь несколько разной величины (т. е. разной величины хватающей части) и всякий такой корнцанг должен быть не грубый, а элегантный, и чтобы в замкнутом своем состоянии он был возможно

плоске, т. е. без выдающихся щечек. На рисунке № 32 представлен такой корнцанг в натуральную величину—номер первый, т. е. самый маленький, остальные должны быть больше.

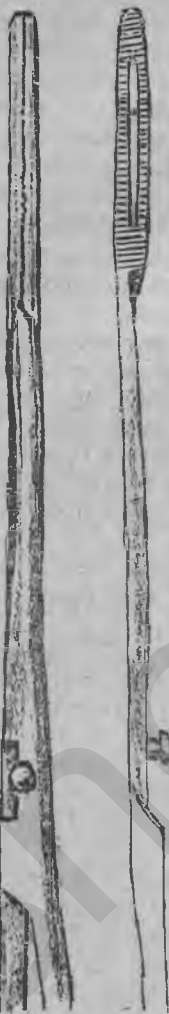


Рис. 32. Корнцанг № 1 в натуральную величину, лучше применять корнцанг еще тоньше, или, точнее, плосче.

Мы говорили «должны быть», на самом же деле мы не имели никогда набора корнцангов в желательном числе, большею частью у нас набор корнцангов состоял, во первых, из такого, который представлен, во вторых из самого обыкновенного встречающегося в продаже некрупного корнцанга и, в третьих, из окончатого корнцанга, изображенного на странице 238, употребляемого при беременности больше двух месяцев. Относительно окончатого корнцанга повторим тоже: кольца его должны быть элегантны, тонки, вытянуты и хорошо прилажены друг к другу, чтобы в сложенном виде они легче проходили через шеечный канал.

Дело в том, что только пользуясь тонким корнцангом, можно хорошо ощущать то, что находится в теле матки; если у нас в руке толстый корнцанг, то, хотя он и прошел как-нибудь шеечный канал, он не дает руке никаких ощущений и хватание им совершается наугад. Посредством же тонкого корнцанга, который свободно маневрирует в полости матки, рука ощущает мягкие эмбриальные ткани яйца и плотную консистенцию стенки матки, нередко тонким корнцангом ощущаются хорошо и части плода. Разумеется, тонкий корнцанг должен иметь затупленный, не острый конец, чтобы не ранить стенку матки; и все же тонким корнцангом не позволительно делать ни одного резкого насильственного движения, особенно рука должна осторожно действовать тогда, когда корнцанг продвигается вглубь матки; при вынимании корнцанга с захваченными частями яйца не приходится применять силу при беременности до двух месяцев потому, что ткани яйца все мягки, уступчивы. Окончатый элегантный корнцанг тоже дает довольно ясные ощущения и им можно различать, захвачены ли части плода или оболочки; если стенка матки не нарушена в своей целостности предварительными манипуляциями, то окончатым корнцангом захватить стенку матки почти невозможно. При вынимании окончатым корнцангом частей плода уже с образовавшейся костной или хрящевой тканью, нужно не применять силу, а не жалеть времени, т. е. вытягивать их нужно тихо, тихо, долго, долго, бесконечно долго, как об этом будем говорить ниже.

При указанном только инструментарию можно соблюдать основной выставленный нами принцип: относиться очень бережливо к тканям матки.

Удаление содержимого из тела матки по типу выскабливания производится кюреткой следующим образом: вогнутая поверхность кюретки прижимает захваченную часть содержимого к стенке матки и приостренным краем верхней части кюретки отскабливает ее по направлению к внутреннему зеву матки; стенка матки в данном случае играет роль того неподвижного предмета, на который давят инстру-

ментом, чтобы от него отскоблить. Если масса, которую хотят удалить, срослась со стенкой матки, то она, действительно, отскабливается, если же масса лежала свободно, то она лишь прижимается кюреткой к стенке матки, чтобы можно было отжимающим движением приблизить ее к внутреннему зеву. Такой образ действия целесообразнее всего в том случае, если в теле матки находится не целое неповрежденное яйцо, а лишь остатки его в виде сплюснутых мягких масс. Когда же выкидыш начинают производить искусственно, т. е. когда яйцо цело, то движения кюреткой не могут быть сразу целесообразны, кюретка при этом может или отскабливать лишь *decidua vegeta* от стенки матки или ворваться в яйцо и разрушать его, при чем вначале отскабливающие действия удаваться не будут. Оператор действительно при этом получает впечатление, что его кюретка не ходит по стенке матки, не чувствует стенку матки, а болтается где то; если такое ощущение продолжается долго, то оно становится тягостным и наводящим на подозрение, что может быть кюретка не там, где ей надлежит быть, может быть она в мягком параметрии или даже в брюшной полости. Это ощущение недостаточной ориентировки кюреткой ведет к беспорядочным и нецелесообразным движениям кюреткой. Если беременность небольшая, то это ощущение скоро проходит, кюретка начинает нащупывать стенку матки и отскабливать. Если же беременность, например, двух с половиною месяцев, то это ощущение продолжается всегда долго, при этом бывает обыкновенно еще очень сильное кровотечение, наступают нередко жуткие минуты, когда из матки льет кровь большой и сильной струей, а отскабливаемых масс не получается. Ощущение кюреткой стенки матки не получается долго еще потому, что когда кюретка работает в части матки, в которой развилось яйцо, стенки матки наиболее разрыхлены, наиболее мягки, как мы на это указывали. При всем этом эта часть матки, в которой развилось яйцо, представляется часто особо выбухшей снаружи и особенно углубленной в карманообразное углубление изнутри, куда кюретка или не входит совсем, или куда оператор боится ее далеко пускать, так как это углубление бывает иногда очень глубоко и достать его дна кюреткой очень трудно, получается впечатление, что кюретка уходит куда то очень далеко, пожалуй, за пределы самой матки. Стенка матки в таких углубленных местах бывает до того мягка, что иногда действительно становится неощутимой в этом периоде операции. При настойчивом старании выскоблить в этом месте можно, пожалуй, проскоблить эту часть стенки насквозь.

Иногда в начале операции кюретка лишь скользит по завороченной оболочке яйца и отскабливает только истинную отпадающую, оставляя самое яйцо в целости. Если оболочки окажутся плотноватыми и если яйцо оказывается сидящим в особом углублении, так что кюретка может скользить только по небольшой части завороченной оболочки, соответствующей небольшому отверстию, ведущему в углубление, то кюретка не входит совсем в полость яйца; у оператора, после того как он отскоблит порядочно истинной отпадающей оболочки от стенки матки, свободной от яйца, получается впечатление, что все окончено и он кончает операцию; беременность же после такой операции может продолжать развиваться вполне правильно. Подобных случаев бывает не мало.

И так при целом яйце одни выскабливающие действия кюреткой часто бывают недостаточны. Во всяком случае одним таким способом удовлетворяться нельзя, требуется усовершенствование. Усовершенствование вносят действия корнцангом.

Когда корнцангом захвачена часть яйца, то дальнейшие действия им мягки и более щадят стенку матки, чем выскабливающие действия кюреткой. Захвативши корнцангом часть яйца, оператор понемногу приводит его к внутреннему зеву и, если захвачена большая часть яйца, то она не проходит сразу внутренний зев, а останавливается тотчас выше его, нажимая на часть матки выше внутреннего зева и действуя как метрейриз. Наши наблюдения убедили нас всецело в том, что такие нажимания на нижний сегмент матки всегда вызывают рефлекторным путем сокращения матки, т. е. настоящие схватки, которые раскрывают матку. Так что мягким действием на матку мы вызываем большие желательные результаты—раскрытие матки, после чего и части яйца выходят скорее и инструменты можно вводить большие по размерам.

Сама операция без расширителей производится так. Женщина приводится в положение как для камнесечения, т. е. бедра приводятся к животу и удерживаются так или помощниками, или ногодержателями, или особыми подставками для пяток, привинченными к столу. Вставляется зеркало Симса, влагалищная часть захватывается щипцами Мюзо или кувальцангом и матка низводится. Затем берется зонд и проводится через шейный канал в тело матки, при чем зондом определяется направление канала, консистенция его стенок, изучаются индивидуальные особенности канала: складки слизистой оболочки, иногда выступающие в виде поперечных гребешков и препятствующие до большей или меньшей степени продвижению зонда, форма и место внутреннего зева, степень его зияния, свойство окружающей его ткани. Движения зонда внутрь не должны быть насильственными никогда; в случае препятствия они должны быть изысканными, чтобы найти отверстие внутреннего зева, которое иногда бывает капризно скрыто; иногда внутренний зев, дав препятствие, вдруг свободно пропускает и зонд и другой инструмент, если будет определено его положение. Когда зонд проходит в тело матки, то не нужно его проводить далеко в матку, нужно провести 1—2—3 раза по стенке тела матки в нижней его половине и этим вызвать сокращение мышц стенок матки, расширяющее, как мы говорили, внутренний зев. Рефлекторно вызванное таким способом расширение внутреннего зева продолжается всего несколько секунд, этим временем нужно воспользоваться, чтобы взять в руки самый узкий корнцанг в роде того, который описан и изображен на рисунке № 32, провести его в полость матки и начать ощупывать им мягкие ткани яйца. Когда мягкость яйца нащупается в какой либо части матки, то она захватывается корнцангом. Если движения корнцангом туда и сюда совершаются легко, без значительных препятствий, то они вполне и скоро убеждают нас в том, что действительно захвачено яйцо, а не стенка матки. Захваченная часть яйца тихим потягиванием приводится к внутреннему зеву. Если захвачена большая часть яйца, то она долго не рвется, а при потягивании начинает притягиваться к внутреннему зеву все яйцо (см. рис. 33). На рисунке изображено так, что корнцанг захватил очень мало яйца, при этом захваченная часть яйца скоро отрывается и выводится корнцангом наружу, свидетельствуя глазам оператора о том, что захвачено было действительно яйцо. Корнцанг вводится тотчас опять и ведется точно в том же направлении, чтобы захватить яйцо там же, т. е. около оторванного места; теперь оператор может захватывать смелее большую часть яйца, потому что он знает, что то, что он захватывает, есть действительно яйцо. Когда захвачена порядочная часть яйца, то оператор начинает весьма тихо, весьма медленно низводить яйцо к внутреннему зеву, что и изображено на рисунке № 33. При удаче захватывания и низведения получают боль-

шие результаты: яйцо начинает отделяться от места своего прикрепления, оно начинает выходить из своего логовища, которое иногда бывает запрятано в карманообразное углубление, и приближаться ко внутреннему зеву. При очень медленном стягивании ворсы яйца оставляют свои места без разрывов сосудов или с малым количеством разрывов и поэтому часто при таком отделении яйца кровотечение бывает очень очень незначительное.

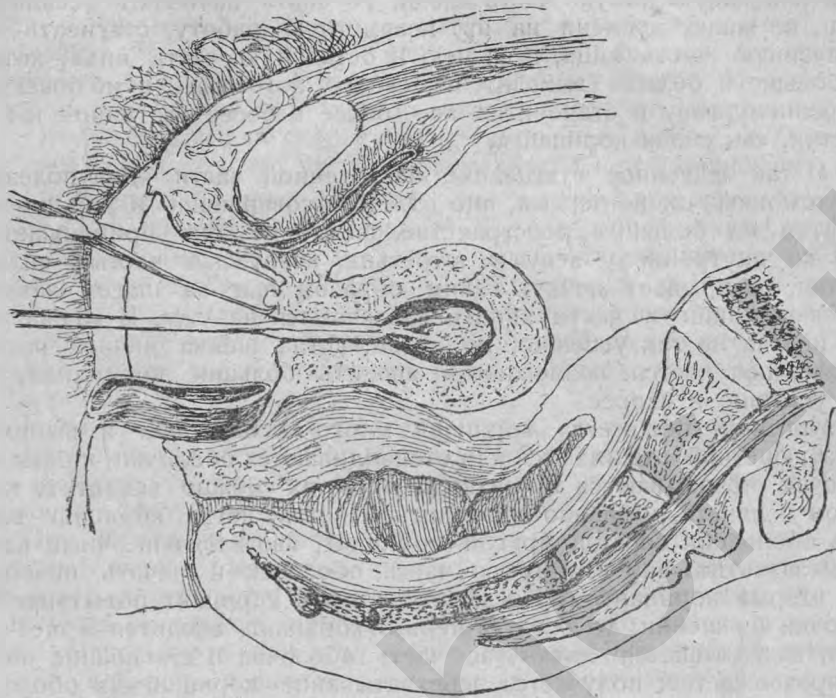


Рис. 33. Сагитальный разрез женского таза, вставлено зеркало Симса, portio vaginalis захвачена щипцами Мюзо, в полость матки введен корнцанг, захвачено яйцо и притягивается к внутреннему зеву матки.

Выскабливание кюреткой всегда довольно чувствительно для оперируемой, иногда очень болезненно. Захватывание яйца и стягивание его корнцангом сами по себе безболезненны. Поэтому стягивание может беспрепятственно со стороны оперируемой продолжаться как угодно долго. Чем дольше продолжается стягивание, тем больше результатов имеет оно, потому что тем на большем пространстве отделится яйцо от матки, тем ближе все яйцо будет к внутреннему зеву и тем большая часть яйца в конце концов будет вынута. Не нужно смущаться тем, что с корнцангом начинает показываться сначала очень маленькая часть яйца, нужно очень медленно и очень легко продолжать тянуть корнцанг к себе, тогда начинают выкатываться из отверстия матки все большие и большие массы яйца, наконец, выходит большой кусок, оторвавшийся от яйца внутри матки. Это притягивание всего яйца ближе к внутреннему зеву имеет те хорошие последствия, что яйцо выходит или всецело или до некоторой степени из карманообразного углубления, если есть таковое, при чем действия кюреткой в карманообразном углублении ограничиваются вообще и производятся

при более благоприятных обстоятельствах, т. е. тогда, когда углубление уже выравнилось и дно его становится легко достижимым. Описываемое стягивание яйца само по себе хотя и безболезненно, но женщина в это время далеко не отдыхает, она в это время часто охает, так как во все время стягивания продолжают схватки, открывающие матку. Теперь, после выхождения части яйца, можно провести больший корнцанг, так как схватки подрасткрыли матку, и захватить еще большую часть яйца. Если удалось захватить большую часть оболочек или какую нибудь часть плода, то опять начинают весьма медленно, не жалея времени на эту незаметную работу, стягивать вниз захваченную часть яйца, а за нею и остальную часть яйца, которая все больше и больше выходит из своего логовища, приближается к внутреннему зеву и становится все более и более доступной как для кюретки, так и для корнцанга.

И так медленное стягивание захваченной части яйца полезно в трех отношениях: во-первых, оно отделяет совершенно и хорошо яйцо от матки на большом пространстве, во вторых, оно приближает все яйцо ко внутреннему зеву и, в-третьих, возбуждая частые сильные схватки, раскрывает шейку. Таким образом шаг за шагом захватываются корнцангом части яйца и извлекаются наружу. В начале дело идет иногда не так успешно, но затем, когда шейка начнет раскрываться и получается возможность вводить большие корнцанги, дело идет успешно и скорее.

Конечно, не всегда корнцанг много захватывает и вынимает. Тогда кюреткой отжимаются или отскабливаются оболочки, концы этих оболочек показываются из матки, теперь их можно захватить корнцангом и начать медленно низводить. Иногда, когда корнцанг вынет часть оболочек, берется другой корнцанг, вводится в шейный канал, чтобы захватить там вытянутую часть оболочек и начать низводить этим вторым корнцангом. Когда этот второй корнцанг повытянет еще оболочки из шейки, то берется первый корнцанг, вводится в шейный канал, захватывается вытянутая часть оболочек и стягивание оболочек продолжается; получается перехватывание корнцангами оболочек, при чем выводится большая их часть. Такое же вынимание с перехватыванием корнцангами производится и с частями плода.

Когда большая или меньшая часть яйца таким образом вынута из матки, то через расширенную уже шейку проводится большая кюретка и начинается успешное и быстрое удаление кюреткой остатков плодного яйца. Иногда при этом приходится снова браться за корнцанг, а потом опять за кюретку. Операция оканчивается при действии лишь кюреткой.

При описываемом способе операции не бывает того момента, когда кюретка перестает ощущать стенки матки, потому что яйцо стягивается корнцангами из тех углублений, где оно сидит и потому что при схватках, вызываемых прижатием частей яйца к внутреннему зеву, места выпячивания матки снаружи и соответственные углубления внутри исчезают; стенки матки сокращаются, подтягиваются и матка принимает свою обычную форму.

Если во время операции возникает очень сильное кровотечение, то нужно кюреткой найти те места, где есть скопления мягких частей яйца и в этих местах особенно тщательно и скоро выскабливать и удалять эти части. Иногда приходится ощущать, что отверстие, ведущее в углубление, очень мало, еле заметно; тогда здесь должна быть сосредоточена работа с кюреткой до тех пор, пока все остатки яйца не будут удалены и углубление исчезнет вследствие сокращения ма-

точной стенки. При выскабливании из углублений и нужны те особо искривленные кюретки, о которых мы говорили раньше.

Когда карманообразное углубление находится на передней стенке матки, то пройти туда инструментом бывает довольно затруднительно; иногда при этом отверстие, ведущее в это углубление, представляется очень маленьким, еле-еле заметным; иногда вначале это отверстие представляется просто как бы замаскированным; при настойчивом же и осторожном проникании туда кюреткой или корнцангом вынимается оттуда очень много, иногда вся масса яйца вынимается почти только оттуда к удивлению оператора, который раньше не замечал этого углубления. Нужно отметить еще, что при попытках очистить это углубление на передней стенке матки возникает почему то особо сильное кровотечение, кровь оттуда начинает прямо бить широким фонтаном. Чтобы прекратить скорее это кровотечение, нужно, не смущаясь, продолжать очищать это углубление кюреткой или корнцангом.

Операция заканчивается повторным контрольным отскабливанием со всех мест слизистой оболочки, т. е. с передней стенки, с задней стенки, с боковых, из углов матки около отхождения труб. Такое контрольное выскабливание должно продолжаться долго, до полного убеждения, что удалено все. В этом отношении делу помогает хорошее сокращение матки; когда таковое произойдет, то все углубления исчезнут, стенки матки становятся ровными и легко доступными всюду для кюретки.

Никаких промываний полости матки, никаких смазываний ее иодом мы никогда не делаем, ибо опыт убедил нас, что это, во-первых, излишне, во-вторых, является лишним моментом для внесения в полость матки инфекции.

При беременности около 4-х месяцев и более описанный одно-временный способ уже менее пригоден, главным образом, потому, что плод снабжен уже довольно плотными костными частями; при этом части плода становятся плотнее тканей шейного канала и могут их ранить. Части плода при этом более противостоят инструментам, их труднее уменьшать и вынимать, не рискуя целостью хотя бы слизистой оболочки. При беременности 4-х месяцев и более более пригоден способ, состоящий в искусственном возбуждении родовых схваток.

Довольно надежным в этом отношении можно считать способ, состоящий в введении в полость матки эластического бужа. Толщина бужа 7—8—10 миллиметров, длина обычная сантиметров 35—40, конец закругленный или несколько суженный. Перед употреблением такие бужи, завернутые в марлю, подвергаются кипячению в течение 3-х минут, затем тотчас по окончании кипячения вынимаются из воды, чтобы они не размокали в горячей воде. Вводятся бужи так же, как это описано в главе о вызывании искусственных преждевременных родов. После введения бужа влагалище нужно потуже затампонировать полосками марли, так как влагалищный тугий тампон так же способен возбуждать схватки.

Схватки возникают иногда через несколько часов, иногда—через 2 суток, а иногда не возникают и после истечения двух суток. Тогда прибегают к метрейризу, вводят маленький метрейриз после предварительного расширения шейки крупными расширителями.

При этом способе выкидыш может закончиться силами природы. Если же дело затянулось, а шейный канал раскрылся хотя немного, то оканчивают аборт при помощи инструментов, при чем части плода вынимаются особыми абортными щипцами, сделанными по типу корнцангов или просто крепкими окончатými корнцангами, а оболочки и детское



место вынимаются или большими корнцангами или большими кюретками или даже просто пальцем или тем и другим, т. е. применяется комбинация этих способов.

При аборте 4—5—6 месяцев, когда от тех или других причин шеечный канал несколько раскрылся и когда пальцем или инструментом прощупывается крупная часть плода, тогда можно поступить следующим образом: после введения зеркала и захватывания влагалищной части щипцами Мюзю ввести в полость матки французские захватывающие щипцы Доена, обычно заменяющие щипцы Мюзю, и захватить ими крупную часть настолько, чтобы они не соскальзывали, затем нужно продвижением сверху, снизу и в стороны убедиться в том, что захвачен действительно плод, а не стенка матки. После этого привязать к щипцам марлей бутылку с водой и, повесив бутылку, устроить таким образом, вытяжение. На такое вытяжение матка всегда неизменно и весьма скоро отвечает сильными, настойчивыми и частыми схватками, ведущими очень скоро к окончанию выкидыша.

Опасности, возникающие при производстве искусственного выкидыша, могут надвинуться, главным образом, с трех сторон: 1) со стороны сепсиса; 2) со стороны кровотечения и 3) со стороны перфорации матки.

Меры против сепсиса известны, о них мы говорить не будем.

Кровотечения угрожающего характера возникают чаще всего при беременности 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> месяцев. Меры против него состоят обычно в том, чтобы очистить скорее ту часть матки, откуда идет кровотечение. А чтобы очистить эту часть, нужно знать, где она находится. Поэтому во время операции должно внимательно следить за теми ощущениями, которые доставляют кюретка и корнцанг и во время манипуляций постараться изучить особенности формы полости тела матки.

Во время кровотечения движения должны быть не так скоры, как уверенны и сознательны, чтобы кюретка или корнцанг забирали возможно большие части яйца и скорее их вынимали. Если кюретка или корнцанг работают там, где нужно, то вместе с кровью из матки вылетают в большом количестве части плода и оболочек и через несколько секунд кровотечение прекращается.

Весьма наклонны к сильным кровотечениям женщины пожилые, за 40 лет и имевшие много детей — 5—6 и больше человек. Если такой женщине приходится делать аборт при беременности 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> месяцев, то нужно быть особо осторожным, лучше же уклоняться от производства операции у таких женщин.

При производстве перфорации матки очень важно заметить это сейчас же после такого факта. Для того, чтобы это вернее произошло, нужно все время следить за тем, что вынимает инструмент. Нужно приучить свой взгляд к цвету и вообще к физическим свойствам эмбриональной ткани, чтобы сейчас же увидеть, если из матки выйдет сальник или петля кишки. Далее инструмент должен чувствовать все время стенки матки; если инструмент в каком нибудь месте матки теряет это ощущение и если он уходит куда-то бесконечно далеко и если он к тому же необычно ясно ощущается через брюшные стенки, то нужно заподозрить перфорацию. Общее состояние больной, после прекращения операции, ее жалобы обычно весьма скоро выясняют печальную диагностику. Если диагностика перфорации поставлена, нужно немедленно приступить к ляпратомии.

## Искусственные преждевременные роды.

Искусственное возбуждение преждевременных родов имеет существенное отличие от искусственного выкидыша в том, что цель операции состоит в спасении жизни не только матери, но и ребенка. Если считают, что жизнеспособен тот ребенок, который родился после 28 недель беременности, т. е. 7 лунных месяцев, то искусственное возбуждение преждевременных родов должно быть производимо не ранее этого срока. Разумеется, чем ближе к 40 недельному сроку родов произведены преждевременные роды, тем жизнеспособнее должен получиться ребенок.

Показания разделяются на две категории. Во первых, показания — со стороны сужения таза, во-вторых, заболевания матери (и реже плода), заставляющие прибегнуть к ликвидации беременности в расчете на лечение или улучшение здоровья матери, причем устраняется и от плода непосредственная опасность, идущая от болезни матери.

Показания со стороны сужения таза в настоящее время суживаются все более и более по мере усовершенствования и распространения кесарского сечения, симфизеотомии, пубиотомии, которые с каждым годом конкурируют все успешнее и успешнее с искусственным возбуждением преждевременных родов. Вопрос об искусственных преждевременных родах возбуждается при средних степенях сужения таза, т. е. когда *conjugata vera* между 7 и 9, т. е. при второй степени сужения; вопрос может быть возбужден и при первой степени сужения, т. е. когда *conjugata vera* 9—11, это тогда, когда известно, что женщина рождает очень больших детей и всегда очень трудно при помощи операций, вредящих ей или ребенку. При *conjugata vera* ниже 7 вопрос об искусственных преждевременных родах уже не возбуждается, так как жизнеспособного ребенка получить нельзя. (Мы получали, но это было исключение). Чашки весов, с одной стороны, с искусственными преждевременными родами и, с другой стороны, с кесарским сечением, пубиотомией приходят в колебание лишь при среднем сужении таза, т. е. 2-ой степени. Если же возбуждается вопрос об искусственных преждевременных родах при сужении 1 степени, то никто, конечно, не будет класть на другую чашку весов кесарского сечения, так как для него и при сужении 2-ой степени показания называются относительными, далеко не всегда признаваемыми; при сужении 1-ой степени вопрос может быть о выборе между искусственными преждевременными родами и родами в срок в расчете на ту или иную помощь во время родов. Вот в этих то случаях, когда женщина с небольшим сужением таза рождает больших детей, да еще имеет обыкновение как будто перенашивать их, искусственное возбуждение преждевременных родов недели за 3 до родов, когда ребенок ожидается почти вполне жизнеспособным, имеет *raison d'être*, как наиболее мягкое, искусно подобранное пособие, более безопасное, чем тяжелая операция во время родов в срок. Подобные случаи, можно думать, навсегда удержат искусственные преждевременные роды в числе акушерских пособий.

*Conjugata vera* = 7 считается низшей границей для показаний к искусственным преждевременным родам только при плоских тазах, при обще суженных плоских тазах эта граница должна повыситься до 8. Наши исследования показывают (см. стр. 33), что при прогрессе в изучении физиологии родов показания к производству искусственных преждевременных родов при сужении таза сильно отодвинулись в сторону выжидания срока родов.

При выработке показаний должен быть хорошо изучен таз ланной беременной и с другой стороны принято во внимание, насколько возможно, величина головки, ее отношение к входу в таз, на основании этого устанавливается время вмешательства.

Поэтому помимо тщательного измерения всех размеров таза обследуется ощупыванием полости таза кривизна безымянной линии, кривизна крестца, постановка его, внутренняя поверхность и высота лонного сочленения и пр.

Затем высчитывается поточнее срок беременности по времени последних регул или иногда по времени оплодотворения, по высоте стояния дна матки, по величине матки, по размерам окружности головки.

За точность этих расчетов всегда приходится бояться, потому, что, как известно, ошибки при этих расчетах происходят нередко с самыми опытными и осторожными людьми. Кроме того, приблизительно высчитывается, в какое время беременности большой поперечный размер головки данного плода будет такой, чтобы не застрять в переднезаднем размере входа в таз, т. е. в размере *conjugatae verae*. За точность этих расчетов еще меньше можно ручаться, но все же производить их нужно.

У беременных в первый раз искусственные преждевременные роды из за сужения таза делаются гораздо реже; некоторые совсем отвергают это воздействие для беременных в первый раз, так как у них дети бывают обыкновенно меньше, с более мягкой, с более конфигурирующейся головкой (см. стр. 33).

Опухоли, поместившиеся в тазу и обуславливающие пространственное несоответствие между головкой ребенка и каналом родовых путей, могут также послужить показанием к производству искусственных преждевременных родов, если они почему нибудь сами не удаляются оперативным путем.

Из общих болезней как острых, так и хронических, весьма многие могут обусловить показания к искусственным преждевременным родам.

Думать о прекращении беременности заставляет обычно не самая болезнь, а интенсивность ее проявления.

Не компенсированные пороки сердца, перерождение мышцы сердца, аневризмы, двухстороннее воспаление легких, обширные плевритические экссудаты, нефриты, пизлиты, *Morbus Basedovii*, грыжи и пр. пр. могут представить опасность для жизни при ожидании родов и во время самых родов. При неукротимой рвоте можно иногда действовать выжидательно до тех пор, пока не получится жизнеспособный ребенок и тогда уже приступить к искусственному возбуждению преждевременных родов.

Также многоводие иногда вызывает необходимость прибегнуть к помощи этого пособия.

Если у беременной во время предшествовавших нескольких беременностей происходила каждый раз смерть плода в известный срок, например, в последний месяц беременности, то производством искусственных преждевременных родов можно предупредить привычную внутриутробную смерть плода всегда в определенное время беременности.

Не нужно пренебрегать исследованием сердцебиения плода при выработке показаний, иначе может случиться, например, при сужении таза, что в результате производства искусственных преждевременных родов получится мацерированный ребенок.

Способов для вызывания схваток много: прием разных внутренних средств, раздражение матки массажем, электричеством, горячими душами, прокол плодного пузыря, ручное отделение оболочек от сте-

нок нижнего сегмента матки, введение бужа, расширение шейки ляминарием или тупело, метрейризм.

Опишем лишь употребительные методы.

*Введение бужа:* Употребляются в данном случае эластические слегка гнущиеся бужи толщиной в 8—9 миллиметров, длиной в 35—40 сант. Употребляется каждый раз новый буж, стоимость его около 1-го рубля. Дезинфицируется буж или выдерживанием его в растворе сулемы 1:2000 в течение нескольких часов или кратковременным кипячением (минуты 2—3) или, лучше, тем и другим вместе. Беременная кладется или на поперечную кровать или на стол. Введение бужа может быть произведено без помощи зеркала: вводят во влагалище два пальца левой руки и ставят концы их на задней губе шейки, вводя буж и под руководством введенных пальцев направляют конец его в шейку; закругленный конец бужа, не задевая за складки слизистой оболочки шейки, проходит до внутреннего зева, без затруднения проходит через внутренний зев, скользит сначала по плодному пузырю, потом помещается между стенкой матки и плодным пузырем. Медленно и осторожно заставляют буж входить глубже, проникая между стенкой матки и пузырем. Иногда буж входит замечательно легко. Если встречается легкое препятствие, то нужно немного вывести буж и потом опять медленно вводить. Если всетаки буж не входит, то настаивать не нужно, нужно определить, в каком направлении пошел буж, вынуть его совсем и опять ввести, но в другом направлении. Самое непреодолимое и самое опасное препятствие буж встречает в детском месте, которое он может пробуровать и произвести таким образом кровотечение более или менее сильное.

В одном случае мы получили такое сильное кровотечение, что у нас забилось сердце, так как мы не знали, чем помочь, когда шейка закрыта, мы вынули буж, чтобы больше не вводить его, кровотечение прекратилось вскоре само собой. При не прекращающемся кровотечении, говорят, нужно разорвать пузырь, что, конечно, является хотя и единственным, но довольно надежным, средством, насколько можно судить по аналогии с разрывом пузыря при *placenta praevia* и при преждевременном отделении детского места. Буж вводится почти весь; задний конец его лишь немного должен выступать из шейки, привязывать к нему ничего не надо, можно затампонировать влагалище для удержания бужа, а можно и не тампонировать, буж держится и сам, упираясь своим концом в заднюю стенку влагалища.

Лучше и асептичнее производить введение бужа при помощи зеркала. Вставляется зеркало Simon'a, захватывают переднюю губу шейки кувальцангом или окончатými щипцами (языкодержателем), и *per visu* вводят буж в шейку, при этом буж не касается ни пальцев, ни наружных половых органов, ни стенок влагалища, что, конечно, много асептичнее.

Женщина укладывается в постель, ей запрещается вставать и советуют лежать попокойнее. Схватки могут наступить через несколько часов, что чаще всего и бывает.

Введение бужа—хорошее средство по простоте, мягкости, верности действия. А верность действия в данном случае есть самое первое, хотя бы способ и уступал в асептическом отношении сравнительно с другими, потому что бывают такие случаи, где схватки упорно не появляются, операция затягивается на 2—3—5 суток, температура повышается и получается положение, из которого нет безопасного выхода. Кто пережил всю тяжесть подобных случаев, тот будет дорожить именно теми способами, которые действуют вернее всего.

Если после введения бужа через 24—30 часов схваток нет, то можно ввести еще буж, не вынимая первого. Через 24 часа можно иногда ввести еще буж, если пропускает шейка.

Чтобы подготовить успех введения бужа, предварительно в течение 2-х дней делают горячие спринцевания каждые 2 часа, или даже каждый час из кипяченой воды 35—36—37—38°, т. е. поступают по способу Kivisch'a, который таким образом советовал вызывать преждевременные роды.

У нас бывали случаи, где при таких подготовительных спринцеваниях, начинались схватки до введения бужа, которое оказывалось излишним, так как роды оканчивались и без него. Это означает, что спринцевания действительно готовят успех введения бужа.

Впоследствии, чтобы предохранить себя от неприятностей при бесконечной затяжке воздействия, мы применяем комбинацию таких средств, которые и раскрывают шейку и вызывают схватки. Мы начинаем с введения палочки ляминария сначала средней толщины, затем самой толстой. Затем мы вводим ряд расширителей самых толстых (до № 30 по шкале Шарьера) вышеописанного образца. После этого сейчас же вводим баллон Champetier de Ribes'a. Раньше вводили кольнейринтер Braun'a, представляющий из себя также каучуковый баллон шарообразной формы разной величины.

Баллон Champetier de Ribes'a представляет из себя шелковый мешок, покрытый снаружи и внутри слоем каучука, он имеет форму усеченного конуса, высота которого = 10—15 сант., основание конуса имеет 31 сант. в окружности. К мешку прикреплена коническая же трубка, ось этой трубки поставлена к оси мешка под углом 135 градусов, в конической трубе прикреплена обычная трубка из того же материала с краном.

Для введения баллон складывают в жгут и захватывают кривым корнцангом. Существует особо устроенный для этого корнцанг, но можно употреблять и всякий кривой корнцанг, который всегда хорошо иметь в наборе.

Вводят баллон тотчас же после расширения, следовательно, при применении зеркала и фиксирующего шейку кувальцанга или окончательных щипцов. Без предварительного расширения шейки провести баллон в большинстве случаев невозможно. После введения его наполняют через трубку кипяченой водой. Для того, чтобы провести воду в баллон пользуются стеклянным шприцем вместимостью 100 грамм; вводят шприца 2—3, проводят палец в шейный канал и ощупывают степень наполнения баллона по большей или меньшей напряженности его стенок. Для возбуждения схваток советуют не наполнять сильно баллон, повидимому для того, чтобы баллон лучше приспособился к форме нижнего сегмента матки. Когда же схватки сделаются сильные, то прибавляют в баллон воды до полного наполнения, так что после раскрытия шейки баллон выходит во влагалище и дальше родится на подобие головки, т. е. вызывает потуги, растягивает промежность и прорезывается через половую расщелину.

Наполнять водой баллон можно и через ирригатор, подвешенный повыше, но это уже не так удобно.

Для усиления схваток и для ускорения раскрытия шейки можно устроить вытяжение баллона, привязав к его трубке за полоску марли какую-нибудь тяжесть, например бутылку с водой, бутылка подвешивается через край кровати и вытягивает баллон из матки, это раздражает нижний сегмент и шейку матки и усиливает родовую деятельность.

ность. После выхождения баллона наполненным, роды уже не могут остановиться и течение их—такое же, как и при всяких родах.

Буж выходит иногда вместе с ребенком.

Но после раскрытия на 3 пальца и сильных схватках буж можно вынуть.

Прогностика для матерей в общем благоприятная. Опасность может угрожать со стороны сепсиса, если предпринятые меры долго не достигают цели.

Прогностика для детей при сужении таза во время родов вдвое лучше, чем при срочных родах. Смертность детей, полученных от преждевременных родов, не больше смертности вообще недоношенных детей.

## Ш И П Ц Ы.

Щипцы назначены для извлечения головки плода из родовых путей матери. Руками сделать это нельзя, потому что руками нельзя схватиться за головку, когда она находится в тазу; щипцы есть продолжение рук; ими обхватывают головку так, что можно приложить большую ручную силу извлечения и они не соскальзывают; так что щипцы прежде всего отвечают своему назначению тем, что они хорошо и прочно обхватывают головку. Для того чтобы вытащить откуданибудь какой-нибудь предмет, нужно иметь возможность за него ухватиться, щипцы дают эту возможность.

Щипцы состоят из двух частей или, как говорят, из двух ветвей. Одна ветвь прикладывается к головке с одной стороны, другая—с другой, противоположной; по середине ветви перекрещиваются, на месте перекреста ветви соединяются между собой так, что подвижность ветвей друг к другу сохраняется только в одной плоскости—если щипцы распочинить горизонтально, то—в горизонтальной плоскости, так что ветви щипцов как бы сочленяются между собой; место сочленения или как бы сустав щипцов, называется замком. Щипцы составляют из себя одно целое тогда, когда ветви их соединены, лучше сказать, сочленены посредством замка; тогда только к ним можно приложить силу, т. е. только тогда ими можно тащить, иначе при попытке извлечения они не действуют, выскакивают или, как говорят, соскакивают (и рвут при этом мягкие части матери).

В каждой ветви щипцов различают: ложку, замковую часть и ручку. Ложками обхватывается головка, за ручки производится извлечение. Часть щипцов, обхватывающая головку, называется ложками, потому можно думать, что изобретатель щипцов Chamberlen (1560—1531) первую модель щипцов сделал в виде ложек, а потом уже догадался вырезать из ложек окошки; если представить себе ложку щипцов без окошка, то получится действительно форма длинной ложки.

Так что ложка щипцов, как и каждая ложка, имеет свою кривизну (чтобы обхватывать головку), эта кривизна называется головною. Конец ложки, имеющий форму петли, так и называются петлей. Ручки щипцов прямы, а ложки изогнуты еще так, как бывает изогнут положим маточный промыватель, т. е. сообразно проводной оси таза, эта изогнутость щипцов называется тазовою кривизною щипцов.

Не лишнее отметить, что тазовая кривизна щипцов не необходима, и есть модель щипцов Лазаревича без тазовой кривизны, между тем

как в головной кривизне щипцов заключается первое необходимое условие их действия, без головной кривизны щипцы существовать не могут, они явились бы простыми кусками железа без всякой идеи и цели.

Из ложек щипцов одна назначена всегда для левой половины таза, другая для правой, первая называется левой ложкой, вторая правой; при введении щипцов левая ложка всегда держится в левой руке, а правая в правой.

Существовали и существуют правила для накладывания щипцов, правила, не прочно установленные, подвергающиеся изменениям и безнаказанно нарушаемые. Прочно же установленных принципов, по которым можно было бы сознательно владеть щипцами, как продолжением рук, не было, не смотря на 300 летнее существование инструмента.

Эта-то до некоторой степени безпринципность всегда отражалось в технике операции: в большинстве случаев проводился в жизнь один общий принцип: захватить и тащить в известном направлении, а как захватить, это объяснялось в разных местах разным образом.

Постараемся разобраться в принципиальной стороне вопроса насколько эта сторона разработана в современной науке.

При применении щипцов мы должны следовать механизму родов. Это аксиома. Если мы посмотрим на головку новорожденного (без родовой опухоли) в профиль, то увидим, что она действительно имеет форму овоида, по просту похожа на яйцо, как об этом мы говорили в главе о механизме родов. Один полюс яйцевидной головки есть затылок—это более тупой конец яйца, а другой—подбородок, это аналогично более острому концу яйца. Соответственно этому ложки щипцов удачно сделаны длинными. Всякое яйцо проходит через кольцо, имеющее диаметр несколько больший диаметра экватора яйца только тогда без задержки, когда яйцо идет, имея один полюс впереди, а другой сзади. Яйцевидная головка проходит через тазовое кольцо, как известно, без задержки тогда, когда она идет имея один полюс впереди идущим, а другой—позади, т. е. когда впереди всего идет затылок, а позади идет подбородок или наоборот—впереди всего идет подбородок (при лицевом положении), а позади—идет затылок.

Pinard показал, что при накладывании щипцов нужно руководствоваться положением головки в тазу и захватывать ее только известным образом, не обращая внимания на то, как расположатся щипцы в тазу, прямо, вкось или даже поперечно.

Varnier и Farabeuf разработали вопрос о лучшем способе захватывания головки, при котором вернее всего достигался бы успех, при котором легче всего шло бы извлечение и получался бы неизуродованный ребенок. Они устанавливают прежде всего, что головка-овоид должна быть захвачена щипцами в длину, т. е. ось, проходящая через полюсы овоида—наибольший размер головки (большой кривой размер ее) должна быть параллельна оси ложек или даже совпадать с нею. Затем они указывают, что на овоиде—головке можно установить несколько меридианов, т. е. плоскостей сечения, проходящих через 2 полюса; из них есть один главный, который разделяет головку на 2 половины, следуя по стреловидному шву, по носу, подбородку, по затылочной дыре, это меридиан сагиттальный. Другой меридиан, перпендикулярный первому, проходит впереди уха и над ним пересекает скулу и темянной бугор, это меридиан латеральный. Ложки щипцов должны быть наложены соответственно этому, латеральному меридиану. Так что, если ложки наложены правильно, т. е. параллельно оси головки-овои

и соответственно ее латеральному меридиану, то концы ложек должны быть обращены к подбородочному полюсу, начала ложек должны покрывать затылок, окошки должны заключать в себе теменные бугры в тех их частях, которые ближе к началу ложек, а в частях ближайших к концу ложек находятся скулы и отчасти щеки, там же видны и углы нижних челюстей; выпуклый край ложки граничит с орбитой, вогнутый сплющивает ухо (рис. 34).

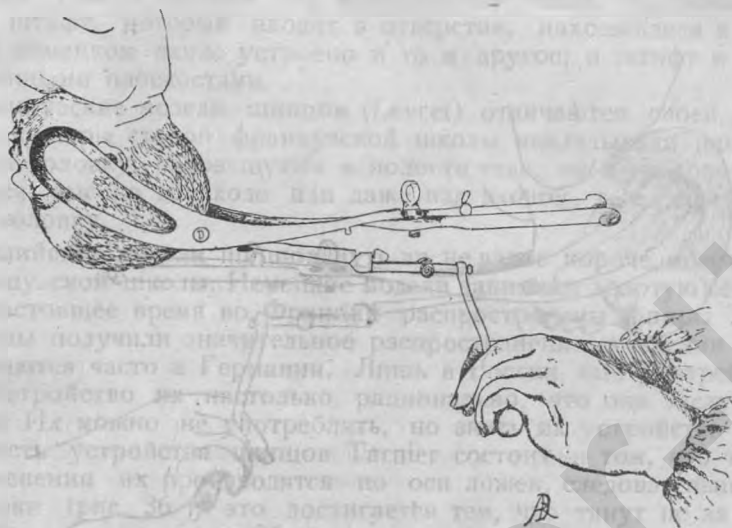


Рис. 34. Щипцы наложены правильно (по Varnier и Fabry) на головку, предлежащую затылком.

Так что, если головка находится у выхода таза, совершила свой внутренний поворот и сагиттальный шов, а также и сагиттальный меридиан расположены по средней линии и направляются спереди назад, то щипцы накладываются прямо—в передне-заднем размере таза, тазовая кривизна щипцов совпадает с кривизной таза. Если же головка еще не сделала внутреннего поворота, находится, положим, в переднем виде I-й (левой) позиции, и сагиттальный шов ее в косом размере и если щипцы хотят наложить по принципам, выработанным только что упомянутыми авторами, то нужно и щипцы наложить косо, в косом размере, вопрос только в том, куда должна быть направлена вогнутость щипцов, налево или направо. Вогнутость щипцов направляется всегда в сторону затылка (при затылочном положении) и в сторону подбородка при лицевом положении (рис. 35) потому, что эти части головки, как ее полюсы, должны быть извлечены первыми, ось ложек должна быть параллельна и даже совпадать с осью головки, идущей от затылка. В данном случае затылок обращен влево, поэтому вогнутость щипцов должна быть обращена влево. Левая ложка обращена более книзу, правая кверху. Лучше вводить всегда левую ложку первую, потому что на левой ложке находится та часть замка, в которую вкладывается другая часть замка, находящаяся на правой ложке. Но большой беды не будет, если вводит первую правая ложка, тогда, чтобы замкнуть щипцы, нужно перевести ручки одну вокруг другой так, чтобы левая ручка все же была ниже правой. Опытные операторы привыкают во всех случаях вводить первую левую ложку; для перевода ручек



требуется все-таки некоторое время, а выигрыш времени во всякой операции ведет к пользе.

Если головка—в переднем виде второй позиции, то щипцы должны быть наложены также косо, только тазовая вогнутость щипцов должна быть направлена вправо, т. е. в сторону затылка. Тогда левая ложка должна занять более возвышенное положение, т. е. быть немного сверху, над головкой, а правая должна быть помещена ниже, немного под головкой. И в этом случае удобнее наложить сначала левую ложку.

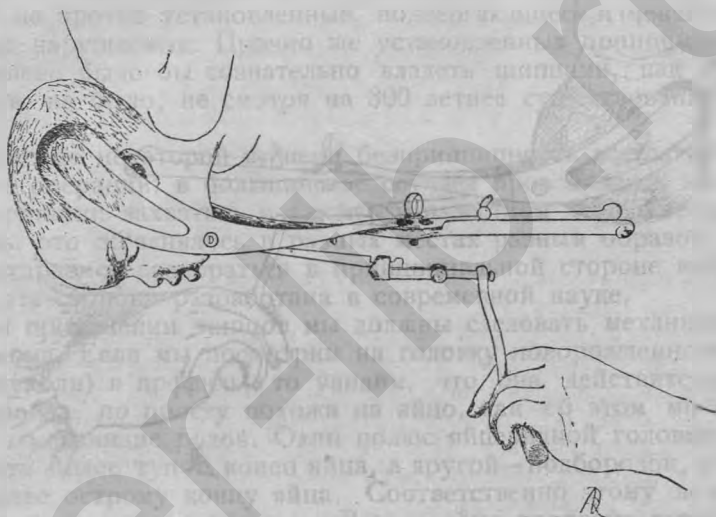


Рис. 35. Щипцы наложены правильно на головку при лицевом положении (кривизна щипцов обращена в сторону подбородка).

Если головка в поперечном виде первой позиции и щипцы хотят наложить на головку правильно, как это описано, то щипцы должны быть расположены в поперечном размере таза и тазовая вогнутость будет смотреть прямо влево, в сторону затылка.

Когда щипцы наложены на головку, то нужно иметь в виду, что вследствие тазовой кривизны щипцов ось ложек и ось ветвей не совпадают, а находятся под углом друг к другу. Достаточно взглянуть на сложенные щипцы, чтобы понять это. Ось головки, как сказано, или параллельна оси ложек или даже совпадает с ней, следовательно ось головки не на одной прямой линии с осью ветвей, а под углом друг к другу. Так, что когда делают тракции за ручки, то тянущая сила направляется по оси ветвей, но не по оси ложек, а следовательно и головки, объекта применения силы. Сила при этом раздваивается: одна часть ее полезная, она извлекает головку, другая пропадает, бесполезная и даже вредная, потому, что она лишь прижимает головку к лону и мочевому пузырю.

В настоящее время в практике употребляются как щипцы, в которых указанное раздвоение силы исключено и проявляется лишь полезная сила, так и такие модели щипцов, в которых это раздвоение силы остается.

К первой категории щипцов относятся щипцы Tarnier и их видоизменения: щипцы Simpson'a Herfi'a, Breus' и пр.

К щипцам второй категории относятся все остальные модели, начиная с первой Chamberlen'a, все немецкие—Naegele, Braune, Busch'a, французские за исключением Tarnier, т. е. щипцы Levret, Pajot, все английские.

Существенное различие между моделями щипцов второй категории заключается в замке. В английском замке замыкание происходит так, что на ветвях устроены выемки со скошенными плоскостями, вкладывающимися одна в другую. Во французском замке на левой ветви устроен штифт, который входит в отверстие, находящееся в правой ветви. В немецком замке устроено и то и другое: и штифт и выемки со скошенными плоскостями.

Французские модели щипцов (Levret) отличаются своей длиной, так как акушеры старой французской школы накладывали щипцы не только на головку, находящуюся в полости таза, но и на головку, находящуюся высоко во входе или даже над входом, т. е. еще на подвижную головку.

Английские модели щипцов чуть-ли не вдвое короче моделей старой французской школы. Немецкие модели занимают золотую середину.

В настоящее время во Франции распространены щипцы Tarnier. Эти щипцы получили значительное распространение в Англии и даже употребляются часто в Германии. Лишь в России они употребляются редко. Устройство их настолько рационально, что они заслуживают описания. Их можно не употреблять, но знать их устройство нужно. Особенность устройства щипцов Tarnier состоит в том, что тракции при применении их производятся по оси ложек, следовательно, и по оси головки (рис. 36); это достигается тем, что тянут не за ручки, а за особые стержни (рис. 36), присоединенные прямо к ложкам подвижно. К стержням примыкает трактор, устроенный так, чтобы удобно было захватить рукой и применить силу извлечения. Трактор изогнут, чтобы не нажимать на промежность; ручка трактора подвижна по отношению к нему, чтобы тянущая сила не влияла на направление трактора; подвижность же стержней по отношению к ложкам щипцов исключает всякое влияние тракции на направление движения головки, головка при тракции не стеснена в своем движении и может поворачиваться во все стороны; благодаря этому головка во время тракции свободно продвигается все движения, какие ей полагается по механизму родов. И так тракции совершаются по оси ложек и по оси головки (осевые тракции) и естественные движения головки не стеснены; получились-бы идеальные условия, если бы не сложность устройства щипцов, заключающаяся главным образом в замке, который устроен так: на левой ветви находится стержень, на правой выемка, стержень вставляется в выемку и привинчивается (рис. 36) винтом а, кроме того на левой ветви ближе к ее ручке находится подвижной винт б, укрепляемый крылатой гайкой; на соответствующем месте правой ветви в находится возвышенная выемка, в которую опускается винт. Когда щипцы замкнуты и винт опущен в выемку, то завинчиванием гайки приближают посредством винта обе ручки, а потому и обе ложки друг к другу, при чем ложки сдвигают головку. Этот винт называется винтом давления в отличие от первого винта а), который фиксирует замок и называется винтом захватывания.

Во время операции накладываются обе ложки и замки замыкаются и завинчиваются. Стержни соединены с ложками заранее, чтобы задние их концы, пока свободные, не болтались, во время накладывания щипцов их защелкивают предварительно за особые штифтики на ложках. Перед соединением стержней с тракторами задние их концы

отстегивают от штифчиков. Соединение задних концов стержней с трактором устраивается так: передний конец трактора оканчивается четырехугольной трубкой, задние концы стержней вставляются в четырехугольную трубку и удерживаются в ней посредством гайки, которая ходит по трубке.

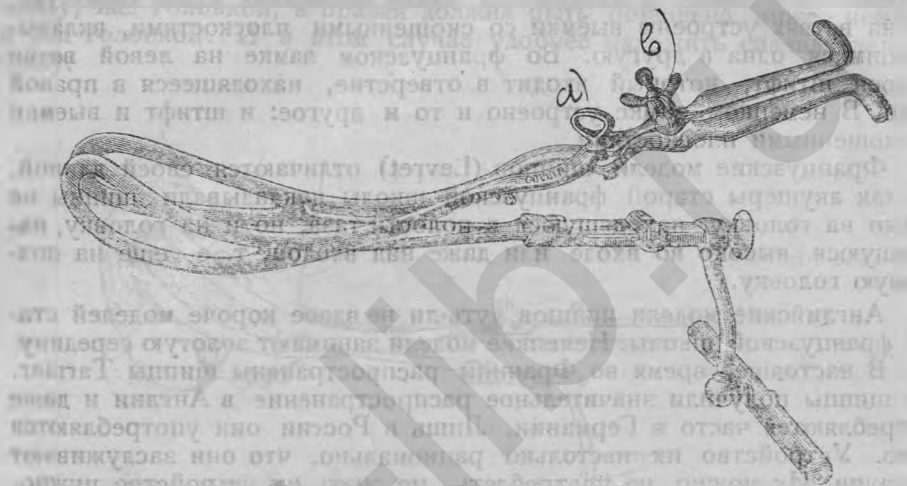


Рис. 36. Щипцы Тарнье а) винт захватывания и б) винт давления.

При употреблении щипцов Tarnier обеспечивается правильное накладывание ложек на головку главным образом благодаря тому, что ложки прочно фиксируются на головке посредством винтов захватывания и давления. Щипцы Tarnier позволяют производить операцию щипцов тем рациональным способом, который применяется во французской школе. В России этот способ не применяется, но мы все же опишем его хотя бы только с педагогической целью. После описания самого рационального способа описание других менее рациональных, но более простых и скорых способов, будет понятнее; кроме того при неуспехе применения более простых способов можно взяться и за более сложный, но зато более рациональный и в трудных случаях лучше ведущий к успеху способ.

#### Рациональный способ накладывания щипцов.

Больная кладется на операционный стол или на поперечную кровать. Наркоз всегда весьма желателен, но не во всех случаях безусловно необходим. Прямая кишка и, по возможности, мочевого пузыря должны быть опорожнены.

При применении рационального французского способа, операция делится на 5 моментов; употребляются щипцы Tarnier.

*1-й момент.* Положим, головка в полости таза, в первой позиции—передний вид. Первая ложка вводится левая, она, как пояснено выше, должна лечь косо на нижележащую височную сторону головки, заняв правильное на ней положение, как это описано выше. Чтобы расположить ложку на головку правильно, нужно, взяв левую ложку в левую руку, ввести постепенно всю правую руку во влагалище, это и составляет первый момент, для чего советуют пользоваться терпением, вазелином и хлороформом, особенно у первородящих. И так

правая рука, тыл которой намазан вазелином, проводится между головкой и стенками таза; свободное место для этого оказывается всегда, рука в данном случае стремится поместиться косо влево (между копчиком и левой седальной остью), тыл руки скользит по стенке таза, ладонная поверхность по головке, в данном случае как раз по той боковой поверхности ее (нижележащей), на которую должна быть наложена левая ложка, рука прощупывает при этом всю эту поверхность головки, концы пальцев достигают уха, так что почти вся поверхность головки, на которую должна быть наложена ложка, находится на введенной руке. Достигнуть всего этого возможно конечно только при том условии, если введенная рука расположилась плашмя на головке, как бы распласталась между головкой и стенкой таза.

Таким образом, введенная рука вполне и уверенно ориентируется относительно положения головки. Если эта рука ощупает, что головка недостаточно согнута и концы ложек не будут соответствовать полюсам головки, ось головки поэтому не будет совпадать с осью ложек, то эта рука может исправить положение головки, согнуть ее, чтобы затылок шел как раз впереди. Такое неполное сгибание головки замечается чаще всего у первородящих и страшно затрудняет извлечение, если оно не устранено введенною рукою. Мы помним много пациенток, у которых первые роды прошли с очень трудными щипцами, наложенными на головку, находящуюся в полости, а последующие роды отличались легкостью; затруднение заключалось только в не полном сгибании головки. Введенная рука опускает также, если опущена мелкая часть плода или, особенно-пуповина, она отводит их в сторону и следит при накладывании ложки, чтобы ни та ни другая не попали между головкой и ложкой. Нам случалось терять детей от того, что пуповина попадала между головкой и ложкой.

*2-ой момент.*—Введение и помещение первой (левой в данном случае) ложки. Рука захватывает ветвь за ручку как писчее перо или полною рукою, но так, чтобы не было напряжения захвативших пальцев, чтобы ветвь была подвижна и свободно ходила, словом, при захватывании не должно быть вида, что ветвь хотят воткнуть с силой, нужно, чтобы ветвью можно было делать мелкие элегантные движения, чтобы можно было лавировать ветвью туда и сюда при приспособлении к тесному пространству. Рукояткой ветви нужно действовать таким образом, чтобы ложка расположилась плашмя вплотную на ладонную поверхность введенной руки и проникала мало по малу между рукой и головкой; на головке ложка должна быть расположена тоже совсем плашмя, двигаться на головке ложка должна тоже плашмя так, чтобы край ложки нигде не поднимался над головкой, нигде не отставал от нее, движение ложки по головке все время должно походить на движение саней по дороге. Первая ошибка, которую допускают учащиеся на практических занятиях и начинающие врачи во время операции, и состоит обычно в том, что ложку не приспособляют плашмя на головке, а двигают ею ребром вперед.

Проводить ложку через половую расщелину, конечно, нужно соответственно тому, что половая расщелина продольна, значит, ложку нужно держать одним краем на промежности, а другой край должен смотреть вверх или косо, положение ложки должно соответствовать также, конечно, и введенной руке, которая держится по отношению к половой расщелине обычно или косо или продольно, редко—поперечно (у многородающих). Тотчас по введении во влагалище ложка, идя по руке, переходит на поверхность головки, и располагается на заранее намеченные введенной рукой места головки. В то время когда

ложка ложится плашмя на руку и переходит плашмя на головку, ручки щипцов должны смотреть кверху или, как говорят, быть параллельны паху, иначе быть не может. По мере того как ложка входит больше и больше, ручка опускается мало по малу, это опускание происходит не по прямой линии, а по дуге. Ложка должна проходить тихо, должна гладко скользить как сани по хорошей дороге; проталкивать ложку с силой нельзя.

После того, как ложка введена и размещена на головке правильно, т. е. как это описано на рис. 34, оператор удерживает ее за ручку на месте и тихо вынимает введенную руку, избегая сместить ложку щипцов: затем он передает ручку помощнику и рекомендует ему держать ее неподвижно.

*3-й момент.* Введение и помещение второй ложки. Вторую ложку, правую в данном случае, нужно поместить на головке косо вверх в направлении диагонально противоположном левой ложке. Правую ветвь нужно взять в правую руку, а левую руку ввести во влагалище глубоко до тех пор, пока концы пальцев не придут в соприкосновение с задней стенкой таза вблизи крестцовоподвздошного сочленения; этой рукой не нужно отыскивать другое ухо, которое будет теперь кпереди за лонными костями и потому не достижимо. Этой рукой также невозможно прощупать всю поверхность головки, на которую будет наложена правая ложка, ибо эта поверхность обращена кпереди и большая ее часть находится за лонными костями и головкой, находящейся в полости таза, рука проведена быть не может. Так как вообще в передней половине таза мало места, а со стороны крестца всегда место для ложки найдется, то вторую (в данном случае правую) ложку после введения во влагалище помещают сначала сзади у крестцовоподвздошного сочленения, где находятся концы пальцев введенной руки; ложку с этой стороны прикладывают плашмя к головке и затем перемещают ложку на верхнюю поверхность головки, чтобы она заняла положение, как сказано, диагонально противоположное первой ложке. Это перемещение производится главным образом движениями пальцев введенной руки и менее всего усилиями наружной руки, держащей за ручку. Если наружной рукой, держащей за ручку, стараться с силой перемещать ложку, то последняя делает слишком размашистые резкие движения, ведущие к травме мягких родовых путей. Перемещающаяся ложка должна скользить по головке совершенно плашмя, чтобы края ложки не отходили от головки и не упирались ребрами в стенки таза; мы опять настойчиво обращаем на это внимание. Никогда в жизни ни у нас, ни у наших ближайших товарищей, работающих на большом материале, не бывало, чтобы нельзя было ввести ложки щипцов, между тем как от товарищей врачей, приехавших усовершенствоваться в акушерстве, приходится слышать, что у них бывали случаи, когда они не могли ввести ложки щипцов; это только потому, что они держали ложки не плашмя по головке, а упирались ребрами ложек с одной стороны в головку, с другой стороны в стенку таза. При всякой операции инструмент нужно держать ближе к удаляемой части, этому правилу нужно следовать и во время операции щипцов; поэтому ложки должны скользить строго по головке, не задевая части матери и все, что встречается на пути, например край шейки матки, пуповины должно быть отстранено; ложка должна проскользнуть, ни на момент не отставая от головки ни одной своей точкой, под край шейки, если таковой попадается на пути ложки, иначе ложка окажется в своде влагалища, а не на головке.

По мере того как ложка проникает и приближается к своему

окончательному положению, ручка ее, смотрящая вверх, опускается, делая дугообразное движение. При этом заботятся о том, чтобы ручка подошла возможно ближе своей замковой частью к замковой части ручки первой ложки, которую удерживает помощник в одном положении. Тогда стараются привести ручки в симметрическое положение, причем положение правой ложки само собой определяется на головке: оно становится таким же правильным, как положение левой ложки, так что положение правой ложки можно и не контролировать внутренней рукой тем более, что это обычно и не удается в полной мере, затем левая рука вынимается из вагины.

*4-й момент*—замыкание. Чтобы замкнуть ветви, берут каждую рукоятку в одноименную руку вблизи крючка, приближая их друг к другу таким образом, чтобы стержень вошел в выемку как следует, потом поворачивают винт, чтобы фиксировать замыкание. В этот момент операции можно встретить некоторое затруднение: замковые части могут быть не параллельны. Иногда достаточно опустить ручки пониже, чтобы параллелизм был достигнут. Или же, оставляя первую (левую) ветвь неподвижной, производят второй ветвью легкие ротаторные движения, которые привели бы замковую часть в желаемое положение. Если этого мало, то вводят два пальца и поправляют положение второй ложки на головке, чем в конце концов и достигается параллелизм. В крайнем случае вынимается вторая ветвь совсем и накладывается вновь.

После замыкания вводят указательный палец, чтобы проверить, совпадает ли сагиттальный меридиан головки с осью ложек, если окажется, что малый ридничек с частью сагиттального шва находится ближе к одной из ложек, то нужно разомкнуть щипцы и начать снова операцию.

Если применяют щипцы Tarnier, то замыкание оканчивается завинчиванием винта давления.

*5-й момент*—извлечение. Если применяются щипцы Tarnier, то при извлечении оператор захватывает ручку трактора по середине полною рукою и выжидает потугу, чтобы к своей силе, которая является искусственным пособием, присоединить естественную силу. Вообще при всех акушерских операциях непременно нужно держаться следующего принципа: все, что может сделать натура, предоставлять делать ей, применять же свою силу и искусство нужно лишь в такой мере, в какой существует недостача натуральных сил. Никакой самый искусный оператор не может дойти до того совершенства, с каким проявляются силы природы.

При щипцах Tarnier не нужно держать за рукоятки, ложки должны быть удерживаемы в соприкосновении с головкой винтом давления, который не дает ручкам расходиться; достаточно во время извлечения наблюдать за винтом, чтобы он не развинчивался. Если употребляются щипцы не Tarnier, а всякая другая модель без приспособления для осевых тракций, то оператор при тракциях должен охватить ручки около замковой части так, чтобы замок не размыкался и во все время тракции не переставать сжимать ручки инструмента. Некоторые советуют располагать пальцы на ручках известным образом; мы этого не делаем, потому что оператор может брать за ручки разным способом в разные моменты операции так, как это ему удобно. Важно знать, что нужно достигать, руки же сами приспособляются.

На ручках снаружи приделаны крюки для того, чтобы за них задевать пальцами при тракциях, чтобы руки не скользили по щипцам.

Итак нужно удерживать замок, тянуть и направлять тракцию известным образом.

При щипцах Tarnier не нужно заботиться, чтобы куданибудь направлять тракцию. Так как щипцы Tarnier не стесняют движений головки, то при них головка делает свободно ротаторные движения, разгибание, словом все то, что ей надлежит делать по законам механизма родов так же, как если бы роды оканчивались без щипцов; при этом ручки своими наружными движениями показывают, какие движения делает головка. При употреблении щипцов Tarnier тракцию нужно делать так, чтобы стержни отстояли на 1 поперечный палец от нижней поверхности щипцов. Так что при щипцах Tarnier можно строго следовать естественному механизму родов, стоит только следовать указаниям ручек и тянуть в том направлении, куда направляются ручки.

Тракции должны быть умеренной силы; вся сила оператора не должна быть употреблена, это должно соблюдаться при всяких щипцах и особенно при щипцах Tarnier, так как при них вредно направленной силы нет, вся сила тракции идет на пользу, т. е. вытягивает головку. Тракции должны быть медленны; они производятся одной рукой, другая рука умеряет выхождение головы по мере того, как голова расширяет мягкие части и угрожает промежности.

И так мы изложили общую часть учения о щипцах. Щипцы Tarnier и рациональный способ французской школы помогли нам изложить образнее, полнее и, надеемся, понятнее основные правила операции щипцов и обозначить точнее цели, которые должны быть достигаемы оператором в разных фазах операции. Правила и цели одни и те же, какого бы рода щипцы не употребляли. Мы далеки от мысли рекомендовать непременно употреблять всегда щипцы Tarnier и действовать всегда так, как изложено при описании рационального французского способа. Щипцы Tarnier имеют недостаток, они сложны и винт давления сдвигает голову на слишком продолжительное время. При употреблении щипцов другого образца операция совершается проще, скорее, больше простора для ловкости, умения и находчивости оператора и есть возможность после каждой тракции быстро разомкнуть щипцы, чтобы дать отдохнуть голове ребенка от сжимания.

В России употребляются щипцы главного образца немецкого образца—Braun'a и Busch'a и способ производства операции упрощен, хотя и уступает в рациональности. Думаем, что и французские врачи не всегда пренебрегают упрощенными и скорыми способами. Поэтому мы при описании видоизменений операции щипцов при разных положениях головки будем уже иметь в виду щипцы не Tarnier, а обыкновенные, т. е. щипцы Levret, Braun'a, Busch'a и пр. без осевых тракций.

#### **Щипцы на головку, находящуюся у выхода таза в прямом размере его стесненными сагитальными размерами.**

Вводится первая левая ложка, как это принято всегда делать. В качестве проводника для ложки вводится не вся рука, а лишь 2 пальца; проводится по пальцам ложка до соприкосновения с некоторою частью головки, ложка прилагивается к головке так, чтобы легла плашмя на головке, а это может быть сделано лишь в том случае, если рукоятка будет приподнята и конец ее будет смотреть совсем вверх, в потолок; дальнейшее прохождение конца ложки по головке совершается без проводника само собой (заднее ухо не отыскивается). Если встречается еще край шейки, то внутренние пальцы направляют конец ложки по головке под край шейки. Раз стреловидный шов в прямом размере таза, то щипцы накладываются прямо, т. е. их тазо-

вая кривизна будет соответствовать кривизне таза. Вторая ложка накладывается так же и стреловидный шев должен быть как раз по середине между ложками. Замыкание делается так, как это описано выше. Положение ручек оказывается горизонтальным, концы их смотрят прямо к животу оператора, иногда немного отклоняются вверх. Тракции должны быть медленны и осторожны, ибо головка скоро вступает в канал мягких родовых путей. Ложки расположились на головке не под контролем руки, следовательно, не по всем правилам, изложенным ранее, они легли наверное на височные поверхности головки, вопрос только в том, совпадает-ли ось головки с осью ложек, полюсы овоида-головки—на концах-ли ложек, другими словами, согнута-ли хорошо головка. У первородящих, как мы уже говорили, это встречается не всегда. Но под влиянием тракций не вполне согнутый затылок упирается сначала в лонные кости, потом под влиянием силы тракции подходит под лонную дугу, проходит под ней и, таким образом, неправильность в захватывании головки сглаживается; теперь, после прохождения затылка под лоном, головка должна делать разгибательное движение, затылок устремляется вверх, теперь уже ложки сами, без оператора, стремятся располагаться так, чтобы их ось совпала с осью головки и ручки, как указатель этого стремления, начинают подыматься вверх и тем указывать оператору, что тракции должны быть направляемы постепенно вверх.

Общее направление тракций должно составить параболу: начаться с горизонтального и кончиться тем, что ручки будут смотреть к потолку и даже могут загигаться дальше, почти до соприкосновения с животом роженицы. Тракции нужно начинать вместе с началом потуги, оканчивать можно также вместе с окончанием потуги. В промежутке между тракциями недурно осведомляться о сердцебиении плода, что не всегда удается, так как сердцебиение слышно хуже после того, как плечики понизятся и вступят во вход таза. Если сердцебиение стало очень редким и в промежутке между тракциями не восстанавливается до нормы или вообще, если есть подозрение опасности со стороны ребенка, то можно с тракциями и форсировать; перед усилением и ускорением тракций можно сделать *episiotomia* и идти, таким образом, прямо на нарушение целости промежности и вообще вульварного кольца. В промежутках между тракциями нужно размыкать щипцы и тем прекращать сдавление головки. Когда затылок начнет выходить совсем, и головка, растягивая промежность, будет выступать из половой расщелины, удобнее всего поместиться не прямо перед больной, а с боку, у ее левого бедра, левой рукой захватить щипцы и уже не вытягивать головку, а делать лишь поворот кверху, так что головка будет не столько вытягиваться, сколько вылушаться из мягких родовых путей; другой же рукой, правой, охватывается промежность, т. е. точнее, охватывается головка через промежность, чтобы умерять движение головки и регулировать ее разгибание. Когда выйдут темянные бугры, можно щипцы снять и дальнейшее выведение головки продолжать ручным способом так, как это описано при ведении нормальных родов.

#### **Щипцы на головку, находящуюся в полости таза в косых и поперечных размерах.**

Когда головка находится в переднем виде одного из двух косых положений, то следует, конечно, и щипцы накладывать на головку правильно, в соответствующем косом диаметре таза так, чтобы кривизна щипцов была обращена в сторону затылка, словом, так, как



это описано; в этом случае оператор будет не уклоняться от вышеизложенных принципов, будет ближе к ним, чем вернее и скорее будет обеспечен успех. Но не будем запугивать начинающих последствиями несоблюдения всех правил, не будем фарисействовать, утверждая, что мы сами соблюдаем всегда эти правила, наоборот, ободрим начинающих и скажем, что очень часто не происходит никакой беды, если при косом положении головы в полости щипцы будут положены прямо, в поперечном размере таза, т. е. кривизна щипцов будет совпадать с кривизной таза.

Когда врач не следит за родами, когда на головке образовалась родовая опухоль, то определить положение головки бывает трудно; тогда, чтобы не запутаться и не наложить щипцы уже в нежелательном направлении, накладывают их прямо. Некоторые авторы, как например Saxtorph, Феноменов, утверждают, что щипцы нужно накладывать всегда прямо, т. е. в поперечном размере таза, не заботясь о том, как они лягут на головку. Во время тракций головка, даже охваченная ложками, при своем поступательном движении в полости таза делает свой внутренний поворот затылком к лону и из косога размера переходит в прямой размер таза, щипцы же, наоборот, из прямого своего положения переходят в косое (т. е. выражаясь акушерски, из поперечного размера таза переходят в один из косых его размеров). Если извлечение идет успешно, т. е. головка уже выходит, то можно не передвигать щипцы, а так и закончить извлечение при косом положении ложек, если же предстоят еще тракции, то для успеха дела и в обеспечение целости промежности следует передвинуть ложки и поставить их параллельно сагиттальному шву.

Когда накладывают щипцы на головку, находящуюся в переднем виде одного из косых размеров, прямо, т. е. не сообразуясь с размерами головки, то иногда уже при положении и замыкании щипцов делается поворот головки затылком вперед. Если этот поворот головки совершается во время тракций, то он совершается, главным образом, в силу простой тракции в горизонтальном направлении и в силу противодействия со стороны родовых путей с другой стороны, так что стараться повернуть щипцами головку в желательном направлении не приходится, само все делается при удаче. В случае же, если внутреннего поворота головки не происходит, то можно во время тракции повертывать ручки так, чтобы затылок подходил под лono; разумеется, это повертывание имеет больший успех тогда, когда ложки наложены на головку правильно, тогда исправляется положение и щипцов и головки вместе.

Вообще же при затруднениях, если извлечение головки никак не происходит, то ничего не остается, как приступить к рациональному способу наложения ложек щипцов, как описано, при котором и положение ложек на головке будет самое удобное и ось головки будет соответствовать оси ложек (т. е. головка будет хорошо согнута).

Тракции, пока головка еще в полости таза, направляются горизонтально; когда головка начинает переходить из таза в канал мягких родовых путей, то поступают, разумеется также, как изложено при описании операций щипцов на головку, стоящую в прямом размере выхода таза. Тракции совершаются главным образом правой рукой, никаких качательных и маятникообразных движений делать не нужно, это излишне и вредно. Во время тракций и между ними палец левой руки время от времени вводится во влагалище, чтобы следить за движениями головки. После каждой тракции следует размыкать щипцы.

При поперечном виде (первой и второй позиции) щипцы можно наложить, во первых, правильно на головку, как описано при изложении рационального способа, тогда по отношению к тазу щипцы лягут в прямом размере, т. е. одна ложка ляжет вполне кпереди, другая—кзади и кривизна щипцов будет направлена в правую или левую сторону; она должна быть направлена в сторону затылка. При поперечном виде второй позиции (т. е. когда затылок вправо), удобнее ввести первую правую ложку, которая ляжет со стороны крестца на заднюю сторону головки (точнее нижнюю сторону при лежащем положении роженицы), левая ложка ляжет под лонными костями на передней поверхности головки (точнее, на верхней); в этом случае перед замыканием щипцов придется перевести ручки.

Тракции приводят сначала к сгибанию головки, потом при тракциях можно поворачивать ручки так, чтобы произошел внутренний поворот головки затылком к лону; если происходит таковой поворот сам собой, то нужно способствовать ему и во всяком случае понимать его, чтобы не припятствовать ему. Но можно при поперечных видах накладывать ложки и в косом размере, чтобы кривизна ложек была обращена в сторону затылка. При тракциях головка из поперечного вида переходят в косой, а ложки оказываются прямо лежащими, т. е. кривизною вверх, тогда стоит перевести ложки в соответствующий косой размер и щипцы будут лежать уже правильно на головке, перевод совершается, конечно, пальцами введенными во влагалище. Таким образом щипцы являются, действительно, продолжениями рук; как руки несколько раз перехватывают предмет, который нужно вытащить откуданибудь, чтобы захватить этот предмет крепче, поудобнее, так и щипцы перехватывают головку несколько раз, чтобы захватить ее правильнее.

В трудных случаях эти правила ценны и заслуживают применения. Но в легких случаях можно наложить щипцы на головку, находящуюся в поперечном виде, и прямо, т. е. так чтобы кривизна щипцов просто смотрела вверх; при тракциях головка делает поворот и становится в прямом размере, а щипцы, наоборот, становится кривизной в сторону. Чтобы избежать этого неудобного положения щипцов нужно в промежутках между тракциями перемещать ложки, исправляя их положение по отношению к головке, чтобы в конце концов стреловидный шов пришелся по середине между ложками или приблизительно по середине.

Все описанные способы накладки ложек на головку, находящуюся в поперечном виде, испытаны нами на опыте, все они применимы, так что в случае затруднения можно переходить от одного способа к другому.

#### **Щипцы на головку, находящуюся в одном из задних видов (I-й и II-й позиции).**

Прежде всего нужно сказать, что еще Levret, а затем Tarnier и Pinard советовали, а последний и теперь советует переводить головку рукою из заднего вида в поперечный и даже в передний. Pinard и Varnier возвели в метод ручное переведение заднего вида в передний в том случае, когда показано наложение щипцов, но не ранее. Чтобы сделать это перемещение головки, достаточно ввести поглубже руку до тех пор пока достигнуто будет ухо и соответствующая уху боковая часть головы. При затылочно—задне-левом положении головки

следует вводить, как это вполне понятно, правую руку, ею легче произвести перемещение, всякий, кто захочет произвести это перемещение при затылочно задне-левом положении головки непременно и введет правую руку, если и не запомнит правила, какую руку нужно ввести; эта же рука служит проводником для введения левой (первой) ложки.

Большинство операторов ручного перемещения головки не делают, а прибегают прямо к щипцам. Было предложено несколько способов накладывания щипцов при задних видах. Между прочим, предлагали делать перемещение затылка и посредством щипцов. Но дело в том, что в одних случаях головка легко вращается кпереди затылком из заднего вида, в других же случаях вращение головки никак не совершается так что получается полное заднезатылочное положение. При искусственных пособиях и лучше, следовать тому, куда стремится повернуться сама головка, затылком кпереди или затылком кзади. По этому, из способов накладывания щипцов на головку, находящуюся в косозаднезатылочном положении нужно выбирать тот, который менее всего стесняет естественные движения головки, при котором лучше всего можно следить за этими движениями, чтобы не наткнуться на большие затруднения и не запутаться, что при перемещениях головки может произойти; ведь нужно помнить, что операция совершается все же на ощупь, в темную, без участия глаза. Сказанному соответствует больше всего простой способ, подобный вышеописанным, состоящий в следующем: накладывают ложки в косом направлении так как будто бы был передне косой вид, при тракциях видно-направление поворота головки; если поворот кпереди, то головка скоро перейдет из заднего в поперечный вид, а щипцы из косоного положения перейдут в прямое, тогда щипцы опять нужно переместить в прежнее косое положение; после 1—2 тракций головка переместится уже в передне-косое положение, а щипцы опять перейдут в прямое; тогда щипцы опять нужно переместить в передне-косое направление, тогда они лягут на головку более или менее правильно и закончить операцию можно, уже не перемещая ложек.

Если же при тракциях затылок поворачивается кзади, то нужно так и извлекать головку в задне-затылочном (прямом) положении.

#### **Щипцы на головку, находящуюся в прямом задне-затылочном положении.**

Стреловидный шов в прямом размере. Наложение щипцов такое же как при прямом передне-затылочном положении; вогнутость щипцов смотрит прямо вверх, затылок же кзади, следовательно, накладываются щипцы не по общему правилу, чтобы вогнутость щипцов была направлена в сторону затылка, она направлена в сторону лица, которое обращено кпереди; поэтому управлять инструментом нужно осмотрительно. При извлечении головки в задне затылочном положении нужно также, как и везде, следовать тому механизму, который бывает при естественных родах. Сначала нужно несколько поднять ручки, чтобы оне описали небольшую дугу вверх; при этом сгибание головки должно усилиться настолько, что задняя часть шеи сильно напрягается и затылок станет освобождаться на уровне задней спайки. Затем ручки должны делать большую дугу сверху вниз по мере того как головка освобождается разгибаясь. Щипцы при заднем положении представляют всегда затруднение и требуют больше силы, чем обычно. При освобождении головки из мягких частей концы ложек выступают кпе-

реди над головкой, они могут надорвать переднюю часть vulvae, тогда следует разомкнуть щипцы раньше полного освобождения головки.

Перед выхождением затылка хорошо бывает, если удастся промежность сдвинуть рукой с затылка, что удастся гораздо легче, чем с лица, так как лицо гораздо обширнее затылка; это сдвигание промежности ускоряет дело и, главное, щадит промежность, которая при этого рода операции щипцов сильно страдает.

### Щипцы на головку, находящуюся во входе таза. Высокие щипцы.

Если головка находится еще так высоко, что подвижна над входом в таз, то накладывать на нее щипцы ни в каком случае нельзя: щипцы с подвижной головки при тракциях соскальзывают и могут разорвать шейку и даже нижний сегмент матки; кроме того втиснуть головку в таз при помощи щипцов—неблагодарная задача; обычно она не достигается. Прежде, еще во времена Levret, французские врачи накладывали щипцы на подвижную головку, но теперь это оставлено повсюду. Щипцы можно накладывать если и на высоко стоящую головку, но вступившую большим или меньшим своим сегментом во вход таза и сделавшуюся уже неподвижной. В настоящее время французские врачи школы Pinard'a и на неподвижно находящуюся во входе головку отказываются накладывать щипцы и стараются заменить эту операцию пубиотомией, симфизиотомией и пр. Но по правде сказать, как ни нежелательно прибегать к высоким щипцам, все же это делать приходится и, к сожалению, не так редко.

Пока прибегать к Кесарскому сечению при затянувшихся родах через большее или меньшее количество часов после излития вод будет считаться очень опасным, до тех пор нужда будет заставлять прибегать к высоким щипцам.

Накладывать щипцы на головку, стоящую во входе, правильно, как это изложено при разборе рационального способа, нельзя; придется накладывать щипцы, не сообразуясь с положением головки, всегда так, чтобы тазовая кривизна щипцов была обращена прямо вверх, т. е. соответствовала кривизне проводной линии таза. При этом вводится, конечно, 2 пальца сначала правой руки, концы их ставятся у поверхности головки, вводится левая ложка, конец ее прикладывается плашмя к головке, что сделать всегда удобнее не с боку головки, а немного сзади, вблизи крестцово-подвздошного сочленения, затем конец ложки скользит по головке, направляемый и ручкой, и внутренними пальцами, вверх и уходит в область нижнего сегмента матки, если прощупывается еще тонкий край шейки, то пальцы направляют конец ложки под этот край. Когда обе ложки введены и лежат на головке, то ручки смотрят книзу. Направление тракций должно быть книзу, совсем почти вертикально к полу. Если препятствие есть со стороны таза и находится именно во входе таза, то первые тракции должны быть довольно сильны, чтобы протиснуть головку в таз. Но сила должна быть применяема осторожно. Упираение ногами в стол, откидывание туловища назад и другие гладиаторские позы будут напоминать скорее борьбу, чем разумное пособие. Нужно взяться за щипцы так, чтобы в случае, если, не дай бог, оне соскочили, чтобы оне не вылетели наружу, не разорвали мягкие части и чтобы не упал сам оператор. Для этого, взявшись прочно за замковую часть и зацепив пальцами за крючки, нужно согнуть руку в локте, приблизить свое плечо совсем близко к щипцам, согнуть несколько свои колени, при чем для

прочности своего положения одно колено может коснуться снизу стола и даже несколько опереться на него, если это позволяет устройство стола, и в таком несколько пригнутом положении туловища делать во время схватки тракцию прямо вниз, к полу; при чем одну, две, даже три тракции можно рискнуть сделать со значительной силой иногда один раз и изо всех сил. Тракцию не нужно начинать и кончать отрывисто, а, подражая естественной схватке, увеличивать силу тракции постепенно. По окончании каждой тракции вводится указательный палец левой руки и прощупывается, насколько подвинулась головка. Иногда прохождение головки через суженный вход и вступление ее в полость сопровождается особым движением и даже звуком наподобие того, как происходит вправление вывиха.

Во время тракции иногда головка опускается довольно низко в полость таза, но по окончании тракции уходит опять вверх. Как только по окончании тракции будет определено, что головка опустилась в плоскость таза, так сейчас же нужно ориентироваться, в каком положении головка и сейчас же переместить ложки так, чтобы они разместились на головке возможно правильнее; если это перемещение почему-нибудь встречает препятствия, то можно вынуть щипцы и наложить их снова по всем тем правилам, как это делается, когда головка находится в полости таза. При плоских тазах, после того как головка прошла через вход таза, дальнейшее продвижение головки идет обыкновенно весьма легко. Если 4—5—6 тракций остаются без результата, щипцы снимают и переходят к другого рода пособиям. Повторяем настойчиво: форсировать при высоких щипцах нельзя. Некоторые предпочитают при высоких щипцах модель Tarnier, как имеющую приспособление для осевых тракций. Но можно употреблять и другие, напр. Busch'a—длинные с одинаковыми успехом и неуспехом.

#### Наложение щипцов при предлежаниях лицом.

Основные правила наложения щипцов при лицевых предлежаниях те же, что и при затылочных положениях. При правильном механизме подбородок поворачивается к лонному сочленению и выходит первый, следовательно, он, как один из полюсов головки, играет такую же роль, как затылок при затылочных положениях. Поэтому кривизна щипцов должна быть всегда обращена в сторону подбородка.

Необходимо стараться захватить головку в поперечных размерах ее, т. е. чтобы щипцы легли правильно на боковые (височные) поверхности головы. Поэтому при косых передних видах накладывают щипцы в соответствующем косом размере таза. С этим согласен даже Феноменов, который говорит, что в головной кривизне должны помещаться большие бугры, область уха и скулы. Если и приходится иногда отступать от этого правила, то это делается в крайнем случае и с величайшей осторожностью, так как лицевые кости гораздо легче ломаются, чем черепные. Когда ложки наложены на головку, находящуюся в полости таза, при тракциях берут направление горизонтальное и немного кзади до появления подбородка из под лонной дуги. Коль скоро подбородок прорезался, рукоятки приподымаются вверх. Одним словом, для освобождения подбородка усиливается разгибание головки, а для освобождения лба, темени, затылка содействуют сгибанию ее.

При поперечных видах лучше выждать, пока лицо хоть немного повернется подбородком кпереди. Если же необходимо кончать роды, то накладывают щипцы все же правильно на головку, т. е. кривизной, обращенной совсем в сторону (подбородка).

### Щипцы на последующую головку.

Некоторые достигали результатов при накладывании щипцов на последующую головку.

Щипцы накладывают удобнее снизу от туловища. Поэтому, вышедшее туловище с ручками приподымается и удерживается помощниками. Щипцы вводятся под контролем 2-х или 4-х пальцев; замыкание происходит при сильном наклонении ручек книзу. Если головка во входе, то направление тракции сильно книзу. Если головка—в полости, то—горизонтально, а как только покажется рот, то—кверху. Операция должна быть произведена скорым темпом, иначе получится смерть ребенка (получение же асфиксии обеспечено).

### Показание к применению щипцов.

К щипцам прибегают в тех случаях, когда возникает опасность или для матери, или для ребенка, или для обоих вместе, чтобы с быстрым окончанием родов создались другие условия для жизни и здоровья и матери и ребенка.

Но одного возникновения необходимости окончить роды еще мало—нужно, чтобы были налицо те условия, при которых применение щипцов возможно. Во первых, щипцы можно накладывать лишь при полном или почти полном открытии матки. Не будем таить греха: в случае крайней нужды мы иногда прибегаем к щипцам и при открытии на 3 пальца, т. е. когда маточное отверстие имеет в диаметре сантиметров 9--10, но при условии, если края маточного отверстия тонки, мягки и податливы. Конечно, в этих случаях мы действуем осторожно и медленно в том расчете, что во время операции при манипуляциях накладывания ложек, при пробных тракциях открытие увеличится. Большею частью при медленных тракциях открытие увеличивается и края заходят за спускающуюся в щипцах головку, т. е. наступает полное открытие. Но предупреждаем, что мы приступаем к щипцам при подобных условиях, надеясь на свой опыт и, повторяем, при исключительно настойчивых показаниях. Оператор с небольшим опытом наживает при подобных условиях разрывы шейки. Правда, когда края тонки, т. е. когда шейка сглажена совсем и канала шейки уже нет, то небольшие разрывы, хотя и нежелательны, сильных кровотечений не дают. Это обстоятельство дает возможность в крайних случаях делать также разрезы шейки по Dührsen'у. Сознаемся, что мы иногда не делаем их потому, что надеемся на свою технику, надеемся, что разрывов не будет.

Далее щипцы накладываются после разрыва пузыря и отхождения вод.

Трудно перечислить все разнообразные случаи, когда возникают показания к щипцам со стороны матери.

Болезни сердца, легких, почек и другие могут обусловить жизненные показания к окончанию родов при помощи щипцов, коль скоро возникнут благоприятные к тому условия, только что упомянутые. При эклампсии щипцы показуются как только представится для них возможность.

Часто возникает целый комплекс условий, дающий настойчивые показания к операций щипцов,—например: 1) крайне затянувшиеся роды, повышение  $t^0$ , истощение сил роженицы и вторичное ослабление схваток, 2) крайне болезненные, очень сильные, схватки с короткими промежутками у многоплодной с плоским тазом через 2—3—4 часа после полного открытия, когда есть основание опасаться разрыва

матки. Показанием служат также кровотечения, вследствие преждевременного отделения детского места или вследствие других причин возникшие.

Очень часто накладываются щипцы у первородящих при так называемой слабости схваток. Мы показали в главе о сужении таза, что здесь дело идет не о слабости схваток, а о тех препятствиях, которые оказывают мягкие родовые пути матери. Нам удавалось несколько раз избежать накладывания щипцов, сделав лишь разрез промежности по гарне и уничтожив таким образом препятствие; конечно, мы прибегали к этому пособию в тех случаях, когда промежность и вообще мягкие родовые пути представлялись слишком твердыми, неподатливыми. Но этого рода помощь находится еще в стадии эксперимента, в общем же держатся такого образа действий, если головка в полости таза или у выхода и если после полного открытия прошло 4 часа, то нужно ждать каждую минуту возникновения показания к щипцам со стороны главным образом ребенка и быть на стороже, потому что статистика показывает, что чем больше продолжается период изгнания, т. е. чем больше прошло времени от полного открытия до рождения ребенка, тем большее количество получается мертворожденных; об этом факте мы уже упоминали.

Другие показания со стороны плода следующие: расстройство сердцебиения плода, замедление ударов его сердца, не исправляющееся в промежутках между схватками. Крайняя частота и слабость сердечных тонов плода; далее, выпадение пуповины и кровотечения из разорвавшихся сосудов при плевистом прикреплении пуповины.

## Поворот.

Акушерским поворотом называется операция, при которой одно положение плода в матке меняется на другое, всегда на продольное положение.

Поворот можно производить наружными приемами, тогда получается наружный поворот. Если для поворота вводится рука в матку, то такой поворот называется внутренним. Бывает еще поворот, производимый одной рукой снаружи, а другой—внутри введенной, такой поворот называется комбинированным.

Бывает поворот на головку и поворот на ножку, или на обе ножки.

### Наружный поворот.

При косых и поперечных положениях плода во время беременности, а также и во время родов, пока еще не прошли воды, можно исправить это неправильное положение плода на правильное, наружными приемами, т. е. произвести наружный поворот.

Техника его проста. В промежутке между схватками, когда женщина лежит обычно на спине с несколько приведенными ногами, оператор, предварительно ориентировавшись, где головка и ягодицы, обхватывает эти крупные части со стороны брюшных стенок и медленно, но настойчиво приводит головку ко входу в таз, а ягодицы ко дну матки. Обхватить крупные части не всегда удастся, тогда оттискивают крупные части на соответствующие им места, не обхватывая их.

Если замечается при этом боковое наклонение матки, например направо, то производят наружный поворот, положив женщину на левый бок. При косоягодичных положениях, если не удастся сделать поворот на головку, делается поворот на ягодицы, но это все же нежелательно. После исправления положения, ждут схваток, не отнимая рук от частей плода, иначе плод опять может принять прежнее неправильное положение; первая-же схватка, прижав головку ко входу в таз, фиксирует ее до некоторой степени в области входа в таз и тем укрепляется продольное положение плода. Если поворот делается во время беременности или схватки не фиксируют правильное положение плода, то накладывают бинт на живот с давлением на то место, куда имеет наклонность отходить головка, т. е. на ту или другую подвздошную часть живота. Показанием к наружному повороту служат косое или поперечное положение плода.

Французская школа врачей производит наружный поворот более систематическими приемами и более настойчиво, так что поворот делается всегда на головку и даже правильное ягодичное предлежание служит показанием при благоприятных условиях к наружному повороту на головку.

Техника наружного поворота по французской системе состоит в следующем.

Опорожняется мочевой пузырь и прямая кишка. Женщина лежит на спине, ноги вытянуты, голове и плечам придается несколько возвышенное положение, руки вытянуты вдоль туловища. Оператор становится с того или другого бока кровати лицом, обращенным к ногам, на уровне груди женщины. Прикладывается одна рука к головке снаружи, другая к ягодицам так-же снаружи и медленным отдавливанием головка приходится ко входу в таз ягодицы — ко дну матки.

Когда хотят ягодичное предлежание переменить на головное, тогда техника сложнее. Первая задача состоит в том, чтобы сдвинуть ягодицы с своего места, где они сидят иногда довольно неподвижно, и сделать таким образом весь плод подвижным. Для этого подводят концы пальцев под ягодицы, со стороны входа в таз и несколькими умеренными движениями снизу вверх, а затем наружу поднимают ягодицы и смещают их в сторону в одну из подвздошных ям. Когда брюшные покровы резистентны или ягодицы стали значительно неподвижны, эта задача выполняется не без затруднений. Для облегчения манипуляции женщине придают или боковое положение или положение *a la vache*, в этих случаях прибегают в помощи ассистента, который вводит два пальца во влагалище и осторожным давлением отводит ягодицы плода вверх. Когда ягодицы отведены в одну из подвздошных ям, то головка в это время отклоняется в одно из подреберий и за ребрами и иногда за печенью бывает трудно достижима. При методическом отодвигании ягодиц вверх, а верхнего конца туловища и головки вниз, достигается полное перемещение крупных частей плода, т. е. головка ставится над входом таза, а ягодицы — в дне матки. Иногда такой поворот совершается легко, иногда-же требуется терпение и хлороформ. Для удержания головки над входом Pinard устроил особый бандаж. Боковые части бандажа, соответствующие подвздошным областям, представляют из себя надувающиеся каучуковые подушки. Надувается одна подушка с той стороны, куда имеет наклонность отклоняться головка. При отсутствии специального бандажа, можно подложить под всякий бандаж для живота ватную подушку в виде пилота, которая не позволяла бы головке отклоняться в подвздошную яму.

Для производства наружного поворота нужны следующие условия,



чтобы ребенок был жив, чтобы воды еще не прошли, и чтобы плод был подвижен, чтобы не было двоен и никаких важных патологических явлений, например экламписии, placentaе praeviaе, предлежащая пуповины и пр. Весьма благоприятным условием для наружного поворота являются хорошие схватки. Некоторые для лучшей фиксации головки после наружного поворота разрывают плодный пузырь.

### Внутренний поворот.

*Приготовление.* Мочевой пузырь должен быть опорожнен, после чего можно точнее определить степень расширения нижнего отрезка матки. Прямая кишка—также опорожнена.

*Дезинфекция* рук, наружных органов кожи живота, бедер, влагалища.

Наркоз должен быть применяем всегда, где возможно. Введение всей руки в полость матки всегда болезненно; на него роженица реагирует сокращением брюшных мышц, произвольным и непроизвольным сокращением мышц матки. Наркоз должен быть глубоким, что легко узнать давлением области клитора к костям.

*Положение* женщины есть важное условие для производства операции. Как-бы легким ни казался поворот сначала, всегда нужно, по возможности, не пренебрегать никакими благоприятными условиями и обставить себя как можно удобнее. Всегда, если возможно, предпочитать делать на столе; затем можно удовлетвориться поперечной кроватью. Пробовать делать повороты на продольной кровати должно считать неправильным. Чаще всего делается поворот при положении на спине.

Боковое положение имеет особенно значение если передняя поверхность плода обращена кпереди и у роженицы отвислый живот. Перед производством поворота нужно озаботиться, чтобы были все необходимые вещи для оживления ребенка. Также нужно иметь теплые пеленки, ножницы и перевязку для пуповины;—пеглю для поворота (марлю), теплые полотенца для закрытия ножки. Перед поворотом должно быть произведено тщательное исследование, посредством которого должно добиться насколько возможно ясного представления о положении плода. Руки лучше не смазывать вазелином.

Относительно выбора руки существует много разного рода правил, так-что трудно разобраться, какого правила держаться. Для примера приведем несколько правил из разных источников. Во французских учебниках держатся правила вводить руку одноименную с предлежащим плечем. Фритч: если ножки влево—правую и на оборот.

Красовский: Если спинка спереди, то одноименною рукою с тою стороною, где тазовый конец плода; если спинка назад—то разноименной.

Самое существование большого количества правил говорит, что выбор руки не представляет чего нибудь особенно важного. При опытах со стеклянной маткой мы могли убедиться воочию, что можно захватить ножку при разнообразных положениях плода и руки. Если же введенною рукою захватить ножку не удастся, то можно изменением спинного положения роженицы на боковое, устранить в большинстве случаев затруднения с этой стороны. Во всяком случае, если введена одна рука и показалось, что неудачно, то вынимать эту руку, чтобы ввести другую не следует. Мы никогда не испытываем неудачного введения руки. Лучше же всего вводить ту руку, на лов-

кость которой больше можно надеяться, т. е. в большинстве случаев— правую.

Но все же при продольных положениях иногда бывает удобнее вводить ту руку, ладонная поверхность которой соответствует передней поверхности плода.

Операция состоит из трех моментов: 1) введение руки в полость матки, 2) отыскивание и захватывание ножки и 3) собственно поворота. Введение руки нужно производить постепенно и осторожно, по одному пальцу; во влагалище рука тылом обращается к крестовой впадине, чтобы лучше там разместиться, затем конусообразно сложенные четыре пальца проходят через наружный зев, другая рука в это время должна быть снаружи на матке. Введением большого пальца заканчивается введение руки. Если пузырь цел, то разрывают пузырь здесь же, т. е. на уровне наружного отверстия. Или же проходят рукой между оболочками и стенкой матки до ножки, здесь разрывают оболочки и хватают ножку. Преимущество первого способа состоит в следующем: 1) разорвать пузырь в нижнем отделе легче, так как здесь оболочки тоньше и более подготовлены к разрыву. А опыт показывает, что разрыв оболочек иногда представляет серьезное препятствие для поворота, это когда оболочки не разрываются под напором пальцев, 2) при этом способе меньше возможности инфицировать внутреннюю поверхность матки. Невыгоды 2-го способа состоят в том, что при прохождении рукой между оболочками и стенкой матки последняя сильнее реагирует на раздражение, а главное на этом пути может попасться плацента и край ее можно отделить.

Как на невыгуду 1-го способа указывают, что при разрыве оболочек внизу, вытекает сразу много вод, но это бурное вытекание вод значительно умеряется тем препятствием, которое оказывает введенная рука.

На выпавшую руку накладывают петлю. Если рука лежит во влагалище, согнутая в локте, то ее разгибают и выводят наружу.

Рука при вступлении в полость матки прежде всего отклоняется в соответствующую сторону подлежащую часть (т. е. головку, плечо, бок), потом уже отводя осторожно эту часть, насколько возможно проходят выше.

*2-й момент. Отыскивание и захватывание ножки.* При потерянном положении часто ножки, занимающие центральное положение, легко попадают под руку. Рука, удостоверившись, что не произошло смешения ножки с ручкой, захватывает первую. Но раз ножка не попадает легко на руку, сейчас же нужно переходить к длинному способу. По этому способу рука пробирается четырьмя пальцами осторожно, но настойчиво, т. е. не отнимаясь, по нижележащему боку до ягодиц с ягодиц до бедра, с бедра на голень и теперь захватывают ножку. Этот путь считается верным потому, что в этом случае захватывается именно ножка и та, которую желают; затем не может быть прижата рукой пуповина. Этот способ бывает особенно ценным в случае таких особенностей членорасположения, при которых ножек на их месте не оказывается.

Захватывание ножки производят указательным и средним пальцами выше лодыжек. Если—обе ножки, то средний палец помечается выше внутренних лодыжек обеих ножек. Фемоменов советует захватывать голень всей рукой.

Относительно выбора ножки тоже мнения очень расходятся. Повидимому это не существенно и можно пользоваться всегда той ножкой, которая ниже (при поперечных положениях) т. е. которая попадает первой.

Обсуждается выбор ножки в виду того, что от этого якобы зависит, куда повернется спинка после поворота, что весьма важно при извлечении плода. Для правильного механизма нужно, чтобы спинка повернулась вперед. Но многочисленные наблюдения убедили нас, что в громадном большинстве случаев спинка поворачивается вперед, какую-бы мы ножку ни захватывали; даже если в начале извлечения спинка была обращена назад, а животик вперед, при последующем рождении плода или его извлечении спинка все же поворачивается впереди сама без всякого нашего старания. Это постоянное стремление спинки поворачиваться впереди зависит от того, что ребенок согнут по своей передней поверхности и его вогнутая передняя поверхность скорее и легче прилаживается к той выпуклости, которая образуется на месте перехода поясничной части позвоночника в крестцовую и вершина которой есть promontorium. Если же происходит разгибание плода, что бывает чаще всего при стягивании плода за ножку вне схватки, то спинка может повернуться кзади. Предотвратить это выбором той или другой ножки, по нашим наблюдениям, невозможно, перевернуть плод, спинка которого обращена кзади в положение спинкой впереди потягиванием за ножку в том или ином направлении невозможно, потому что ножка слишком подвижна по отношению к туловищу и потому что туловище слишком способно скручиваться по спирали, не меняя своего положения. Так что в большинстве случаев, если спинка обращена кзади, то это так и остается. Но подробнее об исправлении положения плода мы будем говорить в главе об извлечении.

При продольном положении советуют захватить переднюю ножку.

Опыты со стеклянной маткой показывали всем присутствующим, что все эти правила плохо обоснованы.

Кстати скажем несколько слов о правилах при акушерских операциях вообще. В учебниках и руководствах описания акушерских операций обильно снабжены разного рода правилами, которые следует выучивать наизусть. Этим отличаются особенно старые учебники. Держать эти правила в голове очень трудно, мы сказали бы невозможно. К тому же нет однообразия в этих правилах, т. ч. невозможно сделать из них такой подбор, который подошел бы в практике ко всем случаям с их бесконечными индивидуальными вариациями. Эти правила обыкновенно забываются как раз во время операции, у оператора получается чувство неудовлетворенности от сомнения, последовал ли он всем предписываемым правилам. Мы решительно советуем не стараться помнить предписываемые разными авторами и школами правила, а в каждом случае как можно лучше ориентироваться относительно положения плода и индивидуальных особенностей случая и знать лучше механизм родов, которому всегда нужно следовать при родоразрешении. Нужно действовать по собственному разумению и верить в себя; помимо общего плана операции нужно в каждый момент ставить себе ближайшую очередную задачу, чтобы ясно понимать цель, которой следует в данный момент достигнуть.

Захватывать следует не две, а одну ножку, так как роды при неполном ногоположении ближе соответствуют ягодичным родам, при которых родовые пути подготовляются совершенно для прохождения головки. Мнение Скотча, состоящее в том, что при задних видах нужно захватывать две ножки не имеет твердых оснований.—Другая ножка захватывается тогда, когда поворот при захватывании одной ножки не совершается.

*3-й момент.*—Поворот в тесном смысле слова. Обыкновенно по-

ворот совершается после захвата ножки потягиванием за последнюю книзу и оканчивается тогда, когда ножка выведена из влагалища и стопа вышла наружу. При благоприятных обстоятельствах, раз ножка захвачена, поворот туловища совершается легко, если ножку низводить в таз и ниже. При целых водах, достаточном их количестве, при известной степени расслабления сокращающейся мышцы матки, поворот совершается моментально, так что вся операция от начала введения руки продолжается не более минуты. Наружная рука при этом лишь фиксирует сверху матки.

Но при сильном сокращении маточных стенок возникают большие или меньшие препятствия, что чаще бывает, когда поворот совершается без вод, но препятствия бывают и при целом пузыре. Затруднение состоит чаще всего в том, что головка не идет кверху и поворот не совершается. Конечно раз оператор захватил за ножку и тянет ее в надлежащем направлении, т. е. в таком, чтобы поворот совершался по передней поверхности плода, то при понижении тазового конца туловища начинает слишком сгибаться по своей передней поверхности; в силу же своей эластичности туловище стремится несколько разогнуться, при этом движении голова соскальзывает обыкновенно вверх, что и служит главным моментом поворота. В дальнейшем лишь низводят ягодицы во вход таза настолько, чтобы ножка вышла наружу до колена; раз это есть, то поворот без сомнения совершен вполне, т. е. головка окончательно достигла до дна матки, а тазовой конец стоит неподвижно во входе. Если головка не соскальзывает сама вверх при потягивании ножки вниз, то обыкновенно наружной рукой способствуют этому движению головки, т. е. стараются сдвинуть ее вверх.

Но роль наружной руки должна быть скромна, ею нужно действовать крайне осторожно. Если головка не сдвигается вверх, то этому движению препятствуют обыкновенно сокращения матки. Нужно иметь в виду, что иногда при введении руки в полость матки последняя сильно раздражается, происходят судорожные, беспрестанные сокращения. Иногда это бывает совершенно неожиданно, когда до операции схватки отличались своей вялостью, так что поворот, кажущийся вначале легким, превращается вдруг в очень трудный. Рука, введенная внутрь, обыкновенно ощущает при судорожных схватках два отдела матки — верхний и нижний, границей между этими отделами служит резко ощущаемое кольцевое сужение полости матки, которое по справедливости можно назвать кольцом сокращения только не в том общепринятом смысле, что кольцо сокращения образуется на границе между телом матки и нижним ее сегментом.

Такое сужение может происходить на всех уровнях матки, как мы это говорили неоднократно, благодаря присутствию поперечноидущих сильных мышечных пучков, начиная от границы между телом и шейкой и кончая дном матки.

При затруднениях бывает нередко так, что в нижнем отделе матки находятся и головка, влекомая вниз часть туловища (особенно при поперечном положении) и оперирующая рука; кольцо же сокращения не пропускает головку вверх. Роль наружной руки здесь вряд ли может принести какую нибудь пользу; вред же она может принести непоправимый, это — когда оператор начинает стараться наружной рукой непременно оттиснуть головку кверху. Ведь при потягивании ножки (или ножек) вниз, она и так стремится вверх. Лучшим средством при этом затруднении служит глубокий наркоз; затем — выжидание; иногда при благоразумном ожидании (с рукой введенной в матку) наступает

момент, когда сокращения ослабнут, тогда обыкновенно поворот быстро совершается при потягивании за ножку. Если же этот момент не наступает, то может принести хорошую пользу впрыскивание морфия с атропином, как плюс к хлор. наркозу или до последнего или во время его. Но здесь же нужно заметить, что с наркотическими можно переусердствовать; нужно следить за общим состоянием сил роженицы, за пульсом и проч.

Бывают случаи, когда и наркоз не достаточно помогает и эти случаи могут относиться не к какимнибудь запущенным поперечным положениям и развившимся еще до операции, а на вид к легким.

Вообще нужно сказать, что родящая матка есть орган, если можно так выразиться, капризный, иногда она позволяет манипулировать в ее полости и легко совершать повороты, кажущиеся на первый взгляд трудными, иногда же вдруг разовьется такая сильная и беспрепятственная сократительная деятельность, что рука, сжатая до боли сокращающейся маткой, немеет. Если этой руке удастся выждать такого момента, когда матка расслабнет, то поворот может быть совершен, если же нет, то употреблять силу и излишнюю настойчивость опасно в виду могущего произойти разрыва матки; мы уж говорили, что в этих случаях, наложив петлю на первую захваченную ножку, стараются захватить и низвести вторую ножку. Это много помогает делу. Если и в этом случае удачи нет, больная подвергается слишком продолжительному и глубокому наркозу, есть опасение разрыва матки, то лучше отказаться от производства поворота и перейти к другому способу родоразрешения.

Внимать уставшую руку, чтобы начать вводить ее снова, не следует.

Если ножка, или ножки захвачены и низводятся, рука же очень утомилась, а ей приходится ждать расслабления матки, то можно на ножку наложить петлю и, когда нужно, начать низводить ножку, лишь потягивая за петлю, другой рукой—следить за движением головки и, или умерять ее движение или же слегка способствовать ее движению вверх.

Siegmund и Schröder советовали при помощи петли производить поворот потягиванием за петлю и оттеснением головки кверху, но применять снаружи хотя бы обычную для поворота силу опасно и этот способ целиком рекомендовать нельзя.

Если головка прошла через описанное суженное место вверх, то теперь сокращения матки уже не препятствуют, а способствуют движению поворота и приводят туловище в окончательное продольное положение. До этого момента, при попытках низвести ножку, ясно можно заметить, как туловище при излишнем сгибании пружинит, и при окончании безуспешного влечения вниз, ножка ускользывает вверх. Это обстоятельство иногда положительно приводит к необходимости накладывать петлю. Петля делается экспромптом из широкой ленты стерилизованной марли, которая всегда должна быть наготове.

Профессор Феноменов напрасно вооружается против петли; ни один из его доводов в этом отношении не выдерживает критики.

Если ножка снаружи, то петлю надевать легко: сложить вдвое полосу марли, обвить ею ножку над стопой, свободные концы протянуть в петлю сгиба и затянуть. Если же ножка находится внутри, т. е. во влагалище или в матке, то наложить петлю так просто не удастся; нужно обвить сначала руку оператора у запястья сложенной вдвое полоски марли, продеть свободные концы через петлю сгиба, не затягивать образовавшуюся петлю, а свободной и подвижной на руке про-

двигать по руке внутрь до ножки, сдвинуть петлю с кисти руки, держащей рукой на ножку, поместить петлю над стопой и тогда только затягивать.

Нужно предупредить, что после захватывания ножки, нужно низводить ее в таком направлении, чтобы поворот совершался в согнутом положении плода, т. е. на его передней поверхности. Если же ножку завести за спинку и тянуть за ножку, то в этом случае туловище из согнутого положения будет разгибаться и поворот должен совершиться при сильнейшем разгибании туловища, т. е. в согнутом по спинке положении, что вряд ли возможно. Поэтому такой образ действий, по справедливости, считается ошибкой против искусства.

Если поворот начинают производить при выпавшей ручке, то последняя ничему не мешает. На нее следует наложить петлю, чтобы она при повороте не зашла глубоко внутрь и при извлечении ручек не составила бы препятствия с своей стороны. Можно петлю и не накладывать.

После того как ножка выведена из половой расщелины до колена, считается, что операция поворота окончена. После поворота, последующее извлечение, есть операция особая, требующая своих показаний.

Одни советуют присоединять операцию извлечения по возможности скорее или тотчас, в виду того, что во время поворота сердцебиение плода может ослабнуть и даже возможны преждевременные дыхательные движения вследствие механического раздражения, связанного с манипуляциями поворота. Другие считают правилом после поворота ждать окончания родов силами природы.

Конечно, если поворот начат не при полном открытии, то извлечение нужно непременно отложить, так как при извлечении головки может произойти разрыв шейки, могущий повлечь сильное, смертельное кровотечение или все последствия проникающего разрыва.

На основании личного опыта мы считаем необходимым поступать следующим образом. После совершения поворота, нужно осведомиться о состоянии сердцебиения плода. Если во время операции пуповина прижимается рукой или частью плода, или выпадает и прощупывается с слабым биением сосудов, то с извлечением нужно торопиться. Если же поворот совершился легко, не произошло ничего с плодом, сердцебиение правильно, то можно быть уверенным, что самый поворот не повредил плоду и можно ждать, что со возобновившимися схватками начнется самопроизвольное рождение плода, за которым конечно следует следить.

Вообще при акушерских мероприятиях всегда нужно предоставлять силам природы все, что возможно, потому что природа есть лучший оператор.

Нужно заметить, что иногда тотчас после поворота замечается ослабление сердцебиения, но после некоторого времени сердцебиение исправляется и опять становится ровным и сильным.

Нужно теперь сказать несколько слов об особенностях операции при *placenta praevia* и при закрытой или мало открытой матке; при *placenta praevia* лучше всего прокладывать себе дорогу рукой, прямо прободая предлежащую часть последа, так как при этом рука новых отделений последа от стенки матки не производит. Прободение как детского места, так и оболочек в этом случае легко, иногда легче, чем прободение оболочек при краевом предлежании, когда разрывают оболочки рядом с краевым предлежанием детского места.

Бывают случаи, когда препятствием к повороту служит только

неразрываемость оболочек; под давлением пальцев они лишь подаются, но не разрываются вследствие своей особенной толщины и крепости. Тогда помочь делу можно только тем, что разорвать их посредством корнцанга; последний вводится по руке, им захватывается складка оболочки и им отщипывается; можно сделать это и ножницами, но осторожно, чтобы не поранить плод.

*Условия для поворота.* Поворот может быть совершен при полном открытии матки или, если не при полном, то не менее чем на 3, даже на  $2\frac{1}{2}$  пальца при тонких, податливых краях шейки, т. е. при таком открытии, чтобы рука прошла в матку без насилия, чтобы не вполне открытое наружное маточное отверстие расширилось немного при постепенном и осторожном проведении руки, но не разорвалось. Далее, если предлежит головка, то она должна быть подвижна над входом. Если головка вколотилась во вход таза, и сделалась неподвижной, то поворот не производится.

Таз должен быть нормален или, если сужен, то в средней степени.

Наконец, главное условие для поворота—ребенок должен быть жив.

Так, например, при поперечных положениях, если ручку вынули нарочно или она сама выпала и оказались признаки мацерации, то нужно производить декапитацию. Нужно заметить все же, что сама операция,—эмбриотомия иногда бывает трудна и родовые пути матери страдают при ней. Поэтому, хотя поворот считается операцией только над живыми детьми, все же иногда оператору приходится попробовать: если поворот пойдет легко при мертвом плоде, то закончить его значит меньше вредить матери, чем если начать эмбриотомию. Мы хотим сказать только, что бывают случаи, когда внутренний поворот и на заведомо мертвом плоде не исключается. Если при таком повороте встречается хоть небольшое затруднение, то нужно перейти к эмбриотомии. Поворот по Braxton-Hucks'у или «комбинированный» называется так потому, что при нем является наиболее деятельною наружная рука. Хотя и всякий внутренний поворот можно назвать комбинированным, так как и наружная рука действует, но роль ее ограничена, главным образом, только фиксированием дна матки или частей плода; при повороте же по Braxton Hucks'у наружная рука играет чуть ли не первенствующую роль. Особенность поворота по этому способу заключается еще и в том, что в полость матки вводится лишь один или два пальца. Бывают такие условия, когда ничего другого придумать нельзя, как прибегнуть к повороту по Braxton-Hucks'у. Например: placenta praevia, грозное кровотечение, открытие на  $1-1\frac{1}{2}$  пальца, роды преждевременные 7 месяцев, введение всей руки для поворота внесет новую смертельную опасность вследствие разрыва шейки и повреждения детского места; воды стоят, плод подвижен в матке. Также—при поперечном положении произошло раннее излитие вод (при  $1-1\frac{1}{2}$  п.) на дальнейшее открытие надежда слаба, а между тем в матке еще не все воды вышли; в этом случае, чтобы не получить заупущенного поперечного положения, следует попробовать поворот по Braxton Hucks'у.

Могут и еще возникнуть разного рода случаи, когда врач будет считать спасительным для матери и плода поворот и будет иметь все благоприятные условия для совершения одного, кроме одного—малого открытия шейки, позволяющего пройти лишь одному или двум пальцам.

Операция производится следующим образом. Поперечная кровать. Наркоз. Во влагалище вводится вся рука, в матку вводятся лишь

один—два пальца осторожно, чтобы не прорвать пузыря раньше времени. Теперь отгалкивают пальцем подлежащую часть вверх и в подлежащую сторону для совершения поворота по передней поверхности. В это самое время наружной рукой довольно сильно нажимают на тазовый конец в таком направлении, чтобы привести его ко входу в таз и чтобы поворот совершился в желательном направлении. При известной степени нажимания ягодич книзу и отгеснения подлежащей части (т. е. плеча при поперечном положении и головки при продольном) вверх, начинают прикасаться к пальцам ножки плода. При известном благоприятном моменте разрывается пузырь, захватывается ножка и низводится. Операция требует известной опытности и ловкости.

Показанием к повороту по Braxton Hicks'у, помимо placenta praevia и поперечного положения, может служить еще выпадение пуповины и пожалуй еще в исключительных случаях—эклампсия (при преждевременных родах).

*Показания к повороту.* Прежде всего поворот необходим при неправильных положениях плода.

Далее поворот производится при placenta praevia, при преждевременном отделении нормально прикрепленного детского места, при выпадении пуповины и одновременно при предлежании изолированно идущих сосудов пуповины. Так же поворот производится при эклампсии, когда есть полное открытие, воды целы, а головка еще над входом.

Поворот производится так же профилактически при средних степенях сужения таза, при таких неправильностях вставления головки, когда роды головкой оказываются невозможными; например, при лобном положении лучше при благоприятных условиях сделать профилактический поворот и ликвидировать эту неправильность, чем дожидаться неверных результатов исправления лобного положения, когда головка начнет уже вставляться во вход таза.

Если же есть сужение таза средней степени и—лобное положение, то в этих случаях существует двойное абсолютное показание к профилактическому повороту.

## К р а н и о т о м и я.

При этой операции нарушается целостность черепа плода с тою целью, чтобы плод мог быть извлечен искусственно или-же чтобы он мог силами природы пройти через родовые пути.

Особенность этой операции состоит в том, что при ней не щадится жизнь плода, если он жив.

При постановке показаний к этой операции в силу необходимости нарушается следующий основной принцип: главная цель акушерской науки и акушерского искусства состоит в сохранении жизни и здоровья как матери, так и ребенка. При затруднениях во время родов иногда приходится думать о спасении только одного из двух, т. е. или только спасти жизнь плода или, жертвуя жизнью ребенка, спасти жизнь роженицы.

Там, где приходится выбирать, всегда жизнь матери предпочитается жизни плода. Этому требует и здравый смысл и мнение народа. Всегда при трудных случаях родов слышишь, что лучше уж пусть умрет тот, который еще имеет вступить в жизнь, чем тот, который



связан с миром различными узами и хотя бы по старшинству имеет больше права на дальнейшее существование. Про бытовые условия уж и говорить нечего. Иногда приходится пролить жизнь роженицы, матери еще нескольких детей.

В былые времена умерщвление жизни плода, по религиозным соображениям, считалось в высшей степени предосудительным. И теперь еще в католических странах умерщвление плода считается недопустимой операцией. Во всяком случае, краниотомия живого плода, как операция, не отвечающая главной благодарной цели акушерства, считается операцией, с которой нельзя мириться и которую приходится применять лишь в самых крайних случаях.

Несомненно с развитием акушерской науки эта операция с течением времени отойдет в архив. И теперь уже там, где акушерство стоит высоко, напр., во Франции и в частности в Париже, краниотомии не признают за операцию, имеющую право гражданства, считают ее пережитком, позорящим современное акушерство.

Пространственное несоответствие между головкой и тазом, т. е. сужение последнего или большая величина первой, не служат в настоящее время показанием к перфорации; ее заменяют Кесарское сечение, симфизиотомия или искусственные преждевременные роды или даже профилактический поворот. Когда же существует уже инфекция матки или родовых путей, когда общее состояние матери вследствие болезни сердца, легких, почек, опасно, но не безнадежно и должно улучшиться после немедленного родоразрешения и когда видно, что ни Кесарского сечения, ни симфизиотомии больная выдержать не может, то некоторые акушеры не решаются идти почти на верную смерть матери. Pinard и ученики его школы все-же при подобных обстоятельствах рискуют и делают или симфизиотомию или Кесарское сечение. Много в этих случаях нужно иметь гражданского мужества для врача! Но отчего-бы и в подобных случаях не индивидуализировать? Неужели принципы не знают пощады?

Hydrocephalia служит абсолютным показанием к перфорации.

Во всяком случае, прежде чем решиться перфорировать живого ребенка, нужно всесторонне обдумать все обстоятельства данного случая и, если возможно, решаться на эту операцию не иначе, как *ex consilio* с товарищами.

Если ребенок умер, то перфорация, наоборот, предпочитается перед операцией щипцов и поворота, потому что перфорация, как операция, уменьшающая объем плода, должна больше щадить мягкие ткани матери и от инфекции и от повреждения; это, разумеется, — в том случае, если перфорация производится *lege artis*.

Для производства самой перфорации (без последующего извлечения) требуется открытие шейки матки небольшое — пальца на 1½—2.

Инструментов для производства отверстия в черепе плода предложено много. Из них наибольшим распространением пользуются копьевидный прободник Blot и трепанообразный Leisnin-Kiwisch'a, видоизмененный Braun'ом. Хотя для такой нехитрой вещи, как сделать отверстие в черепе, в случае крайности, можно воспользоваться и каким нибудь не специальным инструментом, напр., буравом, ножницами, даже гвоздем и т. п.

#### Прободение подлежащей головки.

Если операция предпринимается не после бесплодных попыток окончить роды щипцами и, если после прободения головки не предвидится тотчас же операции извлечения, то самую операцию прободения

ния можно делать без наркоза, так как она безболезненна. Во всяком случае перед перфорацией кладут роженицу или на стол или на поперечную кровать. К столу или к кровати приставляют ведро для стока жидкости, крови, мозговых масс перфорированной головки и пр. В это ведро недурно налить побольше воды для того, чтобы извлеченного плода тотчас опустить целиком в воду; эта предосторожность не может быть излишнею в том случае, если ребенок после перфорации родится с признаками жизни. Скорее потопить его в заранее приготовленной воде — нужно считать благоразумным житейским правилом, иначе люди, не причастные к медицинской науке, могут возненавидеть ее авгуров. Мочевой пузырь и прямая кишка должны быть опорожнены.

Сама операция производится следующим образом (при помощи перф. Blot). Вводятся во влагалище два или четыре пальца, выбирается то место головки, где хотят произвести перфорацию. Обыкновенно для этого выбирают наиболее доступные места швов или роднички, т. е. те, которые расположены ближе к проводной линии таза; такой выбор, обыкновенно, проще всего и скорее всего ведет к цели. Некоторые же предпочитают производить отверстие не в швах и родничках, а через цельную кость, в том расчете, что такое отверстие не спадается. Особых преимуществ в этом нет, так как если отверстие и спадается, это ничему не мешает. При подвижной же головке произвести отверстие через цельную кость иногда бывает трудно, нужно просить помощников очень сильно фиксировать головку снаружи, а это ведет к сильному разминанию мягких частей, иногда уже сильно растянутых ко времени операции. Так что прободение в месте швов и родничков имеет то преимущество, что при этом более щадятся мягкие ткани матери, обстоятельство крайне важное, особенно в виду того, что сама перфорация предпринимается для того, чтобы щадить мать, поэтому, чем более мы будем приближаться к этой цели, тем больше смысла будет иметь сама операция. Под руководством и под прикрытием пальцев, введенных во влагалище, вводится закрытый инструмент и приставляется верхушкой к месту черепа, выбранному для перфорации; если головка во входе, то рукоятки инструмента приходится сильно опускать книзу до соприкосновения с заднею спайкой больших губ. Направлять прободение нужно всегда так, чтобы острие его было направлено к центру головки. Иначе инструмент может, во-первых, соскользнуть или поранить мягкие части матери, или попасть между костью и мягкими покровами головы, или между костями черепа и *dura mater*. Каждая из этих неправильностей ведет к осложнениям операции; а всякая операция должна быть производима с возможно меньшими усилиями и осложнениями; каждое движение при операции должно быть продуктивно и делать шаг вперед, а не запутывать обстоятельства. — Если острие прободника попадет под покровы черепа, то, проткнувши последние, оно может поранить и мягкие части матери. Если острие попадает между *dura mater* и костью, то первая не будет вскрыта, мозговые массы не будут выходить и уменьшение черепа будет незначительное; при последующем извлечении краниокластом будут выламываться кости (вследствие сильного сопротивления со стороны не уменьшившегося черепа), а это выламывание кости крайне затрудняет, замедляет операцию, представляет опасность поранить мягкие части матери острыми краями костей, иногда после такого выламывания костей приходится делать кефалотрипсию, операцию более опасную для матери.

Если головка слегка фиксирована снаружи помощниками, если острие приставлено к шву или родничку и направлено к центру го-

ловки, то само прободение производится обыкновенно легко и удачно, Когда при известном надавливании верхушка инструмента проникла в полость черепа, что узнается по уменьшенному сопротивлению, тогда начинают буравить (т. е. вертеть инструмент в одну сторону). Такими движениями проникают в вещество мозга на возможно большую глубину, разнообразными поворотами инструмента разрушают повсюду содержимое черепа; несколько вынув инструмент, раскрывают его так, чтобы увеличить перфорационное отверстие. Инструмент затем выводится обратно замкнутым и под прикрытием пальцев, а сделанное отверстие тотчас же исследуется.

При употреблении трепановидного перфоратора поступают так. Устанавливают вплотную трубку к покровам головки; потом вкладывают в трубку трепановидную часть инструмента, сочленяют ее с трубкой и приводят в действие инструмент.

Мозг разрушают или корнцангом, или ложкой. Для лучшего удаления мозга прополаскивают полость черепа.

При гидроцефалии прободение делается и троакаром.

#### Перфорация последующей головки.

Операция иногда бывает легкая, иногда же трудная; трудная тогда, когда головка—высоко. В трудных случаях прободение делают в том месте черепа, которое более доступно. Если же можно выбирать, то делают отверстие в затылочной части черепа, при чем или выбирают место между атлантом и затылочной костью, или—в затылочный шов, или в задний боковой родничек. Под прикрытием введенных пальцев приставляют перфоратор и осторожно вкальвают по направлению к центру черепа, так чтобы инструмент не соскочил.

Если это не удастся, то можно разрезать ножницами покровы шеи, вскрыть канал позвоночника и отсюда через большую затылочную дыру проникнуть в полость черепа. При Hydrocephalia бывает достаточно вскрыть позвоночный канал и посредством эластического катетера выпустить жидкость.

#### Извлечение просверленной головки.

После перфорации при малом открытии обычно выжидают окончания родов или по крайней мере некоторого прогресса. При достаточных схватках, обыкновенно после прободения головки, роды начинают подвигаться быстрее; уменьшенная головка начинает опускаться и при своем поступательном движении раскрывать зев матки и, если величина таза позволяет, роды могут окончиться силами природы. Если же этого дожидаться нельзя, то при большем открытии зева через некоторое время после перфорации возможно произвести извлечение плода искусственное. Нужно предупредить, однако, что долго выжидать после перфорации не следует прежде всего потому, что остатки мозга в черепе склонны весьма быстро загнивать (поэтому нужно при этих условиях тщательно удалять мозг); да во всяком случае положение роженицы бывает при этом такое тяжелое, что ждать долго, напр., 12 часов, 24 часа,—бывает невозможно. Можно подождать 1—2—5 часов, не более.

Но описанные условия бывают довольно редко. Обыкновенно к операции прободения присоединяют непосредственно и извлечение.

Иногда при малом мацерированном плоде удается извлечь головку просто крючкообразно согнутым пальцем, введенным в отверстие че-

репа, но в большинстве случаев и при малом плоде этого бывает недостаточно, так как при этом трудно развить потребную силу и поэтому приходится прибегать к помощи инструментов, из которых в настоящее время чаще всего употребляется краниокласт. Исключительно редко применяется еще в настоящее время кефалотриб. Тупые крючки и другие инструменты, употреблявшиеся в прежние времена, теперь забыты.

Краниокласт Karl Braun'a обязан широким распространением основному своему свойству, состоящему в том, что он более всех других инструментов шадит мягкие части матери.

Краниокласт представляет собой крепкие (костные) щипцы, состоящие из двух ветвей или ложек, соединенных между собой замком (штифт и вырезка), как в акушерских щипцах. Одна ложка носит название внутренней (мужской), она сплошная, другая—наружной—она окончатая (женская). На концах рукояток помещается сжимающий аппарат, состоящий из винта и гайки.

При выборе инструмента следует обратить внимание на то, чтобы взаимное соприкосновение ложек было как можно более тесное, чтобы не было такого явления, что с одной стороны края ложек соприкасаются, а с другой стороны между краями ложек—зияние. Рукоятки сделаны так, что при полном развинчивании сжимающего аппарата внутренние поверхности их не соприкасаются; это для того, чтобы инструмент несколько пружинил и крепко захватывал части черепа. Хорошо устроенный краниокласт держит захваченный кусок полотна так крепко, что удалить его можно только вырвав кусок ткани.

Simpson, первый придумавший краниокласт, видел назначение этого инструмента в том, чтобы им выламывать кости черепа, отсюда и название (*Krànion* и *klàsis*). Но оказалось, что этот инструмент очень хорошо служит как извлекатель головки, и настолько хорошо, что предварительного выламывания костей совсем и не требуется. Уменьшение же объема головки без выламывания костей происходит потому, что спавшаяся после перфорации и эксцеребрации головка, уже при первых тракциях краниокластом, уступает противодействию стенок таза, вследствие чего часть черепа, захваченная краниокластом, вытягивается, причем увеличивается ее размер, так сказать, продольный, т. е. соответственный направлению родового канала, а поперечные размеры уменьшаются настолько, насколько этого требуют стенки таза и настолько, насколько это позволяют кости черепа. Обыкновенным препятствием в этом случае является основание черепа и прилегающие к нему кости (височные, затылочные и пр.); эта часть черепа самая плотная и неподатливая.

Уменьшение объема черепа происходит насчет спадания костей, составляющих черепную крышку. Конечно, если разрушено основание, то спадание черепа происходит в большей мере; но разрушение основания при перфорации возможно только тогда, когда операция совершается над последующей головкой. Конечно, спадание черепа происходит лучше всего тогда, когда захвачено именно основание черепа, как самая прочная его часть.

К краниокласту можно прибегать при предлежании ягодиц для захватывания крестца.

Самое производство краниоклазии происходит следующим образом. В то время как голову фиксируют снаружи, вводят 4 пальца левой руки в вагину; под руководством их правой рукой вводят в перфорационное отверстие внутреннюю ложку краниокласта в полость черепа, насколько возможно высоко. Поместивши ложку на свое место,

передают удерживать ее в ее положении помощнику. Теперь четыре введенных пальца идут на ту часть наружной поверхности черепа, куда должна поместиться наружная ложка, и помещаются несколько возможно высоко до самой его большой окружности головки. Правая рука берет наружную ложку и вводит ее при сильном наклонении ручки под руководством четырех пальцев высоко на головку; (конечно это производится в том месте, где кости черепа не тесно прижаты к тазу). Левую руку затем вынимают и берут у помощника ручку внутренней ложки. Как при щипцах ветви замыкаются, рука, вновь введенная во влагалище, контролирует, не захвачена ли где нибудь часть слизистой оболочки родовых путей. Теперь приводится в действие сжимающий аппарат. При этом рука должна то и дело осведомляться, не защемляется ли часть стенки шейки или влагалища. Винт сжимающего аппарата завинчивают до самого конца, т. е. до тех пор, пока еще он идет.

Если встречается затруднение при замыкании, наприм., вследствие несовпадения замковых частей и пр., то удерживая наружную ложку неподвижно в приданном ей положении, прилаживают к ней внутреннюю ложку. Передвижения этой последней совершенно безопасны, так как верхняя часть ее лежит в полости черепа.

Если краниокласт накладывается на часть головки, лежащую в правой половине таза, то замок его бывает обращен вверх; в случаях же, где необходимо захватить часть головки, лежащую в левой или в задней, или в передней половине таза, наложение краниокласта производится таким образом, что ложки его вводятся с обращенным вниз или в какую либо сторону замком, что однако, несколько не затрудняет ни наложения, ни замыкания краниокласта.

При извлечении имеют в виду проводную ось таза. Так, когда головка находится во входе, тянут вниз и т. д. Если приходится выбирать, на какую часть головки накладывать краниокласт, то лучше предпочесть накладывать ложки в стороне лица, так как при этом захватывается основание черепа, наиболее прочная часть черепа, которая аналогична телам позвонков и есть как бы продолжение. И действительно, когда краниокласт наложен на основание черепа, то он не соскакивает и костей не выламывает, а держит прочно, так что можно развить достаточную силу при извлечении, что иногда бывает прямо таки необходимо. При положении ложек на лицевой части захватываются и кости лица, которые хотя и разламываются, но все вместе доставляют большую массу для захватывания ложек, чем это бывает при костях теменных или затылочной. При положении ложек на лицевой части, рукоятки расходятся (до завинчивания) больше, чем на прочих местах. При наложении ложек на теменные височные кости, или на затылочную происходит нередко крайне неприятное выламывание костей; извлечение замедляется, операция осложняется тем, что приходится переключать ложки. А наблюдение показывает, что раз начнут выламываться кости, то это идет надолго, кость за костью выламываются, пока, наконец, не удастся захватить за прочную часть черепа. При затянувшейся операции травматизм матери, конечно, повышается. Поэтому нужно стараться с первого раза наложить хорошо ложки, чтобы извлечение произошло без выламывания костей. В самых трудных случаях приходится прибегать к кефалотрипсии. Нам раз удалось вместо кефалотрипсии, дойти до шеи, схватить шею и за нее вытащить руками плод.

Особенно выполнимо наложение краниокласта на лицевую часть головки при плоском тазе, когда головка проходит через таз,

недостаточно сгибаясь, когда следовательно, доступен для перфорации большой родничек.

Если перфорационное отверстие сделано около малого и боковых родничков, то не нужно непременно стараться наложить ложки на лицо, ибо до лица далеко и стремление наложить ложки на лицо оканчивается тем, что они захватывают теменные кости, как раз самые непрочные и легче всего выламывающиеся. Если отверстие сделано в малом родничке или около него, то ложки можно наложить и на затылочную кость, а также отчасти на височную, которая держится хорошо. Делать ручным способом разгибание головки, чтобы непременно перфорировать в большой родничек, советовать нельзя, так как подобного рода манипуляции сами по себе сильно разминают и повреждают мягкие родовые пути.

После прободения последующей головки обыкновенно извлечение доканчивают, держась за туловище и краниокласт применяется в исключительных случаях. При лицевых положениях прободение производится в лоб.

Из всех извлекающих инструментов краниокласт бесспорно лучший, но он не совершенный еще инструмент. Главный его недостаток — в том, что он все-таки не на большом пространстве захватывает кости, они выламываются довольно легко, вследствие чего иногда краниокласт отказывается быть извлекающим инструментом. Чтобы устранить этот недостаток, придумали (Auvard, Zweifel и пр.) инструмент, состоящий из трех ветвей, двух наружных и одной внутренней, играющей роль мужской ветви по отношению к одной из наружных ветвей. Но такие инструменты слишком громоздки и велики.

#### Кефалотрипсия.

Кефалотриб предложен Beaudelocque'ом в 1827 году.

Наложение кефалотриба совершается по тем же правилам, как и наложение щипцов. Ложки вводятся под руководством полуруки и помещаются по сторонам головки, соответственно тому или другому размеру ее, смотря по случаю.

Разместив ложки, инструмент замыкают и затем приводят в действие сжимающий аппарат. Повинуясь действию сжимающего аппарата, ложки сближаются между собой и таким образом размоют лежащую между ними головку. Оператор все время должен тщательно контролировать положение ложек во избежание их соскальзывания при действии сжимающего аппарата. После размозжения, не снимая инструмент, производят извлечение, действуя кефалотрибом, как щипцами и придерживаясь вышеизложенных (при щипцах) указаний относительно тракции.

#### Эмбриотомия. Декапитация.

Под эмбриотомией разумеется разделение плода на части и извлечение его по частям. Если плод разделяется на несколько частей и эти части постепенно извлекаются, то операция теряет всякую типичность. Когда приходится вынимать внутренности, то это называется эвентерацией. После эвентерации обыкновенно приходится нарушать целостность позвоночного столба при помощи костных ножниц, или разламывать его крючком, пальцем.

Сохраняет типичность единственно отнятие головы от туловища, т. е. декапитация, которую всегда, если возможно, и предпочитают делать. Декапитация возможна при поперечном положении плода, и тогда только, когда во входе таза находится плечо и шея плода легко достижима для обхватывания его как пальцем, так и декапитационным крючком. Если же шея находится высоко над входом, трудно достижима, то декапитация представляет большие технические трудности и лучше от нее отказаться. Но если предлежит или выпала ручка, что часто и бывает, то это много помогает делу: за ручку можно притянуть плечо и шею книзу и сделать последнюю весьма доступною для воздействий.

Инструментом для декапитации издавна являлся, остается во всеобщем употреблении и поныне декапитационный крючок Браун'a. Он представляет из себя стальной стержень длиной в 30 сантиметров, на конце загнутый под довольно острым углом; у начала инструмента приделана поперечно крепкая ручка; у ручки инструмент потолще, к концу становится потоньше, оканчивается крючек головчатым утолщением.

При производстве операции вводится рука, один или два пальца обхватывают шею плода. В это время помощник держит выпавшую ручку и тянет ее вниз, если это нужно. Под руководством введенной руки вводится крючек и заводится за шейку; крючек лучше заводить сверху за шейку, чтобы конец крючка смотрел вниз, в крестцовую впадину. Когда крючек обогнет шейку, начинают тянуть им книзу, причем если крючек хорошо наложен, то он охватывает костную часть шеи, т. е. позвоночник,—для мягких частей шеи в нем не хватает места,—и конец его сначала вдавливается в мягкие части, потом проникает в них, нарушивши их целостность. Оттягивание крючка производится с известной силой, и на высоте применения силы начинают поворачивать ручку крючка кругом. При этом ротационном движении ломается позвоночник, что узнается по хрусту, да и рука, поворачивающая ручку, после характерного хруста перестает чувствовать сопротивление. Поворачивать ручку можно как в ту, так и в другую сторону, смотря по тому, в какую сторону это кажется свободнее, удобнее и продуктивнее. Если в одну сторону не удается и что нибудь мешает, то можно переменить направление поворота и сделать его в другую сторону. Внутренняя рука удерживает шею плода от смещения во время поворота, в то же время и помощник снаружи фиксирует головку, которая во время поворота ручки крючка иногда сильно смещается, что не может не травмировать нижний отдел матки и без того уже растянутый. Что описанное ротационное движение крючка может повести к разрыву матки, на это мы указывали в работе о разрывах матки; на такую возможность указывают и прочие.

После переламывания позвоночника получается значительное смещение крючка; его вновь надевают на то же место шеи, которое теперь состоит из мягких частей. Эти мягкие части вытягиваются крючком книзу; крючек передается помощнику, который продолжает несильно тянуть крючек книзу все время. В это время оператор вводит осторожно ножницы Siebold'a или даже простые, введенный указательный палец распределяет концы ножниц на мягких частях шеи, лишенных позвоночника, и затем благополучно вынимается, после чего делается рассекающее движение ножницами, причем первое движение не рассекает всю толщу мягких частей шеи, его нужно повторять; поэтому опять вводят указательный палец левой руки, опять расставляют ножницы на мягких частях шеи, заботясь чтобы ножницы не задели мягких

частей матери, опять перед рассекающим движением ножниц указательный палец предусмотрительно вынимается и делается вновь движение ножницами. Как только оканчивается рассечение мягких частей шеи, так декапитационный крючок внезапно выскакивает и помощник, если он неопытен, вздрагивает от неожиданности.

После выделения головки от туловища последнее вынимается за ручки без затруднений. Головка вынимается пальцем, введенным в рот, снаружи нужно помогать, чтобы головка легче прошла через вход таза. При затруднениях можно применить краниокласт и даже кефалотриб.

## Извлечение плода при предлежании тазовым концом.

Извлечение приходится производить при предлежании ягодиц и при ногоположении как полным, так и неполном, за одну ножку, после поворота и после низведения ножки.

Один старый акушер говорил, что извлечение плода при предлежании тазовым концом есть самая трудная акушерская операция. В этом на первый взгляд парадоксальном мнении есть много правды. Действительно, ни в одной операции не требуется такая быстрота и уверенность действий, как в этой; каждое замешательство, промедление, неудача в какойнибудь детали ведут к асфиксии или смерти плода.

Кроме того, кажется ни в одной акушерской операции не требуется до такой степени соблюдение принципа, что все, что возможно, нужно предоставить силам природы и примешивать искусственное пособие лишь постольку, поскольку оказывается в данный момент родового процесса недостаточно натуральных сил.

При предлежании ягодиц, если таз, мягкие родовые пути, величина ребенка и схватки нормальны, врач, подготовившись и приготовившись все к извлечению, лишь наблюдает за процессом, и роль его может окончиться лишь поддержанием промежности и некоторым регулированием прорезывания последующей головки.

Приготовление к извлечению заключается в следующем. Врач дезинфицирует руки, как перед всякой операцией. Когда начинают показываться ягодицы, роженицу кладут на поперечную кровать, ноги ее или ставятся на стулья, или поддерживаются помощниками. Обязательно один опытный помощник—или врач, или надежная акушерка, располагаются так, чтобы можно было, когда нужно, выдавливать плод со стороны живота; опытный, знающий помощник со стороны брюшных стенок доставляет громадную услугу и дает много гарантий для успеха;—это мы ставим на самый первый план.—Наружные половые части еще раз тщательно дезинфицируются, готовятся теплые пеленки, все для лечения асфиксии, все для перевязки и отделения пуповины. Врач садится на стул перед лежащей на поперечной кровати роженицей и следит, чтобы вмешаться, если будет какоенибудь замедление или случится какаянибудь неправильность. Лишь когда станет выходить туловище, он поддерживает его, чтобы оно не опускалось и не давило бы сильно на промежность. Обыкновенно женщина беспрестанно тужится, и выходят плечи, а за ними—ручки, сначала передняя, потом задняя; далее, под влиянием потуг, выходит головка; так как и она может выйти сама, то ни одного из многочислен-



ных методов ее извлечения лучше не применять, а поднять туловище совсем кверху и передать удерживать в этом положении помощникам. а самому расположиться просто на просто так, как выводят предлежащую головку, т. е. правую руку приложить со стороны промежности, а левой рукой охватить выходящую часть головки и или ее выводить также, как предлежащую, или же, если она идет очень быстро, умерять ее движение; когда головка прорезывается, рот и нос ребенка смотрят свободно из раскрытой половой расщелины; если появятся дыхательные движения, то ребенок может их сделать, так что очень спешить и форсировать нет надобности. Выведение головки не спеша заканчивается совершенно также, как при предлежащей головке.

Но в каждой стадии периода изгнания плода может случиться замедление, приостановка процесса, требующая пособия. Начнем с самого начала.

Ягодицы находятся еще во входе таза или даже над входом, воды прошли, прошло 2, 3, 4—5 часов после полного раскрытия, и ягодицы не подвигаются, стоят на одном месте: требуется пособие. В этом случае ручное извлечение не применимо, так как ягодицы стоят слишком высоко. Наложение щипцов не дало бы никаких результатов, они соскальзывали бы; извлечение тупым крючком потребовало бы применения значительной силы, что повело бы к разрыву мягких частей в паховом сгибе плода и к перелому бедра. Единственное средство—низведение ножки, средство хорошее, надежное и, повторяем, единственное.

*Низведение ножки* лучше производить под хлороформом, это даст больше шансов на успех, что особенно важно тогда, когда это пособие представляется единственным спасительным средством. В промежутке между схватками вводится рука в матку, захватывается ближайшая ножка и выводится. Французская школа требует выведения передней ножки, но лучше вывести ту, которую легче и скорее вывести, чем замедлять операцию, или, может быть, не вывести ножку совсем, что иногда и случается. А случается это тогда, когда ножки разогнуты в колене, когда они вытянуты вдоль туловища. В этих случаях прежде, чем вывести ножку, нужно ее непременно согнуть в колене; но когда матка сокращается или когда тонус маточных стенок повышен, согнуть ножку вполне не бывает достаточно простора, тогда передвиганием ножки туда и сюда ищут, где бы нашлось место для ее сгибания. Pinard советует в этих случаях достигать до подколенной ямки, нажимать на нее, чтобы ножка согнулась в колене и чтобы ягодица пригнулась ближе к туловищу, тогда ножка опускается и ее можно извлечь. Вспоминаем случаи, когда нам не удавалось вывести ножку, разогнутую в колене. Когда ягодицы велики, вколотились плотно во вход таза, то провести руку за ножкой бывает трудно или невозможно. В этих случаях мы достигали цели, положив женщину в коленно-локтевое положение. Приведение в такое положение захлороформированной женщины требует много помощников и тщательного наблюдения.

Когда ягодицы находятся в полости или в выходе таза, то ручное выведение или применение тупого крючка становится возможным; но и в этих случаях некоторые предпочитают низведение ножки.

Низведение ножки, когда ягодицы находятся низко в полости таза, производится уже с большим трудом, иногда даже представляется невозможным. Некоторые же уверяют, что и в этих случаях низведение ножки удается, стоит только сделать ею дугообразное движение в ту или другую сторону. Когда ягодицы высоко, предстоит препятствие при родах, например, таз оказывается суженным, или предстоит

опасность со стороны осложнений, напр., ожидается эклампсия или кровотечение, вследствие неполного предлежания детского места; тогда осторожные практиканты низводят ножку профилактически, т. е. когда непосредственных показаний еще нет. Это не всегда бывает академически корректно, но всегда практически благоразумно, и мы сознаемся, что прибегали к низведению ножки тогда, когда может быть можно было обойтись и без этого, прибегали потому, что знали, в какое затруднительное положение попадает акушер, когда предлежат ягодицы и когда время для низведения ножки уже пропущено: ведь все другие способы извлечения ягодиц или неверны, или опасны.

Изобретенный еще великим Smellie тупой крючек для извлечения ягодиц находится во всех акушерских наборах. Он представляет из себя металлический тяз, крючкообразно загнутый с обоих концов,— с одного больше, с другого меньше. Наибольший крючек заводится за пах, и во время схваток за крючек тянут. Применять тупой крючек на живом плоде мы не советуем, ибо он почти неизбежно ранит мягкие части ребенка.

Когда ягодицы находятся довольно близко к выходу таза, то иногда помогает ручное вытягивание ягодиц. Это делается так. Вводят указательный палец и отыскивают наиболее доступную паховую складку, каковая бывает обыкновенно передняя; заводят в паховую складку палец и сгибают его, согнутым крючкообразно пальцем во время схватки стараются стягивать ягодицу книзу. Но развить много силы при этом нельзя; палец разгибается, ввести же палец другой руки в другую паховую складку удается редко и лишь тогда, когда ягодицы уже совсем выходят. Выведение ягодиц двумя руками идет конечно успешнее. И такое простое рукодействие, как ручное низведение ягодиц, стараются уснащать правилами, чтобы для каждой ягодицы применять особую руку. Но нужно предоставить что нибудь и для инициативы оператора, он чувствует великолепно, как нужно схватиться, чтобы низводить ягодицы; если же он чувствует, что захватить введенной рукой неудобно, то ничего не стоит переменить руку.

Возможно извлечь ягодицы щипцами, но случаи такого извлечения принадлежат скорее к разряду курьезов. Рекомендовать применение щипцов, как способ при предлежании ягодиц, нельзя.

Выхождение ножек не представляет затруднений. Когда ножки разогнуты и лежат вдоль всей передней поверхности туловища (*mode des fesses*), тогда при выходе их со стороны промежности туловище отклоняется кверху, его нужно поддержать вверху, чтобы облегчить выходение ножек, или даже приходится потянуть туловище кверху для той же цели. После выходе ножек сейчас же выходит и часть туловища до пупочного кольца и выше. Как только стал выходить и пупочный канатик, нужно взяться за него и вытянуть несколько, чтобы получилась петля, чтобы видно было, что нет короткости пуповины, что она не мешает дальнейшему выходению туловища. Как только пуповина показалась наружу, так темп процесса должен быть ускорен и медлить нельзя, ибо пуповина неизбежно прижимается. Так что если замечается, что выходение туловища идет медленно, нужно взяться руками за тазовую часть плода следующим образом: большие пальцы обеих рук расположить на крестцовой области, а остальные пальцы обеих рук—на гребешках подвздошных костей. Браться при извлечении туловища за живот и неудобно, и опасно: можно повредить внутренности. Схватившись за тазовую часть, вытягивают туловище в горизонтальном (приблизительно) направлении.

*Освобождение ручек.* После выходе углов лопаток наступает

время заботы о выхождении ручек. Если ручки не разогнуты и находятся впереди груди, то они и сами могут выходить, или ничего нет легче, как ввести руку во влагалище и вывести ручку заднюю (при положении туловища в косом размере таза; передняя ручка в это время находится у лонных костей), передняя ручка после этого часто выходит сама со стороны лонных костей; если этого не происходит, то можно повернуть туловище вокруг его продольной оси так, чтобы передняя ручка стала задней, т. е. очутилась в крестцовой впадине, откуда ее легко можно вывести так же, как и первую ручку. Для удобства вынимания ручки со стороны крестцовой впадины берут плод за ножки и оттягивают немного кверху и в сторону противоположную той стороне таза, в которой находится ручка.

Если одна или две ручки оказываются разогнутыми и расположены вдоль головки, то этому сейчас же нужно помочь следующим образом: вводят руку во влагалище и для воздействий выбирают более достижимую ручку, скользят тремя пальцами по ее плечу, затем тихо переводят ручку к личику, при чем обыкновенно ручка начинает сгибаться в локте тем более, что при передвижении ручки применяют осторожно силу охотнее в локтевом сгибе, чтобы не сломать костей ручки; ручку с личика передвигают вниз и затем вынимают. То же проделывают и с другой ручкой, если последняя не выходит сама хотя бы при оттягивании туловища книзу. Выбор руки для извлечения той или другой ручки понятен, об этом во время операции не думают, это делается само собой, когда спинка обращена вперед, т. е. к оператору, то для освобождения каждой ручки и действует одноименная рука оператора.

Если ручка окажется ущемленной между головкой и стенкой таза, то нужно или потянуть туловище сильно книзу, или, наоборот, отодвинуть его кверху, чтобы и головка сместилась кверху и перестала ущемлять ручку.

Если разогнутая ручка запрокинулась совсем на заднюю часть головки и даже лежит в затылочном углублении, то это значит, что при извлечении сильно вертели туловищем, может быть для того, чтобы повернуть его спинкой кпереди, да и вертели-то в ненадлежащую сторону; сама ручка за затылок «без помощи искусства» не зайдет. Понятно, чтобы помочь этому нужно повернуть туловище вокруг его продольной оси так, чтобы ослабить напряжение ручки, затем стараются перевести ручку сначала на лицевую сторону головки и затем уже выводят ручку книзу; при передвижении ручки упираются в локтевой сгиб, чтобы не сломать костей (если происходит перелом, то обычно — плечевой кости). При поворачивании туловища вокруг продольной оси, особенно неоднократно, нужно следить, чтобы не скрутить совсем шеи, т. е. чтобы не поворачивать туловища несколько раз все в одну и ту же сторону.

Если ручки, которые нужно освободить, находятся еще высоко, сообразно тому, что и голова находится еще высоко, то нужно не стесняться введением руки, вводить не только 2 пальца, а все четыре, и даже почти всю кисть. Но лучше притянуть за ножки и головку, и ручки пониже, хотя при этом бывает иногда и теснее, все-же и работать удобнее, и результаты получаются скорее, конечно, если головка не проходит легко через вход, остается над входом, то нужно освободить ручки на высоте, не дожидаясь пока они опустятся. В случае больших затруднений с ручками или с одной ручкой, мы оставляем ручку в покое и приступаем к извлечению головки, не обращая пока внимания на ручку; при этом нам удавалось доводить извлечение до

благополучного конца. Подобные результаты показали нам, что освобождение ручек до освобождения головки не абсолютно необходимо.

### Извлечение последующей головки.

Прежде чем описывать способы извлечения головки, которых v. Winckel насчитывает 22, мы обратим внимание на самое существенное. При выхождении последующей головки препятствие встречается обыкновенно во входе таза или вследствие сужения в этом месте, или вследствие неправильного вставления головки; как только головка прошла через вход и поместилась в полости таза, значительные препятствия обычно уже кончены и можно применять любой из методов, а можно и не применять ни одного, а поступать так, как описано выше, т. е. принимать головку так же, как это делают при ее предлежании.

Мы говорили, что при извлечении нужно поставить надежного помощника, чтобы он действовал при надобности со стороны живота, — это как раз для момента прохождения головки через вход таза. Помощник особенно необходим при сужении таза, чаще всего это бывает, как понятно само собой, при плоских тазах. Когда выйдут туловище и ручки, а головка остается еще над входом, то за ножки и за плечики тянут с силою вниз; в это время помощник со стороны брюшных стенок с еще большей силою вдавливают голову в таз; чтобы развить достаточную силу, помощнику нужно приложить правую руку на головку тою частью ладони, которая ближе к предплечью, т. е. начальными *thenar* и *hypothernar*. Каждый знающий помощник сумеет давить в направлении оси входа в таз. Давление сверху и одновременное стягивание вниз продолжается недолго, один момент, и когда головка вступает в полость, то это отлично ощущается оператором и помощником. Если нет надежного помощника, то мы предпочитаем в тот момент, когда головка осталась над входом, становиться на место помощника и вдавливать головку в таз, поручив туловище ребенка на этот момент акушерке. В целях асептики, в этом случае низ живота роженицы прикрывается полотенцем.

Но если нет хорошего помощника, то лучше всего прибегнуть к способу Wigand-Martin'a. Этот способ и назначен специально для того, чтобы заставить головку пройти через вход таза и войти в полость таза. Он состоит в следующем. Палец левой руки отыскивает ротик, вводится в него и зацепляется за нижнюю челюсть крючкообразно; при этом замечается, кстати, куда направлен подбородок и правильно ли вставляется головка в таз; если подбородок смотрит в сторону, во всяком случае, не вперед, то вставлением головки можно удовлетвориться. Правую свою руку обыкновенно прикладывают к головке со стороны брюшных стенок опять тою частью ладони, которая ближе к предплечью, для развития силы поднимают локоть правой руки кверху, что можно сделать лишь вставив боком к роженице. Расположившись таким образом, вдавливают правой рукой головку в полость таза, причем употребляют всю силу правой руки, какая есть; левой рукой за нижнюю челюсть нельзя тянуть с большей силою, так как можно ее вывихнуть и сломать. Способ Wigand-Martin'a — великолепный. Он хорошо удается даже у учащихся тогда, когда они поупражнялись в нем на фантоме. При упражнении с трупом ребенка нужно устраивать на фантоме сужение таза, что весьма удобно на фантомах парижской фирмы *Matieu*. Момент прохождения головки резко ощущается оператором особенно при плоских тазах: получается впечатление такое же, как при вправлении вывиха.

Способ Wigand-Martin'a есть сильное и верное средство; если после 1—2-х-кратного сильного вдавления он не удалится, и головка останется над входом, то значит дело плохо: асфиксия II степени обеспечена, да и на жизнь плода нет почти никакой надежды, разве только можно попробовать наложить щипцы на последующую головку. В случае же неудачи и операции щипцов остается только перфорация.

Как только головка прошла в полость таза, то можно применить один из способов освобождения головки, из которых наибольшее распространение имеют три: способ M-me La Chapelle, способ Smellie-Veit'a и Пражский способ. Но применение этих способов, повторяем, не абсолютно необходимо, без них можно обойтись или даже можно выдуть еще и свой способ.

*Способ M-me La Chapelle.* Вводят указательный палец одной руки в ротик и зацепляют им за нижнюю челюсть, на предплечье этой же руки сажают младенца верхом. Указательным и средним пальцем другой руки охватывают виллообразно шею ребенка (подразумевается, что механизм правильный и спинка обращена вперед). При извлечении концы пальцев, виллообразно охвативших шейку, хотя всегда опереться на ключицу, но от этого нужно воздерживаться, чтобы не произошел перелом ключицы. Охватившие шейку пальцы крючкообразно сгибаются постольку, поскольку нужно при извлечении давить на верхнюю поверхность плеч. На эти-то места при извлечении и применяется больше всего силы; тянуть с силой за нижнюю челюсть нельзя, да и сама по себе нижняя челюсть не приспособлена для применения силы: она охотно оттягивается книзу и палец с нее соскальзывает. И так тянут вниз, применяя главную силу к плечам, и по мере выхождения головки поднимают и туловище ребенка, и свои извлекающие руки, и даже самого себя вверх; выходит сначала подбородок, который направляется сейчас же вверх, за ним постепенно лицо, лоб, темя и наконец, когда тело ребенка совсем окажется сверху, даже у живота матери,—затылок.

*Способ Smellie—Veit'a.* Этот способ введен в практику еще в 18 столетии великим английским акушером Smellie. К этому великому имени пристегнул свою фамилию Veit. В том виде, как способ применяется в России, он состоит в следующем. Мякоти указательного и среднего пальцев одной руки располагаются на верхних челюстях личика, на так называемых fossa canina; оттягивая лицо вниз, производят сгибание головки; пальцы, упершиеся в затылок, оттискивают его вверх и тем усиливают сгибание. Таким образом делают энергичное ротационное движение головкой вокруг ее битемпоральной оси, так что при этом поднимают кверху и туловище, и свои руки, и даже подымается сам оператор, который начинает эту операцию сидя, а оканчивает стоя. Головка при этом ротационном движении как бы вылуцается из таза и из канала мягких родовых путей и выходит тогда, когда туловище приблизилось к брюшным стенкам.

*Пражский способ* состоит в следующем. Одной рукой берутся за ножки, указательный и средний пальцы другой руки виллообразно охватывают шею и располагаются на плечах. Затем тянут туловище сначала сильно вниз, затем, не прекращая действия извлекающей силы, делают туловищем дугу кверху настолько, что в конце движения туловище оказывается совсем на животе матери. При этом движении туловищем выходит головка.

Когда механизм родов ягодицами совершается неправильно, спинка обращена кзади и животик кпереди, то подбородок, обращенный кпереди, зацепляет за лонные кости, и головка застревает. В этом случае

нужно просто на просто сдвинуть подбородок в сторону и поставить головку в поперечном размере входа, в каком положении она и могла пройти его. Для такого сдвигания иногда лучше ввести палец в рот и сдвигать давлением на нижнюю челюсть изнутри. Этого маневра часто бывает достаточно. В противном случае применяют Пражский же способ в более форсированном виде, чем это делается при нормальном механизме: берут за ножки и за плечики, сильно тянут книзу и сильным резким движением делают дугу. Но это уже крайняя мера.

После поворота или низведения ножки делают извлечение за ножку. Делают влекущее движение за ножку лишь во время схваток. Со стороны брюшных стенок также помогают. Когда выходит вторая ягодица, то за ножку тянут в таком направлении, чтобы ягодица лучше вышла. Глаз и соображение этому научат лучше, чем указания и описания. (Если вторая ягодица выходит со стороны промежности, то для облегчения ее выхода тянут за ножку вверх; если ягодицы—в косом размере и вторая ягодица выходит с одной стороны, за ножку нужно тянуть в противоположную сторону).

## Влагалищное Кесарское сечение.

### *Sectio caesarea vaginalis.*

Не открытая шейка всегда служила, служит и теперь еще истинным камнем преткновения для воздействий акушера. Все ранее существовавшие методы расширения шейки были недостаточны, вследствие медленности действия, а также и далеко небезопасны. Влагалищное Кесарское сечение, введенное, разработанное и распространенное Дюрсен'ом сделало возможным быстро без потери времени в каждый момент беременности и родов правильным хирургическим путем раскрыть матку настолько, чтобы можно было предпринять родоразрешение *per vias naturales*. Дюрсен так описывает технику этой операции. После опорожнения кишок и пузыря и основательной дезинфекции вульвы, ее окружности и влагалища, делается инъекция эрготина. Затем у первородящих препятствие со стороны мягких родовых путей устраняется правосторонним разрезом нижней трети стенки влагалища с промежностью. Если вместе с этим разрезом разрезается *levator ani*, то можно ввести в свод влагалища кулак и обнаружить влагалищную часть и свод коротким широким зеркалом.

Зеркало своим нажимом останавливает кровотечение из большей части произведенной раны, так что при недостатке ассистентов можно обойтись без перевязки сосудов.

Влагалищная часть захватывается по сторонам двумя кувальцами, которые сейчас же заменяются шелковыми нитями: и задняя губа разрезается в сагиттальном направлении до прикрепления свода. Разрез продолжается по своду на 4 сант. и через вставленное в эту рану зеркало брюшина заднего Дугласа отсепаровывается тупым способом от задней стенки шейки и тела. Таким же образом разрезается передняя губа и передний свод влагалища и тогда отсепаровывается мочевой пузырь и складка (переднего Дугласа) от передней стенки и тела.

Вследствие этого передняя и задняя стенки матки становятся хорошо видны по длине в 6 сант. и как задняя так и передняя стенки разрезаются ножницами. Образованное отверстие, в которое вступает плодный пузырь (если он еще не разорван) должно быть настолько велико, чтобы через него прошел большой мужской кулак. Рука быстро проникает до ножки и извлекает ребенка.

Если матка сокращается хорошо, то можно подождать самопроизвольного отделения *placentae* и ее выжать; если же дело идет об *atonia uteri*, то отделяют плаценту ручным способом и тампонируют матку марлей. На раны шейки накладываются швы, на разрезы влагалища и промежности—также.

## Классическое Кесарское сечение.

### Техника.

Современная техника классического Кесарского сечения состоит в следующем.

Приготовления и асептика как при всякой ляпоротомии. Прибавляют только все необходимое для ребенка: теплое белье, грелки, ванну, все нужное для лечения асфиксии, например, и теплую и холодную воду. Для ребенка назначается отдельная надежная акушерка или даже врач—опытный акушер.

Инструменты нужны следующие: 1 скальпель, 1 прямые ножницы, обычное количество пинцетов *Pean'a* и *Kocher'a*, 2 щипцов *Мюзю*, 2 кувальцанга, надлежащее количество игол двух величин (больших для брюшной раны, а также для мышечно-серозного основного шва раны матки, поменьше для серозо-серозного шва и для фасций), 1 иглодержатель, 2 хирургических пинцета, 1 корнцанг, шелк потолще № 4—5 и потоньше № 2, 3.

Наркоз обычно хлороформный. Впрыскивается тотчас перед началом операции 1 шприц 5% раствора эрготина. Матка устанавливается по средней линии. Разрез по *linea alba* от пупка книзу, оканчивается на поперечную лодонь над *symphysis pubis*; по вскрытии брюшины ножницами разрез продолжается выше настолько, чтобы можно было вынуть матку из брюшной полости. Брюшная рана сзади вынутой наружу матки временно закрывается при помощи 2 щипцов *Мюзю*, захватывающих оба края раны брюшных стенок. Кругом матки все обкладывается марлевыми салфетками, чтобы воды не попали в брюшную полость. Разрез матки по середине передней поверхности матки, начиная от дна книзу сантиметров на 12 — 16, делается осторожно, чтобы не поранить ребенка; если попалось в сферу разреза детское место, то оно разрезается; если близко ее край, то со стороны этого края оно отслаивается. Пузырь часто разрезается при разрезе матки; если этого не произошло, то прокалывается скальпелем отдельно.

Ребенок захватывается за ножки или за головку, вынимается из матки, при чем он как будто соскучившись от долгого молчания в матке, сейчас же начинает фыркать и раздражается громким криком. Пуповина перехватывается в двух местах пинцетами *Pean'a* и перерезается, ребенок передается персоналу, назначенному специально для ухода за ним.

Матка сейчас же сокращается, величина ее становится одинаковой с величиной матки после рождения ребенка, детское место начинает отделяться и выпячиваться из раны матки, оно осторожно захватыва-

ется рукой и медленно вынимается, при чем заканчивается его отделение и начинают отделяться оболочки, их можно тихо отделять, держа за детское место; лучше меньше прикасаться руками к внутренней поверхности матки, поэтому желательно, чтобы оболочки отделить целиком только при вытягивании их за детское место.

Если из разреза стенки матки возникло кровотечение, то оно останавливается сжатием стенки пальцами и скорейшим наложением швов. Если кровотечение—из слизистой оболочки матки, то полость матки тампонируется наскоро марлевыми салфетками. Швы на рану матки накладываются на расстоянии  $1\frac{1}{2}$  сант. друг от друга. Вколы на серозной на 1 сант. от края через мышечную по направлению к слизистой, но выкол лучше делать не задевая слизистую, над ней.

Завязываются швы не по одному, а после того как все наложено, сразу все, при чем края нужно тщательно прилаживать (это очень важно), узлы затягиваются не слабо, иначе может произойти расхождение краев раны, и не крепко, иначе швы могут прорезаться. Узлы должны завязываться тщательно. Над этим рядом швов накладывается второй этаж—серозо-серозных швов, т. е. захватывается брюшина с той и другой стороны, над раной, когда шов стягивается получается с той и другой стороны складка брюшины, складки эти при стягивании швов также стягиваются, т. е. приближаются друг к другу и таким образом закрывается первый этаж швов. Хотя брюшина одевают матку гладко, однако делается складка, если подхватить часть брюшины иглой; конечно, вместе с брюшиной при этом захватывается и тонкий слой мышц. Если нет кровотечения, то сейчас же нужно закрыть брюшную рану, не трогая лишний раз матку, не массируя ее.

Если же матка вялая, плохо сокращена, то можно ее помассировать через влажную марлевую салфетку.

Накладываются какаянибудь повязка на живот, больная переносится в согретую постель. На живот кладется мешок с песком.

Послеоперационный уход такой же, как после ляпоротомии. Через 12 часов начинают давать пить. Через 48 часов дают слабительное. После послабления можно давать молоко, молочную кашу и затем при благоприятном послеоперационном течении можно быстро переходить на твердую пищу. На другой день после операции можно прикладывать ребенка к груди.

Операция кесарского сечения известна была в древности, но лишь на только что умерших. Нуме Помпилию приписывают закон, гласящий, что у каждой умершей беременной женщины должен быть вырезан из живота ребенок. Операция на живой произведена была в первый раз в 1610 году Jeremias Trautmann'ом. Кесарское сечение в доантисептическое время давало такой большой процент смертности, что многими знаменитыми акушерами считалось непозволительной операцией. Те, которые производили ее, оставляли рану матки не зашитой, так как замечали, что швы матки ведут к нагноениям, переходящим в воспаление брюшины. Так как операторы замечали, что матка срастается с передней брюшной стенкой и что эти сращения мешали попадать послеродовым очищениям из незашитой раны матки в брюшную полость, то они стали искусственно способствовать этим сращениям, пришивая, например, переднюю поверхность матки к брюшной стенке перед разрезом матки. Первый, прочно установивший необходимость шва матки и усовершенствовавший его, был Saenger. В 1882 году он высказал положение, что необходимо тщательное соединение мышечной части краев раны посредством шва, а также отдельный этаж швов для соединения раны брюшины, т. е. серозо-серозный



шов. Последний кроме улучшения прочности шва, предохранял переднюю стенку матки от сращений с брюшной стенкой, которые считаются теперь все же вредными и опасными, так как могут повести к ileus.

В качестве материала для швов кэтгут для зашивания раны матки оказывается опасным, так как попадают нити, скоро рассасывающиеся, вследствие чего при недостаточной еще асептичности кэтгута получалось расхождение краев раны матки. Olshausen употреблял долгое время хромовый кэтгут, как дольше всего нерассасывающийся. Но надежнее всего на рану матки употреблять шелк, что до сих пор делается всеми. Шов на рану матки допустим только узловый (не непрерывный). Брюшные стенки зашиваются различным способом, но как привык и считает лучшим. Мы всегда зашиваем отдельно брюшину непрерывным кэтгутовым швом, продеваем 3—4 сквозных шва из силькворма, фасции и мышцы соединяем узловыми кэтгутовыми швами, на кожу кнопки. Некоторые делают разрез матки не по передней стенке, а в дне.

Кровотечение из раны стенки матки останавливается сжатием стенки пальцами и быстрым накладыванием швов.

Если в разрез попало детское место, то не нужно этого бояться, нужно продолжать скорее оперировать. При кесарском сечении самым опасным является кровотечение прямо из сосудов слизистой оболочки вследствие атонии матки; кровотечение в данном случае имеет паренхиматозный характер, останавливается оно тампонацией полости матки марлей; если этого недостаточно, то прижатием аорты. Последователи Saenger'a для предупреждения кровотечения накладывали жгут на шейку матки из гуттаперчевой трубки прежде чем делать разрез стенки матки, теперь это оставлено, как излишнее: не бывает кровотечения и без жгута; замечали также последовательное атоническое кровотечение после жгута: кроме того жгут предрасполагает к асфиксии ребенка.

Прежде думали, что нужно оперировать непременно после начала родов, чтобы избежать атонии матки. В настоящее время не стесняются оперировать в конце беременности, не дожидаясь начала родов: надеются на профилактическое значение инъекции эрготина.

*Показания:* Абсолютным показанием к кесарскому сечению служит III-я степень сужения таза, т. е. *conj. vera* 6,5; при плоских тазах абсолютное сужение таза можно считать даже с *conj. vera* 6, при общесуженных плоских тазах *conj. vera* равная 7 дает уже абсолютное сужение. При поперечно суженных, косо суженных, остеомалаятических тазах, при тазах с экзостозами показание к кесарскому сечению обуславливается изучением особенности каждого отдельного случая и размерами наименьшего диаметра. При сужениях таза 2-ой степени, т. е. размерах *conj. vera* от 7 до 9 могут быть применены и искусственные преждевременные роды и профилактический поворот при срочных родах, так что показания к кесарскому сечению не абсолютны, а лишь относительны.

Громадным преимуществом кесарского сечения является то обстоятельство, что эта операция классически проста, при ней через 3—5 минут после начала операции получается живой, не измученный продолжительными родами и трудной операцией, весьма жизнеспособный ребенок. Почти вся тяжесть вопроса заключается в асептике и чем лучшими условиями обладает акушер в этом отношении, чем больше он имеет возможность уверенно асептически оперировать, тем чаще и охотнее он склоняется к кесарскому сечению. Французская школа

акушеров во главе с Pinard'ом вполне отвергают перфорацию живого плода, поэтому для них при узких тазах может быть выбор только между кесарским сечением и симфизиотомией или пубиотомией, потому что при них перфорация исключается; выбор той или иной операции принадлежит исключительно врачу; мать должна только знать, что ей предстоит та или иная операция. Если беременная с узким тазом попадает на консультацию во время беременности, то врачи решают, вмешиваться ли в самом начале родов или даже до наступления родов, т. е. делать лишь кесарское сечение, или предоставить родам развиваться и вмешиваться лишь по мере надобности, например, тогда, когда головка уже прочно вошла в полость таза (и дальше не идет), т. е. тогда, когда кесарское сечение делать уже поздно (можно не вынуть головку ребенка из таза обратно вверх), а возможно делать лишь симфизиотомию или пубиотомию. Так что предпринимая кесарское сечение в начале родов при относительных показаниях врач исключает возможность следить, как пойдут роды в данном случае, он, следовательно, все берет на свою ответственность, как бы все предрешает. В этом заключается слабая сторона кесарского сечения, тем более, что статистика намечает, что при узких тазах чаще случаются небольшие дети, которые более способны приспособляться к тазу. Нередки, ведь, случаи, когда после кесарского сечения, сделанного по случаю относительного сужения таза, последующие роды оканчиваются самопроизвольно живым ребенком. Вообще относительные показания к кесарскому сечению при фривольном к ним отношении могут повести к полипрагмазии, не служащей интересам больных. О показаниях к кесарскому сечению со стороны фибром матки, кистом яичника, рака шейки матки сказано в соответствующих местах.

Атрезии шейки, атрезии вагины вследствие образования рубцов могут обусловить показания к кесарскому сечению.

В последнее время некоторые стоят за кесарское сечение при placenta praevia centralis. Операция имеет *raison d'être* при доношенном ребенке, что бывает реже, чаще имеют дело с недоношенными детьми.

Кесарское сечение при эклампсии показано в самых отчаянных случаях, если есть еще сердцебиение плода. Особенно показуемо кесарское сечение при эклампсии тогда, когда влагалищное кесарское сечение исключается вследствие узкого таза. Вообще же кесарское сечение при эклампсии дало неважные результаты, как это сказано в главе об эклампсии.

Кесарское сечение на только что умершей можно производить не позже 20 минут после момента смерти.

Из последствий кесарского сечения отмечают: сращения матки с соседними органами и лопанье рубца матки при последующих беременностях и родах. Сращения матки ведет к явлениям, связанным с ограниченной подвижностью матки, со смещением ее, а иногда в послеоперационном периоде даже может вызвать *ileus*.

Непрочность рубца матки при последующих родах может вызвать разрыв матки.

Супрасимфизарное или шеечное кесарское сечение. В настоящее время многие операторы производят разрез матки как раз над предлежащей частью, т. е. не у дна матки, а близко к шейке. Выгода этого способа состоит в том, что брюшина ранится на меньшем протяжении и легче накладывать шов на стенке матки, так как здесь в нижнем сегменте и в верхней части шейки стенка матки

гораздо тоньше (толщина матки выше в теле может равняться двум сантиметрам и более).

Супрасимфизарный разрез можно делать как трансперитонеально, так и экстраперитонеально. И в том и в другом случае делают разрез кожи живота продольный или поперечный тотчас над симфизом. Раздвинув *musculi recti* по *linea alba*, обнажают подбрюшинную клетчатку, при чем в нижнем углу раны бывает видна часть мочевого пузыря. Если хотят идти трансперитонеально, то открывают полость брюшины, делают разрез матки и извлекают предлежащую часть или ручными приемами или щипцами.

При применении экстраперитонеального способа по *Latzko* отодвигают посредством куска марли пузырь в сторону, обычно, в правую, после чего становится видна складка брюшины переднего Дугласова пространства, которую и сдвигают кверху. Этим освобождается от брюшины некоторая часть передней стенки матки. Теперь можно сделать продольный разрез нижнего сегмента матки и отчасти передней стенки шейки и извлечь ребенка тем или иным способом.

Экстраперитонеальный способ технически труднее и кроме того при нем могут получаться повреждения стенки пузыря, но при нем не вскрывается полость брюшины, благодаря чему этот способ предпочитается у лихорадящих и инфицированных рожениц.

### Операция Рогго.

Операция Рогго появилась в замену Кесарского сечения в то время, когда последняя операция давала еще печальные результаты, когда на рану матки еще не накладывали швов и вообще не знали, как быть с маткой, которая после ее опорожнения давала в послеродовом периоде обильные выделения и заболела септическим эндометритом. Операция Рогго состоит в том, что после разреза брюшных стенок и матки, после того, как ребенок вынут, тело матки удаляют, следовательно делают надвлагалищную ампутацию матки. В 1876 году Рогго произвел в первый раз свою операцию над беременной с абсолютным сужением таза (ср. *vega*—4). По разрезе матки (которая была не вынута из брюшной полости, находилась, следовательно, *in situ*) ребенок был вынут, матка выведена из брюшной полости, вокруг шейки на уровне внутреннего зева была наложена лигатура из железной проволоки, на 2 сантиметра выше лигатуры матка была отрезана ножницами и культя была фиксирована в нижнем углу раны. Приблизительно через месяц культя отпадала, после чего осталась воронка в 3 сантиметра глубины.

Вскоре операция Рогго была усовершенствована в том отношении, что по разрезе брюшных стенок матка тотчас вынималась наружу, на шейку накладывалась лигатура и тогда уже производился разрез матки; этим ограничивалось кровотечение и преграждалось попадание крови и вод в брюшную полость. Кроме того вместо металлической проволоки и металлических экразеров, употреблявшихся для лигатуры шейки, и дававших в послеоперационном периоде обширные пролежни окружающих тканей, стали употреблять резиновые трубки. Сверх того постепенно подвергался усовершенствованию способ изолирования от брюшины культи матки после вообще надвлагалищной ампутации матки, будь то при операции Рогго или миомэктомии. Обшивание культи брюшинными листками передним со стороны мочевого пузыря—и задним и погружение культи в брюшную полость возможно только тогда, когда оперируется чистый случай, т. е. когда операция Рогго произ-

водится вместо классического Кесарского сечения. А так как после усовершенствования шва матки Saenger'ом в чистых случаях производится в настоящее время исключительно классическое Кесарское сечение, то погружение культи в брюшную полость не производится. В настоящее время операция Рогго имеет свое место, свои показания, она применяется тогда, когда матка уже инфицирована и для спасения больной от послеродового сепсиса удаляется; тогда и культя считается инфицированной и непременно изолируется от брюшины и фиксируется в нижнем углу брюшной раны.

Это делают до сих пор по разному, чаще всего—следующим образом. Перетягивают шейку резиновой трубкой (сложенной вдвое) или резиновым жгутом, при чем смотрят, чтобы в лигатуру не попал мочевой пузырь. Узел резиновой лигатуры укрепляют еще шелковыми нитками. Затем перевязывают *arteriae uterinae* с обеих сторон и ампутируют матку. Если матка очень инфицирована и ребенок уже мертв, то после наложения лигатуры на шейку, накладывают швы на рану брюшных стенок (т. е. на часть раны, находящуюся выше вынутой матки) и тогда уже опорожняют и ампутируют матку. Чтобы культя не уходила вглубь, ее укрепляют еще тем, что прокалывают крест на крест металлическими заостренными палочками, под которые подкладывают слой марли потолще во избежание пролежней. Можно еще фиксировать культю тем, что наложить спереди, сзади и с боков швы, соединяющие ее брюшину с окружающими листками париетальной брюшины.

Впоследствии с такими оперативными воздействиями над культей стала не без успеха конкурировать тотальная экстирпация матки; после полного удаления матки и с шейкой открывается широкий сток отделений во влагалище.

Показанием к операции Рогго служат следующие патологические условия: а) когда нужно делать Кесарское сечение, а матка инфицирована, б) при атрезиях шейки и влагалища такого сорта, когда сток пuerперальных лохий после классического Кесарского сечения не может быть обеспечен или прямо невозможен, в) при опухолях, положение коих таково, что сток лохий после Кесарского сечения невозможен, г) кровотечение во время Кесарского сечения, которое не останавливается никакими другими мерами, д) рак, саркома, миома матки, когда их возможно удалить вместе с маткой.

Далее делают операцию Рогго при разрывах матки, но редко; предпочитают полную экстирпацию матки, при которой возможен лучший обзор разрыва и остановка кровотечения из места разрыва, если он распространился в связки матки, что бывает очень часто. Делают кроме того операцию Рогго после того, как делали несколько раз Кесарское сечение у той-же женщины, в виду ненадежности рубца после нескольких Кесарских сечений в случае новой беременности. В подобных случаях в настоящее время охотнее прибегают к обеспложиванию посредством экстирпации Фаллопиевых труб, как более щадящей операции и не дающей последующих явлений, связанных с удалением яичников, которые при операции Рогго, конечно, удаляются вместе с маткой.

## СИМФИЗИОТОМИЯ.

Идея расщеплять тазовое кольцо с тою целью, чтобы оно пропустило ребенка, величина которого не соответствует величине кольца, зародилась и осуществлена была еще в 18-м столетии. Но показания к операции были еще неизвестны: несколько неудачных попыток при слишком суженных тазах провалили идею настолько основательно, что операция возродилась лишь через 100 лет.

Mogisani из Неаполя возродил идею об разрезе symphysis pubis во время родов несколькими удачными случаями, а Pinard возродил осуществление этой идеи, после того как ввел эту операцию в практику своей клиники, своей школы, и установил место для этой операции среди других акушерских операций.

После рассечения лонного сочленения на трупах концы лонных костей расходятся на 1 сантиметр, при рассечении сочленения на живых роженицах расхождение концов костей происходит на 4 сант.; если же ротировать ноги кнаружи, то зияние концов увеличивается до 6 сантиметров; под влиянием давления со стороны проходящей головки расхождение концов костей может быть увеличено до 8, даже до 9 сант. без вреда для больной. При таком расхождении костей та дуга, которая образуется лонными костями, увеличивается, так что *conj. vera*, как часть радиуса этой дуги, удлиняется. Если лонные кости до рассечения лонного сочленения образуют дугу известной величины, то после рассечения сочленения мысленные продолжения дуг лонных костей встречаются на средней линии, получается обшая дуга гораздо большая и *conj. vera*, как расстояние от мыса до середины этой дуги, будет больше. опыты на трупах и измерения на живых показывают, что увеличение *conj. vera* происходит на  $1\frac{1}{2}$ —2 сант. Увеличение *conj. verae* происходит не только вследствие того, что концы костей расходятся в стороны, но и вследствие того, что они понижаются. Поперечный размер таза увеличивается еще в большей мере. Если при простых плоских тазах, при которых поперечный размер достаточно велик, это увеличение не имеет значения, то при общесуженных плоских тазах имеет благоприятное значение и увеличение поперечных размеров.

Расхождение концов лонных костей после симфизиотомии происходит вследствие того, что крестцовоподвздошные сочленения подвижны, расхождение происходит на счет подвижности этих сочленений. Напрасно Beaudelesque в 18 столетии обвинял симфизиотомию в том, что при ней получаются разрывы связок крестцовоподвздошного сочленения; разрывы получались лишь в тех случаях, когда симфизиотомия и родоразрешение делались при очень узких тазах, при абсолютном сужении таза, при котором в настоящее время показуется лишь Кесарское сечение. В настоящее время доказано, что при расхождении концов костей на 8 и больше сантиметров, связки крестцовоподвздошного сочленения остаются целы, ненормального смещения сочленяющихся поверхностей не происходит. На трупах и пожалуй на живых небеременных женщинах подобное расхождение концов лонных костей ведет к разрывам связок крестцовоподвздошного сочленения, но у беременных подвижность этих и вообще тазовых сочленений сильно увеличивается. В этом убеждают опыты на пuerperальных и непuerperальных трупах. В этом Müllerheim убедился, по его словам, при наблюдении на живых беременных. Мы в этом отношении отметим следующий факт: при упражнении в акушерских опе-

рациях на трупах со студентами нам удавалось устанавливать упражнения в операции щипцов, имея труп новорожденного и труп женщины, умершей вскоре после родов. Установить же подобные упражнения, имея труп новорожденного и не пuerперальный труп женщины, как известно, не удается.

### Т е х н и к а.

Разрез проводится по Венерину бугру продольный, при чем обнажается лонное сочленение во всю длину и нижняя часть белой линии стенок живота. Делается короткий разрез фасций белой линии тотчас над симфизом. Через образовавшийся разрез фасций проводится палец в предпузырное пространство; палец обыкновенно легко находит выступающий задний валик симфизарного хряща. Так как лонное сочленение сзади уже, имеет, следовательно, более тонкую прослойку хряща, а спереди—шире, то разрез хряща начинается сзади. Под руководством введенного пальца проводится пуговчатый нож и хрящ отсекается сзади на перед. Затем под руководством глаза осторожно отсекается *lig. arcuatum*, под которой сейчас же идет мочеиспускательный канал. Если есть опасение задеть или не заметить мочеиспускательный канал, то можно ввести в него катетер.

Вот и вся операция.

Далее поступают двояко. Одни тотчас же накладывают щипцы другие же закрывают рану марлей, накладывают фланелевый или гуттаперчевый широкий бинт на таз и ждут самопроизвольного скончания родов или ждут, чтобы под влиянием схваток головка глубже опустилась в таз, чтобы, если будет надобность в щипцах, последние были легче, с меньшей травмой мягких частей; если у первородящих замечается препятствие со стороны промежности, то делают эпизиотомию. Последний выжидательный способ дает гораздо меньший процент разрывов мягких частей вообще и мочевого пузыря и мочеиспускательного канала в особенности.

При внедрении головки в полость таза возникает часто кровотечение в предпузырном пространстве, которое останавливается тампонадой и сближением концов костей после родоразрешения.

Раньше для сближения концов костей употребляли костный шов, но это оказалось излишним; достаточно соединить края фасций с захватыванием надкостницы. Материалом для швов служит серебряная проволока, шелк и даже кэгут. После родов для иммобилизации лонного сочленения накладывают широкий эластический бинт на таз. Рекомендованные разного рода аппараты не нашли практического применения, да и большой надобности в них не оказалось; если лонные кости соединены хорошо швами, вполне достаточно широкого полотняного бинта, который лучше всего устроить так: берется аршин 10—12 полотна, лучше нового нестиранного; иногда новое полотно сложено так, что как раз годится для бинта вокруг таза, если нет, то нужно сложить его так, чтобы получилась полоса шириной  $1\frac{1}{2}$  четверти, длиной в два с лишним аршина; бинт получается плотный, так как полотно—в несколько слоев; кладут середину такого бинта под крестец, затем накладывают один конец бинта вокруг таза, туго его натягивают и натягивают еще туго другой конец бинта, этот конец прикрепляют несколькими английскими булавками.

Ретросимфизарное, другими словами, предпузырное пространство можно дренировать, а можно и закрывать на глухо. Поверхностная рана закрывается обычным путем.

Рана лонного сращения заживает посредством образования соединительной ткани, которая впоследствии прорастает хрящем.

## Пубиотомия, геботомия.

Чтобы вернее избежать повреждения мочевого пузыря, мочеиспускательного канала и пещеристых тел клитора предложено распиливать лонную кость, минуя лонное сращение. Первый произвел эту операцию Wan-der-Welde следующим образом: кожный разрез начинается у spina pubica sinistra, идет косо вниз кнутри и оканчивается на левой большой губе у входа во влагалище.

Вводится палец в нижний конец раны и прощупывается нижний край лонной кости, под этот край кости подводится большая игла, игла проходит вплотную по задней поверхности кости и выкальвается в верхнем углу раны над верхним краем лонной кости; в иглу продет шелк, к шелку прикреплена пила Gigli. Кость легко перепиливается; мягкие части пилой щадятся. После родоразрешения соединение концов костей достигается рядом швов, сшивающих мягкие части с захватыванием надкостницы.

Döderlein делает поперечный разрез над tuberculum pubicum; под руководством указательного пальца проводится вплотную над костью и под задней ее поверхностью специальная игла Döderlein'a. Конец тупой иглы сильным повертыванием ручки иглы высовывается под кожей левой большой губы, над этим концом иглы делается маленький надрез кожи, после чего конец иглы высовывается наружу и к нему прикрепляется пила Gigli и кость перепиливается. Таким образом при способе Döderlein'a над раной кости остается мост нетронутых мягких частей, покрытых не тронутой кожей.

Увеличение размеров таза при пубиотомии такое же, как и при симфизиотомии.

Смертность после симфизиотомии, по статистике Pinard'a такая же, как после перфорации и краниоклазии. Pinard делал симфизиотомии в таких же запущенных и инфицированных случаях, в каких делаются перфорации, следовательно условия со стороны материала те же.

Послеоперационный период после симфизиотомии длителен. Заживление симфиза требует 3—4 недель.

Приступать к легкой работе женщина может через 6—7 недель, к тяжелой через  $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$  месяца.

Высокий процент выздоровления матерей и малая детская смертность дают описываемым операциям право на существование. Но у них есть такие конкуренты, как классическое Кесарское сечение, искусственные преждевременные роды, а также, пожалуй, профилактический поворот.

*Показания.* Симфизиотомия и пубиотомия показываются, как это показывает самая сущность операции, при сужениях таза взамен перфорации живого плода. Но сужение таза не должно быть абсолютное. Нисшая граница сужения таза должна равняться conj. diagonalis—8,5—8,7 при плоских тазах и 9,5 при обще суженных плоских тазах. Описанные операции имеют большое преимущество перед своими конкурентами Кесарским сечением, профилактическим поворотом и искусственными преждевременными родами—в том, что показания к

ним вырабатываются в течение самих родов, при наблюдении родов, при взвешивании всех входящих условий: характере схваток, величины головки, способности ее к конфигурации, способе ее установки в тазу, успешности ее вступления в разные отделы полости таза; между тем как при конкурирующих с ними операциях не дожидаются не только того, как головка вступит в полость таза и будет через него проходить, а даже не дожидаются часто и начала родов; при последнего рода операциях многое стало быть делается наугад, многое предрешается, а мы, как известно, не обладаем в акушерстве точными данными ни измерения, ни вычисления, поэтому предрешение часто равносильно тому, что все делается наугад, а это часто не служит интересам больных.

Если роды осложнены инфекцией матки или родовых путей, то по Pinard'у и Varnier, это не служит противопоказанием к симфизиотомии, потому что эти авторы совершенно исключают перфорацию живого плода из своей практики. Другие акушеры в подобных случаях поступают, индивидуализируя каждый случай и во всяком случае сообразуясь с верованиями, обычаями, жизненными условиями больной и проч.

К симфизиотомии нужно прибегать при некотором открытии матки, самое лучшее, конечно, при полном; но, когда головка стоит еще высоко во входе, можно приступить к симфизиотомии и при открытии на  $2-2\frac{1}{2}$  пальца; разумеется, начинать операцию при открытии на  $2-2\frac{1}{2}$  пальца можно тогда, когда края шейки мягки, податливы, способны к скорому расширению.

После симфизиотомии и пубиотомии применяются родоразрешающие операции как щипцы, так и извлечение после поворота или без оного (при предлежании ягодиц).

Некоторые говорят, что у первородящих не следует применять описываемых операций, но такое принципиальное отклонение способов неправильно, тем более, что к этим операциям прибегают после продолжительного наблюдения родов и всех особенностей течения их в каждом отдельном случае.

В пользу симфизиотомии и пубиотомии говорит еще то обстоятельство, что последующие роды протекают не только без осложнений, зависящих от перенесенных операций, а пожалуй еще благоприятнее: наблюдается большое количество самопроизвольных родов после этих операций, хотя измерения таза не указывают на увеличение его размеров; повидимому, причина этого заключается в том, что соединительно тканное соединение лонных костей дает больше подвижности лонному сочленению. Расстройство походки вследствие большой подвижности лонного сочленения после симфизиотомии продолжается недолго и особого значения не имеет.

Симфизиотомия и пубиотомия могут быть производимы и при нормальном тазе в тех случаях, когда окажется, что головка очень велика, тверда, не способна к конфигурации.

### Э п и з и о т о м и я .

Ткани, составляющие промежность, обладают различной степенью растяжимости у разных женщин и даже различные ткани и слои одной и той же промежности бывают не одинаково растяжимы.

В то время, как у некоторых молодых первородящих ткани иногда поражают свою способностью растягиваться и приходят почти в прежнее свое состояние после огромного растяжения, у других, например,



немолодых первородящих да еще отечные ткани оказываются не способными к большому сильному растяжению и неминуемо разрываются под напором прорезывающейся головки, несмотря ни на какие старания персонала. Осведомляться о свойствах промежности нужно всегда еще при первом исследовании роженицы, как это сказано в главе об исследовании рожениц. Но окончательное суждение о растяжимости промежности делается уже тогда, когда головка выпятила промежность и готова прорезаться. Если край промежности побелел или кожа промежности стала ненормально блестящего цвета или если еще не при полном растяжении появились трещины промежности или где нибудь во входе, то предпринимается эпизиотомия—разрез вульварного кольца вместе с частью промежности и влагалища. Резанная рана легче соединяется швами, скорее и ровнее заживает, чем разорванная; кроме того, разрез может принять нежелательное направление, распространиться на сфинктер заднего прохода и на прямую кишку, разрезом же мы даем желательное направление раз'единению тканей. Если на промежности есть рубцы (после бывших операций, или прижиганий, или язв, или если есть воспалительная инфильтрация, разрастения на коже, кондиломы, новообразования, то это, разумеется, предрасполагает к разрыву и служит плюсом при показаниях к эпизиотомии. Лшевые положения головки и задние затылочные виды, дающие большой процент разрывов, должны склонять к эпизиотомии. Эпизиотомию делают ножницами, можно и ножом. На расстоянии 2 сант. от спайки ведут разрез в сторону и вниз по направлению к *tuber ischii* на 2—3 сант.; рассекается при этом кожа, *fascia superficialis*, *constrictor cuni*. Хорошо делать разрез тогда, когда головка уже выпятила и растянула промежность, тогда виднее, насколько нужно разрезать и нужно ли произвести разрез с одной стороны или сделать двухстороннюю эпизиотомию.

Дюрсен со свойственными ему решимостью и любовью к большим разрезам советует делать односторонний разрез (на правой стороне) ножом нижней трети влагалища и промежности; начинается разрез по Дюрсену во влагалище почти около седалищной кости идет в сторону и вниз до линии, соединяющей задний проход с седалищным бугром и даже может перейти эту линию.

Кровотечение при этом останавливается давлением проходящей головки, иногда же требуется наложение пинцетов Рёан'а и лигатуры. Получается зияющая рана. После родов продевают шелковую нить через всю рану в месте наибольшего расхождения ее краев и не завязывают узел, а лишь сближают посредством этой нити края раны, подтягивают еще края раны кувальцангами для их лучшего сближения и накладывают в вагине кэтуговые швы, а на коже промежности шелковые.

Вместо боковых разрезов пр. Отт ввел разрез до *garhe*. Во время схватки ножом разрезают промежность, начиная от *frenulum* по середине на  $2\frac{1}{2}$ —3 сантиметра до *sphincter ani*. При этом разрезе очень удобно накладывать швы, при чем хорошо сближаются не только края кожи, но и края мышечного слоя.

## Расширение шейки.

Мы уже говорили несколько раз, что шейка, если она не раскрылась сама, и если нужно окончить роды, представляет из себя самое серьезное и труднее всего преодолимое препятствие для родов. Все существующие способы расширения шейки крайне недостаточны: действие их неверно, требует много времени или связано с серьезными опасностями и осложнениями: лишь Dührsen своим влагалищным Кесарским сечением разрешил вопрос более или менее удовлетворительно, хотя это разрешение вопроса слишком смело, слишком кроваво и требует слишком сложного оперативного воздействия; полное открытие матки затрудняет действие акушера слишком часто, чтобы прибегать каждый раз к этому способу. Поэтому потребность в более мягких и простых способах всегда будет. Из средств служащих для раскрытия шейки, служат: палочки ляминария и тупело, расширители Hegar'a и другие, аппарат Bossi, метрейринтер, тампонирование шейки марлей, расширение шейки рукою, насечки и наконец разрезы шейки по тому же Dührsen'у.

Наши исследования о распределении мышц в матке показывают наглядно, что раскрытие шейного канала происходит только вследствие сокращения мышц матки. Бесчисленные наблюдения при родах убедили нас давно, еще до получения результатов исследования о распределении мышц матки, в том, что лучший, верный, безопасный способ искусственного расширения шейки получится тогда, когда мы будем в состоянии скоро и верно возбуждать сокращения мышц матки по собственному желанию.

Для того чтобы владеть хотя до некоторой степени перечисленными неусовершенствованными способами расширения шейки, нужно знать и помнить следующее. Когда шейный канал еще цел и внутренний зев еще не раскрывался, всякое форсированное расширение, как то расширение рукою, применение аппарата Bossi, насечки, разрезы ведут к непоправимым последствиям к кровотечению, которое нельзя остановить ничем, кроме экстирпации матки, к глубокому проникновению инфекции и т. д. Так что при закрытом внутреннем зеве, если не производится почему нибудь влагалищное Кесарское сечение, применимы главным образом те средства, которые менее всего ранят и которые способны возбуждать маточные сокращения, к таким относятся: применение палочек ляминария, тампонирование шейки и нижнего сегмента матки марлей, метрейриз, а также пожалуй применение расширителей Hegar'a, подготавливающее к тампонированию, метрейризу и проч.

Когда же внутренний зев открыт, шейка сгладилась, канала шейки уже нет, не открыт только наружный зев, можно применять и форсированное расширение, так как при этом сосуды и околоматочная клетчатка отодвинуты в сторону, кровотечение бывает реже, и если и бывает, то его легче остановить, так что здесь скорее применимы насечки, разрезы шейки, а пожалуй и аппарат Bossi и ручное расширение, если кто не отказался от их применения.

О применении палочек ляминария и тупело мы говорили в главе о выкидыше и производстве искусственных выкидышей и преждевременных родов.

О тампонировании шейки марлей можно сказать только то, что тампонирование при помощи зеркала и фиксирующего шейку кувельцанга производится узкой полоской марли длиной в 2 и более арши-

на; проведение полоски через шейку в нижний сегмент возможно только посредством особого зонда, конец которого слегка расщеплен. Рис. 27.

*Аппарат Bossi* состоит из 4 ветвей, соединенных между собой винтовым аппаратом, при помощи которого концы ветвей, соединенные в один тяж, расходятся на расстоянии друг от друга в 8—10 сантиметров.

На концы ветвей надеваются металлические набалдашники с волнообразной поверхностью, чтобы мешать их соскальзыванию с шейки. Если шейка очень узка, то концы вводятся в сложенном виде без набалдашников, делается несколько движений винтовым аппаратом (при помощи крестообразной ручки в начале аппарата), расширяющих слегка шейку, затем аппарат вынимается, надеваются набалдашники, вводятся в шейку опять и опять медленным поворачиванием ручки, повторяемым через 2—3 минуты, стараются постепенно раскрыть матку; указательный палец, введенный во влагалище, все время контролирует действие аппарата. Применение аппарата *Bossi* в настоящее время почти повсеместно оставлено, постепенно предается забвению и скоро будет иметь лишь исторический интерес благодаря тому, что при нем получались нередко разрывы верхних отделов шейки и нижнего сегмента матки, дающие кровотечение, не останавливаемое без экстирпации матки или без перевязки сосудов производимой *per laparotomiam*. Кроме того, разрывы и разминания шейки обуславливали тяжелое развитие сепсиса. Наблюдалось также после применения аппарата *Bossi* спазматическая контрактура внутреннего зева.

*Метрейриз.* В настоящее время для метрейриза употребляется почти исключительно эластический баллон *Champetier de Ribes*. Нужно только удивляться, почему к названию баллона не присоединена еще какая-нибудь немецкая фамилия; ко всем аппаратам и способам, нашедшим себе широкое применение, обычно присоединяется немецкая фамилия; должно быть это только потому, что и так фамилия изобретателя двойная и неловко присоединять третье слово.

Применяется еще для целей метрейриза кольпейринтер *Braun'a*, т. е. резиновый баллон, назначенный *Braun'ом* для введения во влагалище, но кто раз имел дело с баллоном *Champetier de Ribes'a*, тот уже не возвращается к кольпейринтеру *Braun'a*.

Описание баллона *Champetier de Ribes'a* сделано нами в главе об искусственных преждевременных родах. Эти баллоны бывают разных размеров вместимостью 300—700 куб. сантиметров.

Стерилизуются они кипячением в продолжение 15—20 минут. Вставление баллона производится после того как вставлено зеркало, влагалищная часть фиксирована кувальцангом или щипцами *Museau*. Перед вставлением из баллона выжимается воздух; он свертывается на подобие сигары, конец захватывается изогнутым кувальцангом. Широкая часть баллона должна быть проведена через внутренний зев. Если баллон данной величины не проходит через шейку, то нужно взять меньший, чтобы потом заменить этот меньший большим, т. е. желательной величины. Если баллоны вообще не входят, то нужно применить расширители *Neget* или лучше расширители неизвестного русского автора, описанные нами в главе о выкидыше. Можно также для предварительного расширения применить и расширяющие палочки (ляминария, тупело) или то и другое, т. е. расширители и расширяющие палочки.

Когда баллон большею своею частью, т. е. и самую широкою частью проскользнет в матку, кувальцанг тихо размыкается, вынимается, баллон удерживается от обратного выскакивания из матки пальцами до наполнения его водой. Наполнение нужно производить кипяченой

водой посредством большого шприца вместимостью в 100—200 сантим. Введенный указательный палец, ощупывая нижнюю часть баллона, ощущает, наполнен ли баллон, насколько он растянут водою.

Нужно ли перед введением баллона разрывать плодный пузырь, об этом мнения расходятся. При *placenta praevia* мы предпочитали вводить баллон после разрыва пузыря, хотя и относительно этих случаев нет согласного мнения.

Можно после наполнения баллона известным количеством воды впоследствии убавить воды и уменьшить напряжение баллона, сделать его несколько мягче, уступчивее. Для возбуждения схваток советуют не сильно наполнять водою баллон, затем когда схватки становятся сильными и частыми, в баллон прибавляют воды до полного его напряжения, чтобы он, проходя через шейку, раскрыл ее больше.

Когда баллон возбудил уже схватки и хотят прибавить к физиологическим силам, раскрывающим шейку, т. е. схваткам, чисто механическую, то к трубке баллона привязывают посредством марли тяжесть, например бутылку с водою, тяжесть перевешивают через край кровати у ног больной.

*Расширение шейки пальцами* производится просто: вводится один палец в шейный канал, затем стараются ввести другой, третий и т. д. Пользоваться этим способом мы не советуем, наученные горьким опытом. Хотя опять-таки, если шейка сглажена, края наружного зева тонки, то можно не без успеха расширить до некоторой степени наружный зев и пальцами.

*Насечки* на шейке делаются или две по бокам каждая на 1—2 сантиметра в длину, или несколько насечек в радиальном направлении. Они делаются чаще всего ножницами Siebold'a под контролем пальца, следовательно, без зеркала.

Если шейка сглажена, то кровотечений не бывает.

*Надрез шейки по Dührsen'у* производятся так. Вставляется зеркало, ножницами делают разрезы шейки до прикрепления к ней влагалища сначала сзади, потом по бокам, затем спереди. После родоразрешения, если нет кровотечения, швов не накладывают. Хотя сам Dührsen до сих пор и применяет этот способ, но многие опытные акушеры отказались от этого способа, испытав сильные кровотечения, которые едва можно было остановить.

В упрек этому способу ставят и то, что при извлечении ребенка резанные раны нередко продолжают в разрывы, переходящие, конечно, на своды влагалища, а это всегда опасно и в смысле кровотечения и в смысле сепсиса.





russherlib.ru

## НЕПРАВИЛЬНОСТИ СО СТОРОНЫ ЯЙЦА.

### Placenta praevia.

Если детское место прикрывает собой внутреннее отверстие матки или отчасти или совсем, т. е. если оно предлежит, то образуется опасная неправильность, называемая предлежанием детского места.

Если отверстие матки закрыто детским местом не совсем, а только краем его, то это называется неполное или краевое предлежание детского места (*placenta praevia partialis s. lateralis, s. marginalis*). Если отверстие матки закрыто целиком детским местом, то это называется полным предлежанием детского места, или, как еще говорят не совсем правильно, центральным предлежанием. (*Placenta praevia totalis s. centralis*). О разновидностях *placentae praeviae* ничего определенного больше сказать нельзя.

В последнее время появилось учение о том, что небеременная матка состоит из трех частей: тела, *isthmus* и шейки. *Isthmus* во время беременности является нижним сегментом матки; *isthmus* вместе с шейкой есть, по мнению этих авторов, пассивная, несокращающаяся часть матки, сокращающаяся часть мышц матки есть только тело матки.

При *placenta praevia* детское место прикреплено вполне или отчасти к *isthmus*. Если *isthmus* один является вместилищем детского места, то получается *placenta praevia isthmica totalis*. Если же только часть детского места помещается в *isthmus*, а часть прикреплена нормально в теле, то получается *placenta praevia isthmica partialis*.

Но такое деление как матки, так и видов *placentae praeviae* произвольно, оно не основано на точных анатомических данных.

Еще признают одну разновидность *placentae praeviae*, именно низкое прикрепление детского места, т. е. когда никакая часть детского места не предлежат, но детское место прикреплено в нижнем сегменте матки. При низком прикреплении детского места возникает, по мнению признающих эту разновидность, также кровотечение, как и при настоящем предлежании детского места, так как детское место прикреплено в данном случае к несокращающейся, растягивающейся, пассивной части матки, т. е. в нижнем ее сегменте. Кровотечение во время родов не возникает, по мнению этих акушеров, тогда, когда детское место прикреплено в верхнем отделе матки, т. е. сокращающемся, активном ее отделе. (Границей между сокращающейся частью матки и несокращающейся ее частью считается так называемое кольцо сокращения, как это было указано в главе об анатомии беременной матки).

А что такое нижний сегмент?

Мнение авторов относительно границ нижнего сегмента еще расходятся между собой. Во всяком случае указываемые границы нижнего сегмента анатомически не ясны, скорее произвольны. А по нашим исследованиям („Мускулатура связок матки в связи с распределением мышечных пучков в самой матке“ Труды Физ. медиц. О-ва 1911 г.) выходит так, что нижний сегмент матки можно определить лишь на передней стенке матки, он начинается тотчас ниже прикрепления брюшины к матке, на задней же стенке никакой границы нижнего сегмента

нет. Далее, по нашим исследованиям, нет деления на сокращающуюся часть матки и несокращающуюся, пассивную; все части матки активны. Несмотря на все это, если во время родов есть кровотечение и не прощупывают предлежания детского места, то многие ставят диагностику—низкое прикрепление детского места, разумея под этим названием прикрепление детского места в нижнем сегменте. Но это — диагноз в темную. Многие считают причиной кровотечения в этих случаях преждевременное отделение детского места, прикрепленного на нормальном месте. Hofmeyer, признающий, как ученик Schreoder'a, и кольцо сокращения, и существование сокращающейся и пассивной частей матки, воздерживается от рассмотрения этого вопроса в своей работе о placenta praevia и ни слова не говорит о низком прикреплении детского места. Он много занимался анатомией placentaе praeviae, и занятие это не прошло даром: тот, кто знает много фактов, меньше фантазирует.

*Частота* предлежания детского места по статистике v. Winckel для Саксонского королевства на 119333 родов 78 случаев. т. е. 1 : 1531. По Müller, взявшему процент из разных статистик, частота = 1 : 1078.

В обработанном нами материале Московского Родовспомогательного заведения за 31 год на 182818 родов было 499 случаев предлежания детского места, т. е. 1 случай placentaе praeviae на 266 родов, что составляет 0,26%.

Отношение разновидностей предлежания детского места по Dorganth'у такое: на 215 всех случаев placentaе praeviae—centralis в 26%, lateralis в 59% и низкое прикрепление в 14,3%. По Pohl centralis 18,5%, lateralis 64,3%, marginalis 17,1%.

В нашем материале на 499 всего количества было 326 случаев placentaе praeviae marginalis или 65,2% и 173 случая placentaе praeviae totalis, т. е. 34,8%.

У первородящих placenta praevia бывает, по Pohl, Schoenwad'у, Dorganth и многим другим, гораздо реже, чем у многородящих. Но по статистике clinique de Beaudelocque процент первородящих и многородящих с placenta praevia почти один и тот-же. В нашем материале первородящих было весьма мало, всего 27.

*Причины.* Тот факт, что у многородящих placenta praevia происходит чаще, давал право думать, что предрасполагает к placenta praevia эндомерит, чаще бывающий у рожавших. Но это объяснение принято далеко не всеми. Указывают еще на более частое предлежание детского места у рожавших двойни. Так из 231 случая Strassmann'a было 4 случая двоен; из 476 родов двойнями было 11 с placenta praevia. В нашем материале это не подтверждается: частота двоен при placenta praevia не выше обычной; и, наоборот среди двоен случаев placentaе praeviae не больше (см. гл. о двойнях).

Вообще-же основные причины placentaе praeviae остаются неизвестными. Способ же их возникновения до некоторой степени становится доступным анатомическому объяснению. Если не удовлетвориться примитивным объяснением, что предлежание детского места возникает тогда, когда яйцо прикрепляется вблизи внутреннего отверстия матки, а выводить свои заключения из изучения анатомических препаратов placentaе praeviae, как это сделали Ahlfeld, Hofmeyer, Weiss, Ponfick и др., то возникает несколько условий образования предлежания детского места.

Яйцо может прикрепиться и не около внутреннего зева, а на значительном от него расстоянии, но детское место может принять такую странную необычную форму, что одна часть его может доходить чуть не до дна матки, а другая—до внутреннего зева; нередко находят после



Рис. 1. Рисунок с натуры Hunter'a (*Anatomia uteri humani gravidi*) изображает матку и влагалище, часть стенки матки и влагалища удалена, почему видны в матке плод и предлежащее детское место J. А. А.—Фаллопьевы трубы, В. левый яичник, на нижней оконечности которого видно corpus luteum (С) D. Ovarium dextrum G—vagina H. H. orificium uteri K. К. оболочки.



placenta praevia весьма причудливые формы детского места, например, в виде подковы или, например, в случае Frommel'я между основным детским местом и прибавочной долькой послета было свободное пространство шириной в 2—2½ сант. и прибавочная долька находилась как раз над внутренним зевом, такой же случай демонстрировал Wittm в 1918 г. Ворсины при таком необычном разрастании очевидно прорастают те валики на отпадающей оболочке, которая окружает внутренний зев. Этим валиком отпадающая оболочка кончается, и дальше идет слизистая оболочка шейного канала без децидуальных клеток. Разрастание сосочков при этом может не ограничиваться одной запоздалой оболочкой (serotina) сосочки могут продолжать разрастание на завороченной оболочке (reflexa) и покрыть собою внутренний зев.

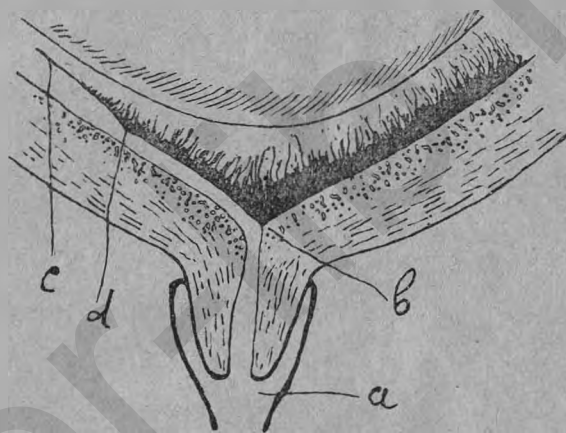


Рис. 2. Схематический рисунок нижней части матки с частью влагалища. С одной стороны детское место прикреплено к стенке матки выше внутреннего зева (b), отсюда детское место идет над внутренним зевом на другую сторону, где ворсы детского места не прикреплены к стенке матки (d), а разрослись лишь в reflexa (c); а—влагалище.

Получается вид placentae praeviae totalis, хотя это, собственно говоря, неполное предлежание. Рис. 2. Некоторые авторы поэтому не признают существования placentae praeviae totalis. Но некоторые препараты, например, препарат Hofmeyer'a, доказывают с несомненностью полное предлежание детского места. На препарате Hofmeyer'a видны следы прикрепления детского места вокруг всего внутреннего зева за исключением маленького участка.

Отпадающая оболочка может вблизи шейки оказаться не такой толстой, разросшейся, чтобы в ней исключительно разрослись ворсы; последние могут прорастать, в этом случае и мышечную стенку матки, могут начать разрастаться по стенке шейки и доходить до наружного зева. Такие случаи placentae praeviae cervicalis описаны Weiss'ом, Kusiner'ом, Ronick'ом, Tiegel. Детское место в таких случаях является столь сильно сросшимся со стенкой шейки, что искусственное отделение детского места страшно затрудняется. Подобные случаи placentae praeviae cervicalis смешивались с раковыми разрастаниями на шейке.

Симптомы во время беременности состоят исключительно из кровотечения. Кровотечение может начаться на 7-м, 8-м месяце, за несколько недель и даже дней до срока родов, может начаться и при начале самих родов. Кровотечение начинается вдруг, без всяких поводов, иногда

во время покойного лежания в постели. Первое кровотечение обычно бывает не сильное, продолжается не долго: день, два. Через 1—2 недели кровотечение возобновляется и может быть столь сильным, что больная впадает в состояние анемии.

Конечно кровотечение при предлежании детского места может возникнуть и в более ранние сроки беременности, месяцев 4—5, тогда эти случаи попадают в категорию абортгов (Tiegel). Объясняют это кровотечение различно. Одни говорят (Jacquemier, Bernes), что раз детское место помещается в нижнем сегменте матки, то существует несоответствие между развитием детского места и стенки матки, вследствие чего нарушается целостность маточно-плацентарных сосудов.

Pinard видит причину кровотечения в том, что в последние месяцы беременности бывают незаметные для женщины схватки; кровотечение является следствием схваток, так как нижний сегмент растягивается, при чем происходит отделение детского места.

Во время родов главный симптом, определяющий собою всю серьезность и опасность положения больной, есть также кровотечение. Чем сильнее схватки, чем чаще они, тем кровотечение становится сильнее. Зависимость кровотечения от схваток несомненна. Всеобщее объяснение зависимости кровотечения от схваток состоит в том, что нижний сегмент есть растягивающаяся часть, а детское место не отделяется от стенки матки во время схваток только в том случае, если оно помещено в сокращающейся части стенки, т. е. в верхней части тела матки.

По нашим исследованиям (см. главу о строении матки) все части матки сокращаются, и только от расположения мышечных пучков зависит, почему во время сокращения мышц матки полость матки в объеме уменьшается, а шейка, начиная с внутреннего зева, расширяется все более и более. Уменьшение объема тела матки ведет к уменьшению поверхности слизистой оболочки, к которой, между прочим, прикреплено детское место; это уменьшение поверхности столь равномерное и столь незначительное, что связь между слизистой оболочкой и ворсами в нее ворсами детского места не нарушается. Кроме того по окончании схватки, когда мышцы опять расслабнут, все приходит в прежнее состояние. Шейка-же, начиная с внутреннего зева, наоборот, расширяется во время схватки, по окончании схватки внутренний зев не приходит в свое прежнее состояние, а, наоборот, с каждой схваткой раскрывается все более и более, так как мышцы, пришедшие сверху из тела матки к внутреннему зеву и к слизистой шейки растягивают во все стороны внутренний зев. При этом у внутреннего зева в норме происходит наибольшее смещение стенок матки по отношению к яйцу, и с каждой схваткой это смещение становится все больше и больше. Если детское место прикреплено вокруг внутреннего зева, то оно, как часть яйца, смещается по отношению к стенке матки в гораздо большем размере, чем в теле матки при чем связь между детским местом и слизистой матки нарушается; получается разрыв сосудистых пазух, в которые вросли ворсы; с каждой схваткой получается смещение и разрыв на большем и большем пространстве.

Все признают, что при placenta praevia происходят часто преждевременные роды. Цифры в этом отношении дает Doranth: из 215 случаев достигли нормального срока родов только 69, т. е. 32,1%.

В нашем материале на все 499 случаев placenta praevia было 331 случай преждевременных родов, т. е. также большинство—67%.

При placenta praevia неправильное положение плода бывает гораздо чаще, чем обычно. Так на 1148 случаев, собранных Müller'ом было 272 поперечных положения, на 222 случая Doranth было 52 слу-

чая с косыми и поперечными положениями. В нашем материале всего —40 случаев; при *placenta praevia marginalis*—20 случаев, т. е. 6,1% и при *placenta praevia totalis*—20 случаев т. е. 12,2%. Проценты в общем выше обычной частоты неправильных положений плода.

Объясняется это тем, что предлежащее детское место мешает головке или ягодицам приблизиться ко входу в таз, вступить в него, крупная предлежащая часть скользит по детскому месту и помещается в *fossa iliaca*. V. Winkel совершенно справедливо видит частую причину неправильных положений в том, что роды при *placenta praevia*, бывают чаще преждевременные, при которых неправильное положение плода встречается гораздо чаще, чем при срочных родах. В нашем материале замечается, действительно, что чем более недоношенный ребенок, тем чаще неправильное положение. Говорят, что при *placenta praevia*, бывают чаще ягодичные предлежания. В нашем материале большая частота ягодичных предлежаний встречается среди плодов весом не менее 2000, что соответствует общему закону: ягодичное предлежание при родах VII—VI месяцев встречается чаще.

Кто наблюдал хотя несколько случаев родов с предлежанием детского места, тот знает, как слабы бывают при нем схватки, (особенно при *placenta praevia totalis*), как долго продолжаются роды, предоставленные самим себе, и как медленно открывается матка; в громадном большинстве случаев открытие больше 2-х пальцев не наступает. И в слабости схваток обвиняют то обстоятельство, что при *placenta praevia* бывают чаще преждевременные роды. Но помимо влияния преждевременных родов несомненно что-то мешает при *placenta praevia* развитию сильной роловой деятельности. Говорят, что *placenta praevia* препятствует предлежащей части механически влиять на нервные узлы, расположенные у внутреннего зева матки. Может быть это так. Мы только знаем, что стоит спустить ножку во влагалище, как схватки становятся совсем другими: оне становятся сильны, часты, деятельны, словом родовая деятельность исправляется.

Приводимое описание клинических явлений при *placenta praevia* представляет лишь сухую схему того, что бывает. На самом же деле здесь, как и везде, нет конца индивидуальным различиям. Помним такой случай. Роженица кровоточит, схватки хорошие, пульс удовлетворительный; при внутреннем исследовании пузырь цел, голова над входом, открытие на 3 пальца, половина отверстия шейки занята предлежащим детским местом. Консультировавший с нами товарищ высказался за то, чтобы сейчас-же приступить к повороту. Пока мы обменивались мнениями, прошли воды, кровотечение прекратилось, начались потуги и через 20—25 минут после исследования женщина родила живого ребенка. В этом случае после излития вод головка быстро опустилась и стала прижимать предлежащее детское место к стенке матки вследствие чего прекратилось кровотечение. Вообще думают, что кровотечение прекращается часто в том случае, если предлежащая часть—головка или ягодицы или даже одна ягодица после низведения ножки—опускается и прижимает часть детского места к стенке матки. Но горький опыт показал нам, что не всегда можно доверять этому прижиманию: предлежащая часть прижимать то прижимает детское место и настолько, что кровотечение как будто останавливается, но бывает и так, что останавливается лишь наружное кровотечение; *placenta praevia* продолжает давать кровотечение, но лишь внутреннее; головка может родиться без кровотечения, а вслед за головкой выходят сгустки крови, скопившиеся у плечиков вокруг шеи плода, а иногда и в мешке, образуемом оболочками. Такое же кровотечение описывают многие авторы за последнее время.

Мы говорили, что при *placenta praevia* открытие происходит крайне медленно. Это во всяком случае не от ригидности шейки, так как шейка является всегда на ощупь мягкая, уступчивая, а от слабости схваток и от того, что предлежащая часть не опускается, стоит высоко. Как только предлежащая часть соскользнет с плаценты (которая с своей стороны мешает опусканию головки) и опустится, так открытие под напором предлежащей части начинает быстро увеличиваться.

Но последние объяснения все-же теоретичны. Основной факт, отмеченный Pinard'ом и подтверждаемый на практике, состоит в том, что после излития вод кровотечение в большинстве случаев прекращается. О причине этого явления будем говорить ниже.

*Диагностика.* В конце беременности повторные кровотечения всегда возбуждают сильные подозрения относительно предлежания детского места при отсутствии других причин кровотечения, напр.: травмы, опухоли, кровоточащих остроконечных кондилом во влагалище и пр.

Если шейка приоткрыта для прохождения пальца, что иногда бывает у многородящих, то можно и во время беременности осторожно пальцем дойти до внутреннего зева и прямо прощупать ткань детского места так же, как она прощупывается, если пальцем дотронуться до любого уже вышедшего детского места.

Во время родов, когда шейка более или менее открыта, то диагноз и устанавливается прямо прощупыванием концом пальца поверхности детского места иногда с такою ясностью, что ощущение предлежащего детского места, доступно начинающему. Но нужно быть искренним: иногда палец не различает или не ясно различает поверхность детского места от оболочек—в том случае, если последние толсты и имеют бугроватую поверхность. Да и от кровяных сгустков, скопляющихся иногда в шейке, концом пальца отличить детское место не всегда легко. Если поверхность детского места прощупывается на всем пространстве открытой шейки, то имеется дело с полным предлежанием, если палец прощупывает ткань детского места не вполне закрывающего отверстие матки, так что прощупывается край детского места, а на прочем пространстве отверстия матки прощупываются обыкновенные оболочки, то это означает неполное или краевое предлежание.

Если роды начались, а наружный зев еще закрыт и не пропускает палец, то точная диагностика невозможна. Правда при внутреннем исследовании через своды прощупывается не плотная головка, а мягкая масса, но это не всегда ясно. Тем менее выясняет диагностику наружное исследование, при котором иногда довольно определенно прощупывается мягкая масса между предлежащей частью и входом в таз; эти признаки хорошо устанавливаются только тогда, когда уже поставлен диагноз предлежания детского места по внутреннему исследованию.

Известно, что кровотечение при *placenta praevia* возникает при схватках. При другого рода кровотечениях, напр.: при преждевременном отделении детского места, нормально прикрепленного, кровотечение идет вне зависимости от схваток. Но этим нельзя пользоваться, как отличительным признаком, потому, что схватки при *placenta praevia* бывают слабы, неопределенны и кровотечение может усиливаться и не во время схваток.

Ставить распознавания низкого прикрепления детского места, т.е. прикрепление его в нижнем сегменте, не прощупав хотя-бы края детского места, нельзя: нужны объективные признаки, а их нет; так что

отличать низкое прикрепление детского места от преждевременного отделения нормально прикрепленного детского места невозможно.

Если после родов с предлежанием детского места рассматривать послед, то отверстие оболочек будет всегда около детского места. Часть детского места, которая предлежала, отличается изменением своей ткани: эта часть будто примята, приплюснута, иногда инфильтрирована кровью.

*Прогностика.* Предлежание детского места чрезвычайно опасно как для матери, так и для ребенка, не смотря на все стремления современной науки усовершенствовать способы лечения этого осложнения. По статистике Müller'a из 921 умерло 212, из них 112 во время родов или перед ними; заболело послеродовыми процессами 273.

По статистикам Strassmann, Pohl, Boss, Hantel на 1168 случаев было 80 смертельных случаев среди матерей и 164 пuerперальных заболеваний, из 80 47 умерло от кровотечения и 33 от послеродовых заболеваний.

В нашем материале 499 случаев placentaе graeviae окончились смертью матери 59 раз, что составляет 11,8%, 48 из этих 59 умерло или во время родов, или непосредственно после них, что дает 9,1%. Смерть остальных 11-ти матерей последовала в послеродовом периоде, все параметриты и перитониты в этом случае мы считаем возникшими на почве разрывов шейки; так что причина летального исхода из этих 11 умерших в большинстве случаев возникла уже во время родов.

Процент смертности матерей у нас при placenta graevia marginalis—10%, при placenta graevia totalis—15%. Смерть происходила или от кровотечения или от сепсиса. К сепсису случаи с placenta graevia предрасположены потому, что место прикрепления плаценты находится очень низко и легко инфицируется со стороны влагалища, к тому же предрасполагает еще частота исследований и операций разного рода.

Для детей прогностика еще хуже. Дети умирают, главным образом, от недостатка кислорода, так как мать становится слишком бедна своею кровью, чтобы доставлять ему кислород ребенку в достаточном для него количестве. Кроме асфиксии причиной смерти является кровотечение из детских сосудов детского места, ребенок при этом рождается обескровленным, белым.

По статистике Müller'a из 2365 детей умерло 1512, т. е. 64,18%. По статистике Strassman—61%, Pohl—60%, Boss—53%, Hantel—78% Dosanth—60,4%.

В нашем материале общая смертность детей—57,5%, при чем случаи placentaе graeviae marginalis дали 47,8%, а случаи placentaе graeviae totalis—75%.

Срочные роды в количестве 163 дали процент детской смертности 55% и преждевременные в количестве 331 дали 58%. Разница в процентах небольшая. Из этого следует, что наличие недоношенных детей не обуславливает собою увеличение процента смертности детей.

*Терапия.* В современной науке можно отметить в терапии при placenta graevia трое различных путей. Первый путь состоит в общем в том, что стремятся как можно скорее окончить роды per vias naturales тем или иным способом. В основе второго пути состоит искусственный разрыв пузыря, успехом этого мероприятия определяется все остальное ведение дела. Третий путь состоит в классическом Кесарском сечении.

При следовании по первому пути, т. е. при стремлении как можно скорее окончить роды, весь вопрос в том, на сколько раскрыта

шейка. Если шейка раскрыта вполне или даже хотя бы на 3 пальца, возможно приступить прямо к родоразрешению при помощи обычных акушерских приемов—при помощи поворота или даже при *placenta graevia marginalis*, при помощи щипцов. При *placenta graevia marginalis* для поворота разрывают пузырь и проводят руку в полость яйца там, где нет детского места. При *placenta graevia totalis* иногда можно все-же прощупать край детского места где нибудь неподалеку от отверстия шейки, тогда, отсепаровав пальцами детское место от стенки матки на некотором протяжении, разрывают пузырь и проходят в полость яйца, именно около найденного края детского места. Если же край не ощупывается близко или искание края и отсепаровка детского места не желательны, в виду, положим, усиления кровотечения при таких попытках, то пальцами пробурливают детское место, при чем разрывается конечно и пузырь; через образовавшееся таким образом отверстие проводят руку для поворота. Но иметь дело с хорошим раскрытием шейки приходится крайне редко. Обычно кровотечение и состояние анемии больной заставляют думать о родоразрешении при открытии на 1—2 пальца. Слабость схваток, замечаемая при *placenta graevia*, делает свое дело: открытие обычно замедляется и как—раз чаще всего и приходится иметь дело именно с открытием не больше как на  $1\frac{1}{2}$ —2 пальца.

Усиливать схватки и выждать достаточного для воздействий открытия обычно не приходится, в большинстве случаев это равносильно преступному бездействию, как это будет нами показано на цифрах.

В самых только редких случаях, когда кровотечение не сильное (при *placenta graevia marginalis*), признаков малокровия нет, схватки хороши, и открытие подвигается, можно подождать, чтобы при достаточном открытии так или иначе вмешаться.

Так что при *placenta graevia* вопрос об искусственном раскрытии шейки возникает во всей своей полноте. Не смотря на это, разрешение этого вопроса стоит в весьма тесных рамках: только два метода расширения шейки предоставляются на выбор современного акушера—это мейтрейриз и влагалищное Кесарское сечение по *Dührsen*'у. Остальные забыты, между ними особенно по справедливости забыт способ *accouchement forcée*, состоящий в том, что делают несколько надразов на шейке ножницами или ножом, чтобы затем ввести руку и сделать поворот.

По статистике *Müller*'а этот способ дал 47,8% смертности матерей и 62,7%—детей. К этому же способу *accouchement forcée* нужно отнести еще следующий образ действий: при открытии на  $1\frac{1}{2}$ —2 пальца вводят постепенно 2—3—4 пальца, наконец всю руку и делают поворот: таким образом расширяют шейку просто рукою; весьма помогает выполнению такого способа замечаемые почти всегда при *placenta graevia* чрезвычайная мягкость, податливость и растяжимость шейки. В нашем материале был сделан 294 раза поворот при *placenta graevia* по введению всей руки при разном открытии шейки, между прочим нередко и при открытии менее, чем на 3 пальца, пальца на 2 и даже  $1\frac{1}{2}$ , при чем расширение шейки производилось большею частью только рукою. Результатом этого числа поворотов было 16% смертности матерей. Иллюстрацией к этому высокому проценту служит, между прочим, то, что после этих поворотов получилось 22 случая констатированных и зарегистрированных разрывов шейки, проникающих в параметрий со всеми своими последствиями (см. главу о разрывах матки) и 34,9% тяжелых пuerперальных заболеваний, среди которых почти все пара-

метриты и перитониты были обязаны также разрывам шейки, оставшимся незамеченными.

Довольно удачным компромиссом к поворотам при малом открытии является поворот по Braxton—Hicks'у, который делается по введению в матку лишь двух пальцев, так как он щадит мягкие части материи и дает лучшие результаты.

Эта операция для опытных акушеров заманчива тем, что на ней можно показать чудеса акушерской ловкости. Но она выполнима при благоприятных условиях и начинающими. Если канал шейки еще есть, не изглажен, то проведение и двух пальцев должно быть произведено с осторожностью, ибо при насильственном проведении пальцев можно произвести опасный разрыв шейки. (Описание самого поворота см. в главе об акушерских операциях). Влияние этого поворота иногда бывает прямо магическое: не только совершенно прекращается кровотечение, но даже почему-то подымается пульс, улучшается общее состояние и схватки становятся правильными и сильными. Остановку кровотечения и исправление схваток объясняют тем, что ягодицы как бы тампонируют шейку изнутри, прижимают детское место к стенке матки, а ножка своим присутствием в шейке раздражает ее нервные узлы и тем усиливает схватки. Но всю описанную перемену клинической картины можно объяснить лишь одним: разрывом пузыря (который, конечно, всегда разрывается при повороте), как об этом подробнее будет сказано ниже.

На этой перемене описанной клинической картины к лучшему основан весь успех поворота по Braxton—Hicks'у и не полная безуспешность поворотов, производимых всей рукою при небольшом открытии, так как, если бы после них не получалось в большинстве случаев остановки кровотечения, то получалось бы положение еще худшее: предстояло бы немедленное извлечение плода, а это ведет уже неминуемо к серьезному разрыву шейки последующей головкой (см. главу о разрывах матки) или к таким случаям, который описан в задаче № 11. К сожалению, такие неприятные случаи, когда после поворота кровотечение не останавливается, все таки происходят, как это показывают примеры задачи № 12 и 13.

Препятствием для распространения поворота во Braxton Hicks'у служит еще одно необходимое для него условие: абсолютная подвижность плода. Чем более роды преждевременные, чем менее, следовательно, ребенок развит, тем это условие существует чаще. По этому-то поворот по Braxton Hicks'у и практикуется в большинстве случаев над недоношенными детьми.

В Берлинской поликлинике Hofmeyer, применяя поворот по Braxton—Hicks'у на 37 случаев имел 1 смертный случай, в то время как другие способы давали процент смертности 20—30. Хорошие результаты были достигнуты также Behm'ом, Domer'ом, Nordmann'ом.

Недавно, в 1915 году, выступил в пользу поворотов по Braxton Hicks'у Stratz из Гааги. На все 173 случая своей коллекции он потерял 1 мать от эмболий, это дает 0,6%. Такой прекрасный результат можно, пожалуй, объяснить особым счастьем Stratz'a, у которого, по видимому было мало тяжелых случаев. Статистика других новейших авторов дает для метода Braxton—Hicks'a от 2,5% до 8,7%. Но детская смертность при методе Braxton—Hicks'a по исчислениям Stratz'a повышается на 20% сравнительно с другими методами. Детская смертность при других методах уменьшается, по мнению того-же Stratz'a на счет матерей, процент смертности которых при других методах больше. В нашем материале на 52 случая, проведенных по этому способу, было 5 смертных случаев.

К разряду пособий при *placenta praevia*, следующих по первому из обозначенных путей, относится еще низведение ножки при предложении плода тазовым концом. Если это низведение ножки производится при малом открытии, то ягодицы и низведенная ножка играют роль метрейринтера и способствуют скорейшему раскрытию матки. Как производит дальнейшее извлечение за ножку, об этом говорится в главе об извлечении плода (см. гл. об акушерских операциях). Напомним общее правило: не потягивать за ножку для ускорения полного открытия, ибо при этом произойдет асфиксия или смерть плода. Если ребенок мертв или сильное кровотечение угрожает матери и принуждает как можно скорее окончить роды, то приходится отступить от общего правила—не тянуть за ножку и во время схваток потягивать за нее для скорейшего раскрытия шейки; разумеется потягивание производится осторожно и постепенно, чтобы не произвести разрыва шейки.

*Метрейриз* производится так. Вставляются зеркала, кувальцангом фиксируется шейка; разорвав пузырь, вставляют через отверстие матки баллон *Champetier de Ribes* в нижнюю часть полости матки; наполняют баллон водой вполне и привешивают к баллону тяжесть следующим образом: берут бутылку с водой, привязывают ее к полоске марли, другой конец полоски привязывают к баллону, бутылку свешивают через край кровати у ног больной и ждут раскрытия матки. После достаточного открытия матки баллон обыкновенно выходит сам, или же его вынимают, и тогда приступают к родоразрешению.

В технике метрейриза есть одна темная сторона: предварительное вскрытие пузыря затрудняет последующее производство поворота, что является уже весьма большим минусом. А между тем вставлять баллон не вскрывши пузыря, значит получить отслойку детского места, потому что тогда баллон помещается между стенкой нижнего сегмента матки и детским местом. Многие, применяя метрейриз и желая сохранить воды для последующего поворота, грешат против этого правила и вставляют баллон, не вскрывши пузыря. Нередко баллон находит себе в нижнем сегменте настолько свободного места, что значительной отслойки плаценты не происходит. Это бывает особенно нередко при *placenta praevia marginalis*. Но и при *placenta praevia totalis* введение баллона без предварительного разрыва пузыря может иногда пройти безнаказанно, как это показывает задача № 3.

Результат действия метрейриза сказывается через 3—4—12 и более часов; большая и меньшая быстрота его действия зависит от степени развития схваток до применения метрейриза, от способности матки реагировать на раздражение, вносимое метрейринтером. В нашем материале отмечено несколько случаев, когда метрейринтер схваток не возбуждал и шейки не раскрывал. Метрейриз не приобрел себе славы кровостанавливающего действия и с этой стороны на него надеяться нельзя. В нашем материале отмечается несколько случаев, в которых кровотечение при метрейризе оставалось таким же сильным, как и до метрейриза, и кровь лила мимо баллона.

В виду того, что метрейриз действует не быстро, при сильном кровотечении и при сильно выраженной анемии он положительно неприменим. Поэтому при *placenta praevia totalis*, когда существует значительное кровотечение, нужно считать этот метод крайне опасным, особенно когда его применяют настойчиво и хотят добиться от него результатов. В решении задач № 4 и 6 описано, какие ужасные последствия бывают, когда при применении метрейриза вознаградимо теряется драгоценное время. Когда дорога каждая капля крови, тогда нужно применять радикальные, быстрые меры. Эти общие соображе-



ния подтверждаются одним удивительно поучительным, на первый взгляд парадоксальным фактом, замеченным нами сначала при изучении отдельных историй родов и подтвержденным затем цифрами.

Оказывается, что при *placenta praevia totalis*, смертность матерей тем выше, чем при большем открытии произведено родоразрешение; так смертность матерей после родоразрешения посредством поворотов при открытии на 3 пальца и больше—23,7%, между тем как общая смертность матерей при *placenta praevia totalis* у нас—15%. А процент смертности матерей, полученный после поворотов, произведенных по случаю *placenta praevia totalis* при открытии меньше, чем на 3 пальца = 11,5, т. е. вдвое меньший. Нужно еще заметить, что громадное большинство этих поворотов произведено при очень малом открытии, при открытии на 1½—2 пальца.

Выходит, что повороты при наименьшем открытии дают наилучшие результаты.

Получаются результаты как раз противоположные тем, на которые акушеры привыкли вообще рассчитывать, т. е. чем при большем открытии производится родоразрешение, тем меньше опасности и тем лучше результаты. Объясняется этот парадокс тем, что до открытия на 3 пальца и больше проходит много времени, в течении которого больная теряет кровь. Цифры, следовательно, показывают, что для больной опаснее, когда тратится время на продолжение родов до открытия достаточного для родоразрешения, чем предпринимается родоразрешение при недостаточном еще открытии.

Отсюда следует заключение, что при *placenta praevia totalis* и в случаях *placenta praevia marginalis* с сильным кровотечением не нужно останавливаться перед самыми решительными воздействиями, например, перед Кесарским сечением, которое само по себе дает процент смертности сравнительно ничтожный, лишь бы не упустить время и скорее окончить роды.

Мы далеки от мысли пропагандировать какой-нибудь один способ лечения при *placenta praevia*.

Односторонние взгляды вообще вредны, при такой же опасной неправильности они должны быть губительны для несчастных женщин. Так как клинические картины этой болезни бесконечно разнообразны, то внимательное наблюдение и вдумчивость должны помочь врачу выбрать для каждого случая наиболее подходящий способ, ведущий вернее к цели. Задача № 23, например, показывает, как полезен бывает иногда метрейриз при *placenta praevia marginalis*, при небольшом кровотечении и медленном развитии болезненных явлений. Поэтому—подальше от предвзятых мнений и рутины.

Глубокая индивидуализация каждого отдельного случая должна предшествовать выбору того или иного способа.

Даже выжидание открытия матки (без применения метрейриза), против которого мы представили такие веские данные, и то иногда может быть полезно, как показывает задача № 8.

Метрейриз имеет отрицательные стороны в том отношении, что он несет опасность инфекции. Затем его обвиняют в том, что при введении баллона входит в матку воздух, от этого может произойти воздушная эмболия вследствие проникания воздуха в зияющие вены на месте прикрепления плаценты, которое расположено как раз в том месте, куда вволят баллон.

В заключение про метрейриз можно сказать, что не смотря на все перечисленные недостатки в некоторых случаях применим только он в виду легкости и несложности его выполнения сравнительно с вла-

галищным Кесарским сечением по Dührsen'у, хотя последний метод и является правильно хирургическим, быстрым и радикальным. Wump предложил свой хирургический метод родоразрешения per vaginam при placenta praevia под названием Kolpo—histerotomia. Существенных отличий и преимуществ этот метод перед методом Dührsen не имеет.

Второй путь, по которому идут во время лечения при placenta praevia состоит в том, что разрывают пузырь и ждут результатов, т. е. остановки кровотечения и самопроизвольных родов. Если и предпринимаются те или иные мероприятия, то по особым показаниям.

Наблюдение показывает, что при всех аномалиях яйша, как то, при многоводии, при маловодии, при преждевременном отделении детского места, а также и при placenta praevia излитие вод приносит какие-то существенно новые условия, в которых совершается дальнейшее течение родов; это изменение условий проявляется в виде изменений характера схваток, которые большею частью становятся лучше, деятельнее. При placenta praevia в силу появления этих каких-то новых условий, кровотечение прекращается, но, к сожалению, не всегда. Из 24 случаев нашего материала, в которых сознательно и специально применялся этот метод в большинстве случаев, правда, кровотечение прекращалось и наступали самопроизвольные роды, в 12 случаях—даже через 20—30 минут, но в 9 случаях кровотечение не прекращалось, в 4-х из этих 9-ти случаев кровотечение прекратилось, но с течением времени вновь возобновилось, в одном случае произошло большое кровотечение в полость матки.

Этот способ находит для себя таких сильных защитников, как проф. Pinard и школа его учеников и последователей. Нужно думать, что у них получались результаты лучше, чем у нас. Цифровых данных нам не удалось у них найти. Технику производства этой простой операции они описывают так. При соблюдении всех правил дезинфекции проводят палец в шейный канал до оболочек, по пальцу проводят инструмент и прокалывают оболочки, заботясь при этом, чтобы отверстие в оболочках было широко раскрыто, чтобы не было, как говорит Pinard, растяжения плаценты оболочками, в частности хорионом (т. е. кожистой). Есть особый инструмент для прокола оболочек *perce—membranes*. Но можно для этой цели воспользоваться концом ножниц или лучше вязальной спицей. Если встречается затруднение при производстве этой операции на продольной кровати, то можно положить больную поперек кровати, что облегчает технику.

Pinard советует приступать к искусственному разрыву пузыря не только во время родов, но и у беременных, долго и значительно кровоточащих вследствие предлежания детского места. У беременных после разрыва пузыря большею частью появляются скоро схватки. Если схваток нет, то нужно ждать, уложив больную в постель, измерять температуру и наблюдать за характером выделений. Если начнет повышаться температура, если возникнет вновь кровотечение или если появятся отделения с запахом, то это означает что способ потерпел фиаско и что нужно перейти к методу, возбуждающему схватки и раскрывающему шейку, т. е. ничего не остается, как вставить баллон *Champetier-de Ribes*.

Во время родов, если разрыв пузыря не привел к цели, не остановил кровотечения, переходят также на другой путь терапии и приступают к скорейшему родоразрешению тем или иным способом, как это показывает задача № 26.

Разрыв пузыря может иметь место в двух крайних случаях: или при очень еще малом открытии, когда нет места даже для поворота по Braxton—Nicks'у или тогда, когда открытие уже большое, головка фиксирована в тазовом кольце и можно ожидать после разрыва пузыря скорого самопроизвольного окончания родов. Для примера укажем задачу № 19. Разумеется никто не будет столь консервативен, что при сильном кровотечении ограничится одним разрывом пузыря, когда можно произвести поворот хотя бы и по Braxton—Nicks'у.

При весьма малом открытии и при сильном кровотечении сам собой напрашивается вопрос о классическом Кесарском сечении, как о правильно хирургическом методе, ведущем скорее всего к цели.

Этот третий путь, по которому идет терапия при *placenta praevia* еще нов. На Лондонском международном конгрессе он подвергся горячему обсуждению, при чем мнения были различны. Отмеченный нашей статистикой факт, что замедление родов, хотя и сопровождаемое безопасными бережливыми операциями, ведет к худшим результатам, чем заведомо опасные, но скорее ведущие к цели операции, должен служить одной из основных причин того, что классическое Кесарское сечение, как метод самый скорый, не исчезнет из ряда методов, применяемых при *placenta praevia*.

Наше общее рассуждение о необходимости предпочтения такого скорого метода родоразрешения, как Кесарское сечение, основанное на старой статистике, вполне подтверждается новейшей статистикой. Так Jaschke в 1918 году собрал из общей литературы 262 случая Кесарского сечения с материнской смертностью=4% (детская смертность неизвестна) и 125 немецких случаев с 3% смертности матерей и с детской смертностью=1,6%, что в сравнении с новейшими результатами материнской смертности вагинальных методов—5%—9% и 40—60% детской смертности дает блестящие результаты, Fried. Löhne (1920 год) выступает с решительным предпочтением абдоминального пути при терапии *placenta praevia centralis*. Он в настоящее время каждый случай *placenta praevia centralis* разрешает через брюшные стенки; он говорит, что чувства нерешительности и страха, которые овладевали им при влагалищных путях родоразрешения, теперь исчезли и на место них явилось чувство уверенности. Потери крови не бывает.

Löhne того мнения, что Кесарское сечение нужно делать и при *placenta praevia lateralis* у маломальски обезкровленных больных независимо от того, большая или малая доляка предлежит.

Далее Löhne говорит, что Кесарское сечение показуется не только при малом открытии, но и при открытии более, чем на 3 пальца В безлихорадочных случаях, а так же и у лихорадящих, по мнению Löhne, нужно производить трасперитонеальный разрез шейки экстраабдоминально, т. е. с вывертыванием матки из брюшной полости.

Далее автор говорит так: при *placenta praevia centralis* и в случае обезкровленных женщин при *placenta praevia lateralis* Кесарское сечение показуется и при мертвым плоде.

При всех описанных методах попутно применяются средства, обычные при анемии: впрыскивание физиологического раствора под кожу, соляные теплые клизмы, *autotransfusio*, *analeptica* и др.

Нотмейер предостерегает от внутриматочных вытоласкиваний после родов, осложненных *placenta praevia*, так как при них бывает вхождение воздуха в матку, а также в сосуды, зияющие в нижнем сегменте матки на месте прикрепления плаценты, отчего происходит воздушная

эмболия. Мы присоединяемся к этому предостережению. По нашему мнению колляпсы, бывающие после родоразрешения при *Placenta praevia* не всегда зависят от анемии, мы наблюдали случаи, когда они зависели от воздушной эмболии.

Мы исключаем из обсуждения тампонацию влагалища, так как она не имеет никакого тарапевтического значения, как показал нам опыт и как об этом свидетельствуют литературные данные. Мы даже избегаем называть тампонацию методом или способом лечения, потому что врач не имеет права возлагать на нее никаких надежд.

### ЗАДАЧИ.

#### *Placenta praevia totalis*, доношенный ребенок.

1. № 896, 1880 г. 29 лет, 6-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные. Полное предлежание детского места. Предлежащая часть плода — головка. Полное открытие. Прибыла с кровотечением и явлениями острого малокровия. Сердцебиение плода не слышно. Роды продолжаются 9 часов. Что делать?

2. № 56, 1887 г. 41 год, 6-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 9 часов. Кровотечение началось за 2 дня до родов, за последние сутки усилилось. Открытие на 3 пальца, предлежит детское место, а за ним головка, спинка вправо, мелкие части влево. Сердцебиение плода не слышно. Что делать?

3. 7-я беременность. Таз 30, 25, 29, 20. Роды срочные, продолжаются 4 часа. Схватки слабы. Кровотечение началось 4 суток тому назад, кровотечение не сильное, пульс удовлетворительный, явлений острого малокровия нет; открытие матки на 2 пальца, воды не проходили. Весь нижний отрезок матки покрыт тканью последа, предлежащей части прощупать нельзя. Сердцебиение плода слышно. Что делать?

4. № 199, 1889 г. 37 лет, 10-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 20 часов. Полное предлежание детского места, сильное кровотечение, открытие на 2 пальца. Предлежащая часть плода головка, сердцебиение плода не слышно, схватки слабы. Что делать?

5. № 3023, 1897 г. 34 года 10-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 17 часов. Полное предлежание детского места. Предлежащая часть плода головка. В моче белок, сильное кровотечение, общее состояние плохое. Была произведена тампонация влагалища, но без всякого результата. Открытие на 2 пальца, края зева очень мягки, уступчивы. Сердцебиение плода не ясно. Что делать?

6. № 818, 1881 г. 36 лет, 8-я беременность. Таз 31, 25, 28, 20. Роды срочные, продолжаются 2 часа. Предлежащая часть плода головка находится над входом. Поступила при открытии зева на  $2\frac{1}{2}$  пальца и не сглаженном канале шейки. Внутри поверхность зева со всех сторон покрыта детским местом. Крайнее истощение, едва ощутимый пульс. Кровотечение началось накануне поступления. Схватки слабы. Сердцебиение плода не слышно. Что делать?

7. № 757, 1902 г. 41 год, 5-я беременность. Таз 32, 24, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 15 часов. Поперечное положение плода. Кровотечение вследствие полного предлежания детского места, открытие на  $2\frac{1}{2}$  пальца. Шейный канал сглажен. Схватки слабы. Сердцебиение плода слышно не ясно. Явления острого малокровия. Что делать?

8. № 563, 1904 г. 30 лет, 6-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 10 часов. Предлежащая часть головки, placenta praevia totalis, открытие на  $1\frac{1}{2}$  пальца. Схватки хорошие, правильные. Кровотечение временами сильное, временами затихает. Сердцебиение плода не слышно. Пульс матери еще не очень плох. Что делать?

9. № 669, 1891 г. 26 лет, 2-я беременность. Таз 30, 24, 26, 19. Роды срочные продолжаются 6 часов. Предлежащая часть плода не ясно определяется. Открытие на 1 палец, над внутренним зевом всюду прощупывается placenta, кровотечение значительное. Сердцебиение плода слышно. Упадка сил у роженицы еще нет. Что делать?

10. № 1657, 1885 г. 43 года. 13-я беременность. Таз 30, 26, 28, 20. Положение плода косое. Беременность на исходе X лунного месяца. Две недели кровотечение, placenta praevia totalis. Появились признаки острой анемии. Маточный зев весьма мягок и уступчив. Сердцебиение плода слышно. Что делать?

11. № 764, 1894 г. 26 лет, 4-я беременность. Таз 31, 25, 28, 20. Роды срочные, продолжаются 2 часа. Полное предлежание детского места. Матка открыта на 1 палец шейка не изглажена. Прибыла в состоянии высшей степени анемии, с неосязанным пульсом. Кровотечение началось за 2 недели, было с остановками. Сердцебиение плода не слышно. Что делать?

12. № 4547 1894 г. 27 лет, 5-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 6 часов. Предлежащая часть плода головка. Прибыла с сильным кровотечением. Открытие на 2 пальца, зев вполне закрыт предлежащим детским местом. Произведен поворот по отделению плаценты слева и сзади и по разрыве пузыря. Поворот удался легко. После низведения ножки кровотечение сначала остановилось, но затем через 1 час 30 минут возобновилось. Открытие почти то же. Что делать?

13. № 1073, 1885 г. 28 лет, 4-я беременность. Таз 30, 26, 28, 20. Роды срочные, продолжаются 9 часов. Полное предлежание детского места, вследствие чего—кровотечение уже 2 недели. В момент прибытия кровотечение незначительное, открытие на 1 палец, схватки есть. Через 1 час кровотечение усилилось, открытие на  $1\frac{1}{2}$  пальца. Metreurgysis на 2 часа, после этого—поворот. Вскоре после поворота, появились признаки внутреннего кровотечения. Что делать?

#### **Placenta praevia totalis, недоношенный ребенок.**

14. № 2497, 1907 г. 31 год, 14 беременность. Таз 20, 25, 27, 20. Роды преждевременные на VIII л. м., продолжаются 8 часов. Полное предлежание детского места, открытие на 1 палец. Сильное кровотечение, пульс едва осязатим. Сердцебиение плода не ясно слышно. Схватки слабы и редки. Что делать?

15. № 413, 1894 г. 31 год, 12-я беременность. Таз 31, 25, 27, 19. Роды преждевременные на IX л. м. Поступила с кровотечением, начавшимся 3 недели тому назад, кровотечение сильное, доводящее больную до обмороков. При внутреннем исследовании оказывается, что шейка матки не изглажена, канал цел, открытие на 1 палец, полное предлежание детского места, предлежащая часть плода не прощупывается. Воды прошли. Сильная анемия. Полное отсутствие схваток. Сердцебиение плода слышно хорошо. Что делать?

16 № 1160, 1887 г. 35 лет, 7-я беременность. Таз 30, 26, 28, 20. Роды преждевременные, VIII л. м., продолжаются 7 часов. Поступила с незначительным кровотечением, которое началось за 2 дня до при

бытия. Через 30 минут по поступлении—колоссальное кровотечение. Матка открыта на 1 палец, канал не изглажен, полное предлежание детского места. Сердцебиение недоношенного плода не слышно. Что делать?

17. № 4660, 1894 г. 34 года, 5-я беременность. Роды преждевременные, VIII л. м., продолжаются 2 часа. Поступила с сильным кровотечением без пульса. При внутреннем исследовании—открытие на 2 пальца, предлежит детское место полностью, головка высоко над входом. Что делать?

**Placenta praevia marginalis, доношенный ребенок.**

18. № 3326, 1894 г. 26 лет, 2-я беременность. Таз 31, 25, 28, 20. Роды срочные, продолжаются 7 часов. Поступила с сильным кровотечением. Предлежит головка, находится над выходом; в зеве матки, открытого на 3½ пальца, прощупывается целый пузырь и край детского места. Сердцебиение плода слышно. Схватки есть. Что делать?

19. № 721, 1886 г. 30 лет, 7-я беременность. Таз 30, 24, 26, 19. Роды срочные, продолжаются 11 часов. Поступила с небольшим кровотечением. Предлежит головка, находится во входе, готова опускаться в полость. Воды целы, у заднего края зева, открытого на 4 пальца, прощупывается край последа. Схватки хороши, правильные. Сердцебиение плода хорошо слышно. Что делать?

20. № 1155, 1894 г. 27 лет, 6-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 16 часов. Поступила с сильным кровотечением, начавшимся часов 12 тому назад. Открытие матки на 3 пальца. Предлежат: послед, отделившийся с правой стороны и лоскутом торчащий во влагалище, и головка над входом; воды прошли по дороге. Большая петля пуповины тоже выпала во влагалище и не пульсировала. Роженица истощена, схватки слабы. Что делать?

21. № 1847, 1891 г. 26 лет, 2-я беременность. Таз 30, 23, 26, 19. Роды срочные, поступила с кровотечением, повторяющимся неоднократно. Шейка матки закрыта, через внутренний зев конец пальца прощупывает детское место. При покойном положении и тампонации кровотечение приостановилось. Начались схватки и кровотечение возобновилось. Опять тампонация, через 6 часов тампон вынут с большим количеством сгустков крови. Матка открыта на 2½ пальца, оказалось краевое предлежание последа. Роды продолжаются 17 часов. Сердцебиение плода хорошо слышно; предлежащая часть плода головка над входом. У роженицы развивается анемия. Что делать?

22. № 3837, 1910 г. 36 лет, 10-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды преждевременные около X л. м., продолжаются 8 часов. Сильное кровотечение, шейка открыта на 2 пальца, укорочена. Слева прощупывается часть детского места. Предлежащая часть плода—головка, находится над входом, подвижна. Воды не проходили. Сердцебиение плода хорошо слышно. Схватки слабы. Что делать?

23. № 546, 1882 г. 32 года, 7-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Поступила с кровотечением, начавшимся накануне. Открытие на 1½ пальца. Сзади и справа в зеве прощупывается край детского места. Предлежит головка во входе, неподвижна. Схватки слабы. Применен *metreurysis*, под влиянием баллона схватки усилились, открытие прибавилось на 3 пальца, баллон вынут. Роды продолжаются 24 часа. Кровотечения нет, пульс хорош, головка опускается в полость матки. Что делать?

24. № 4752, 1891 г. 37 лет, 5-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды приближаются к срочным. Поступила с сильным кровотечением,

зев открыт на  $1\frac{1}{2}$  пальца, справа и сзади прощупывается ткань детского места, кроме того прощупывается предлежащая пуповина бьющаяся, пузырь цел. Плод предлежит тазовым концом. Что делать?

25. № 1837, 1888 г. 31 год. 5-я беременность Таз 29, 24, 26, 20. Роды срочные, продолжаются  $2\frac{1}{2}$  часа. Предлежат: головка и край детского места справа и спереди. Небольшое кровотечение, начавшееся с 9-го месяца беременности. Открытие на  $1\frac{1}{2}$  пальца, воды целы. Сердцебиение плода хорошо слышно. Пульс нормальный, общее состояние вполне удовлетворительное. Что делать?

26. № 3605, 1895 г. 39 лет, 11-я беременность. Таз 29, 22, 24, 20. Роды срочные, продолжаются 5 часов. Живот велик, напряжен, признаки многоводия. При внутреннем исследовании открытие на  $1\frac{1}{2}$  пальца, края зева толсты, канал вполне изглажен, пузырь цел, головка над входом; на задней стенке матки прощупывается край детского места. Сильное кровотечение, явления анемии. Сердцебиение плода хорошо слышно. Схватки хорошие. Что делать?

#### **Placenta praevia marginalis, недоношенный ребенок.**

27. № 6096, 1902 г. 39 лет, 7-я беременность. Таз 30, 23, 25, 20. Роды преждевременные на VIII л. м., продолжаются 12 часов. Предлежащая часть плода головка, находится над входом, краевое предлежание детского места. Сильное кровотечение, открытие на  $1\frac{1}{2}$  пальца. Сердцебиение плода не слышно. Схватки есть. Что делать?

28. № 2112, 1895 г. 29 лет, 8-я беременность. Таз 26, 24, 26, 20. Роды преждевременные IX л. м., схватки только что начались, довольно сильные, умеренно кровоточит, общее состояние и пульс еще хороший. Матка открыта на 1 палец. Предлежит головка. Сердцебиение плода слышно. Что делать?

29. № 503, 1880 г. 20 лет, 1-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды на VI л. м., кровотечение не очень сильное, открытие на 3 пальца, с левой стороны прощупывается край детского места, пузырь цел. Что делать?

30. № 2556, 1908 г. 34 года, 13-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды преждевременные на VII л. м., продолжаются 4 часа. Прибыла с явлениями острейшего малокровия и с сильным кровотечением. Открытие на  $1\frac{1}{2}$  пальца, краевое предлежание детского места. Что делать?

31. № 1531, 1883 г. 36 лет, 5-я беременность. Таз 31, 26, 28, 20. Роды преждевременные на VIII л. м., продолжаются 4 часа. Поступила без кровотечения; зев открыт на 3 пальца, из него выдается клином во влагалище пузырь, с ним опустилась во влагалище часть детского места, предлежащего краем. Что делать?

#### **О т в е т ы.**

1. Нужно делать поворот и извлечение. В данном случае так и было сделано. При введении руки в матку оказалось, что меньший лоскут предлежавшего детского места был с правой стороны, с этой стороны лоскут детского места и был отделен для дальнейшего проведения руки в полость матки. Получился мертвый ребенок 3700. После родов—*endometritis septica*. Выписалась на 16 день.

2. Нужно приступить к повороту, что в данном случае и было исполнено, получился мацерированный ребенок 3100. Родительница выписалась здоровой.

3. Здесь кровотечение несильное, признаков малокровия нет, так что можно применить активно-выжидательный метод, т. е., применить метрейринтер, тем более, что схватки слабы. Вполне выжидательный метод при *placenta praevia totalis* вообще не применим. В данном случае был вложен метрейринтер, который поместился, конечно, между стенками шейки и плацентой, так как предварительного прорыва плаценты для вскрытия пузыря не было сделано и метрейризм возбудил сильные, схватки, сзади и справа край плаценты оказался расположенным недалеко от отверстия матки, и через  $2\frac{1}{2}$  часа здесь пузырь стал свободным, зев открылся на  $2\frac{1}{2}$  пальца, края его уступчивы, способные пропустить пальцы и даже всю руку для поворота. Результатом поворота был живой ребенок весом 3500. Родительница осталась жива и здорова.

4. Здесь сильное кровотечение и активная терапия более применима, так что можно сделать влагалищное Кесарское сечение по Дюрсену. Классическое Кесарское сечение здесь не применимо, так как сердцебиения плода нет. Но этот случай произошел еще до появления метода Дюрсена. В данном случае был применен метрейризм весьма настойчиво—3 раза, после второго метрейризма вышло большое количество сгустков, во время третьего—обморок, упадок сил, метрейризм увеличил открытие, но это стоило потери большого количества времени и крови. Получился мертвый ребенок 3200, больная умерла через 3 дня от малокровия и истощения сил.

5. Здесь нужно торопиться оканчивать роды, потому что кровотечение сильное и общее состояние уже плохое. Здесь можно применить влагалищное сечение матки по Дюрсену. На классическое Кесарское сечение здесь нельзя решиться, так как сердцебиение плода не ясно слышно, в крайнем случае можно прибегнуть к методу Braxton—Hicks'a. В данном случае было произведено излюбленное в те времена, когда произошел сей случай, *accouchement forcée*, т. е. была проведена осторожно и постепенно вся рука в полость матки и сделан поворот. Получился мертвый ребенок. Родительница осталась жива и здорова.

6. Здесь открытие хотя и на  $2\frac{1}{2}$  пальца, но канал не изглажен. Поэтому вполне был бы показуем метод Дюрсена. В данном случае был применен метрейризм, после которого открытие сделалось на 3 пальца и стал возможен поворот, к нему и было приступлено. После родов произошло кровотечение из нижнего отрезка матки и из атонического тела матки, и больная через 4 часа после родов умерла. Ребенок получился также мертвый. В данном случае метрейризм хотя и прибавил открытие, но произошла потеря драгоценного времени, анемия прогрессировала, так что с послеродовым кровотечением, которое может быть, было не так уж сильно, больная не могла справиться и скончалась.

7. В данном случае открытие на  $2\frac{1}{2}$  пальца и канал сглажен. Сильное малокровие вынуждает прибегнуть к быстрому родоразрешению. Здесь показуется метод Дюрсена. При мягких краях зева для еще большей скорости и простоты можно рискнуть сделать поворот по тому или иному способу. В данном случае был произведен поворот, но риск не увенчался успехом: получился разрыв шейки, давший сильное кровотечение, и больная умерла вскоре после родов. Ребенок получился также мертвый.

8. Трудно решить категорически, что в данном случае предпринять. Метрейризм—средство не надежное, можно потерять время безрезультатно. Разрыв пузыря также не надежное средство. Лучшее всего



применимым кажется влагалищный метод Dührsen'a, В данном случае удачно воспользовались одним благоприятным обстоятельством: хорошими правильными схватками, предприняли выжидание, пока эти схватки не откроют хорошо матку, выждали открытия до 4-х пальцев и сделали поворот с благополучным для матери исходом. Ребенок получился мертвый.

9. В данном случае воспользоваться советом Pinard'a разорвать пузырь, во первых, технически может быть трудно выполнимо, так как над внутренним зевом всюду прощупывается placenta, а все трудно выполнимое ведет часто к осложнениям; и потом разрыв пузыря не всегда останавливает кровотечение, как это указано нами. Здесь есть важный факт, дающий возможность установить показания более точно — хорошее сердцебиение плода. Это дает хорошие данные для показания к классическому Кесарскому сечению. В данном случае была произведена тампонация влагалища, после чего матка открылась на 2 пальца. Было произведено затем *accouchement forcée*, получился мертвый ребенок весом 3550. Больная выписалась здоровой на 9 день.

10. Можно сделать разрыв пузыря, если это окажется удобовыполнимым при полном предлежании детского места. Если бы разрыв пузыря оказался трудно выполним или если бы он не имел результатом остановку кровотечения, то показано Кесарское сечение классическое или внебрюшинное или даже влагалищное по Dührsen'у. В данном случае было сделано прободение детского места, вскрытие плодного пузыря; затем был произведен поворот по Braxton Hicks'у, что было сделать легко в виду поперечного положения плода и легкой достижимости ножек. Поворот удался легко, младенец опустился не через место прободения детского места, а прошел мимо его края, случайно оказавшегося близким. Получился ребенок в асфиксии, был оживлен. Родильница перенесла тяжелый эндометрит с налетами на местах разрывов шейки матки.

11. Быстро опорожнить матку хотя бы посредством влагалищного сечения матки по Dührsen'у. В данном случае был применен метрейриз, результатом которого хотя и было открытие на 3½ пальца, но кровотечение продолжалось. Был произведен поворот, получился мертвый ребенок 3900. Больная умерла на 17-й день от септического эндометрита.

12. Ничего не остается, как делать извлечение плода за ножку насколько возможно медленнее и осторожнее. В данном случае было предпринято немедленное извлечение; получился живой ребенок. Родильница также осталась жива и здорова.

13. Ничего не остается делать, как приступить к извлечению, несмотря на то, что открытие матки еще для этого недостаточно, следовательно — с явным риском разрыва шейки. В данном случае так и сделали; получился разрыв шейки, имевший своим последствием периметрит, больная поправилась. Ребенок получился мертвый 4100.

14. Для Кесарского сечения случай не подходящий, потому что роды преждевременные на VIII лун. месяце. В данном случае лучше попробовать поворот по Braxton—Hicks'у. После поворота, связанного с разрывом пузыря, можно больше рассчитывать на остановку кровотечения. В данном случае был произведен поворот по Braxton—Hicks'у. При извлечении головка задержалась вследствие судорожного сжатия маточного зева. Ребенок получился мертвый 2000. Родильница осталась жива и здорова.

15. Несмотря на то, что воды уже прошли, кровотечение не остановилось. Может быть здесь нужно, как советует Pinard, расширить

то отверстие, через которое прошли воды, но как его найти. Можно сделать новое отверстие через самое детское место, но уже сама эта манипуляция может усилить кровотечение, и еще неизвестно, даст ли это мероприятие в конце концов остановку кровотечения. Было бы правильно сделать в данном случае Кесарское сечение. В данном случае пошли на самое рискованное—*accouchement forcée*. Получился живой ребенок весом 2900. Родильница также осталась жива и здорова.

16. Приступить к немедленному родоразрешению *per vaginam* по способу, считающемуся в настоящее время самым рациональным, т. е. по способу *Dührsen'a*. Кесарское сечение в данном случае не показуется, так как и ребенок очень недоношен, да и сердцебиение его не слышно. В данном случае было произведено *accouchement forcée*, получился мертвый ребенок 2300. Родильница перенесла эндометрит, выздоровела.

17. Поворот по *Braxton-Hicks'у*. В данном случае так и было сделано. Извлечение было трудно по причине спазма маточного зева. После извлечения оказался разрыв шейки, давший сильное кровотечение; наложено 6 швов. Родильница, полихорадив, выписалась через 13 дней. Ребенок оказался мацерированный 1200 весом.

18. Поворот. В данном случае он был сделан. Во время поворота было сильное кровотечение, которое остановилось при опускании ягодиц. Получился живой ребенок 3610. Родильница осталась жива и здорова.

19. Разорвать пузырь и больше ничего. Здесь так и было сделано. Через 45 минут родился живой ребенок 3500. Родильница—здорова.

20. Перфорацию. В данном случае был произведен поворот, получился мертвый ребенок весом 4000. Родильница осталась жива и здорова.

21. Поворот по *Braxton-Hicks'у*. Если он будет удаваться, а зев будет пропускать свободно руку, то можно сделать обыкновенный поворот. В данном случае был произведен поворот. Роды представлены силам природы. Но через час, после того как открытие значительно прибавилось, в виду возобновившегося сильного кровотечения произведено извлечение. Извлечен живой ребенок 3400 весом. Родильница осталась жива и здорова.

22. Кесарское сечение. Здесь был произведен поворот по *Braxton-Hicks'у*. После поворота кровотечение прекратилось и не возобновлялось, родился живой ребенок 3100. Родильница осталась жива и здорова.

23. Можно ничего не делать. В крайнем случае разорвать пузырь. В данном случае кроме метрейриза ничего не было сделано. Роды благополучны. Ребенок 3200.

24. Кесарское сечение. В данном случае при открытии матки на 2 пальца был произведен поворот по *Braxton-Hicks'у*, низведена левая ножка, при этом выпала большая петля бьющейся пуповины, в виду чего—тотчас-же извлечение. Головка, обхваченная шейкой матки, по выходе из таза задержалась. Пальцами левой руки было сделано сгибание головки за нижнюю челюсть и одновременно освобождение ее из маточной шейки. Когда головка стала прорезываться, то затылок был охвачен маточной губой, оторвавшейся циркулярно слева и спереди; при дальнейшем освобождении головки из образовавшейся, таким образом, петли последняя лопнула. Получился живой ребенок 3100. Родильница выписалась здоровой через 9 дней. Все хорошо, что хорошо кончается.

25. Предоставить роды силам природы и тщательно наблюдать за пульсом и кровотечением. В данном случае так и было сделано. Родился живой ребенок 3200. Родильница осталась жива и здорова.

26. В данном случае можно рискнуть—разорвать пузырь в надежде, что по хорошему излитии вод особенно при многоводии кровотечение остановится. Или предпринять одно из видов Кесарского сечения. В данном случае был разорван пузырь в том расчете, по видимому, что хорошие схватки приведут скоро роды к концу. Но ввиду усилившихся явлений малокровия при открытии на  $3\frac{1}{2}$  пальца и головке, находящейся в полости таза, были наложены щипцы, которые удались легко. Получился мертвый ребенок весом 4050. За ребенком тотчас-же вышел послед. Оказалось, что оболочки разорваны около края детского места, а в оболочках—большое скопление крови от внутреннего кровотечения. Больная вскоре после родов умерла от острого малокровия.

27. В данном случае вопрос о Кесарском сечении отпадает потому, что и сердцебиение плода не слышно и ребенок очень недоношен. Здесь можно применить поворот по Braxton—Hicks'у, а также можно произвести перфорацию. В данном случае после выжидания открытия до  $2\frac{1}{2}$  пальцев сделана была перфорация. Больная умерла от кровотечения из разрыва шейки. Ребенок 2000.

28. Здесь можно не спешить с окончанием родов и потому прибегнуть к простому средству—разрыву пузыря. Здесь так и было сделано. Через 2 часа роды были благополучно окончены.

29. Разорвать пузырь. Если кровотечение не прекратится и роды не будут двигаться вперед, то всегда можно извлечь так или иначе плод. В данном случае после разрыва пузыря самопроизвольно родился плод 1100. Больная перенесла эндометрит.

30. Поворот по Braxton—Hicks'у. В данном случае так и было сделано. Через  $\frac{1}{2}$  часа после родов больная скончалась.

31. Поворот по Braxton—Hicks'у. Здесь так и было сделано. Получился мертвый плод 1600. Родильница здорова.

## Преждевременное отделение детского места, нормально прикрепленного.

Эта глава акушерства весьма мало разработана, в ней много неясного и неопределенного. Прежде всего не установлено, какие случаи относятся к этой категории. Hofmeyer в Handb. d. Geb. v. Winckel упоминает про статистику случаев преждевременного отделения детского места Goedell'я со 105 случаями и Brauns'a с 51. Обе статистики с колоссальною смертностью; в статистике Goedell'я живых детей получилось лишь 6 из 107, да и из этих 6 четверо умерло вскоре после родов; матерей умерло 75. По Brauns'у смертность матерей=25%. Очевидно, в статистику вошли лишь такие случаи, где детское место преждевременно отделилось на большом пространстве, где картина заболевания была выражена сильно, грозно и дело окончилось большей частью аутопсией. Но дело в том, что преждевременное отделение детского места происходит нередко не на большом пространстве и тогда она дает лишь небольшое кровотечение.

Случаи кровотечения во время родов до рождения младенца, бывают объясняемы также низким прикреплением детского места. Когда мы говорили о делении случаев *placentae praeviae* на виды, то мы упоминали про эту разновидность, но не признали действительного существования этой разновидности. Поэтому-то так называемое низкое прикрепление детского места нами исключается из числа причин кровотечения во время родов.

Там, где есть кровотечение во время родов до рождения младенца и не прощупывается ни краешка детского места, там, по нашему мнению, есть преждевременное отделение детского места, нормально прикрепленного. Приведем выдержки из двух историй родов, наблюдаемых нами, где картина заболевания была выражена сильно, типично.

Роженица поступила в Московское Родовспомогательное Заведение в 3 часа дня 15 августа с жалобой на боль в животе. При исследовании пульс слаб (90), бледность покровов, временами рвота. Матка напряжена, велика, дно у мечевидного отростка, болезненна при дотрогивании. В 10 часов вечера вышло около двух стаканов кровянистой жидкости, после чего наступило кровотечение, при чем общее состояние начало ухудшаться. Шейка не была еще сглажена, канал ее свободно пропускал палец, прощупывался пузырь с водами и головка, внутренний зев только что начал раскрываться, хотя схватки были столь слабы, что их не замечала ни сама больная, ни персонал (матка была очень растянута, очень напряжена, поэтому слабые схватки можно было и не заметить).

В виду всего вышеизложенного, а также принимая во внимание сильную альбуминурию было приступлено к метрейризу. При попытках метрейриза прошли светлые воды в нормальном количестве, головка плотно прилегла к отверстию матки, кровотечение прекрати-

лось. Метрейдризм вследствие малого открытия не удался, кровотечение прекратилось, поэтому настаивать на метрейдризе мы не стали. Схватки стали сильнее, и через 4 часа родился ребенок, но после рождения ребенка матка оставалась еще велика, предлежал напряженный пузырь, как будто-бы был второй плод. Пузырь был прорван, вылилась кровянистая жидкость, подобная той, которая вылилась в первый раз, затем вышло большое количество больших темных кровяных сгустков (больше половины подкладного судна). Через  $\frac{1}{4}$  часа вышел послед, в котором особенного было только то, что в оболочках его было 2 отверстия: одно, через которое вышел ребенок, другое получилось после прорыва пузыря, произведенного тогда, когда оболочки были уже вновь растянуты нахлынувшей на них сверху массой продуктов кровоизлияния, т. е. сгустков крови и кровяной сыворотки. Ребенок родился мертвый, недоношенный, весом 2700.

Здесь не было ни многоводия, ни большого ребенка, между тем матка была огромна, была напряжена, необычно неподатлива, крайне болезненна при дотрагивании, были и самостоятельные сильные боли в животе; матка была сильно растянута чем-то; признаки внутреннего кровотечения указывали, что матка растянута была кровью. Боли, упадок пульса, болезненность матки, увеличение матки, все эти явления начались внезапно за 11 часов до рождения младенца и развились быстро. В течение этого времени кровь, скопившаяся между плацентной и стенкой матки, успела свернуться, получились сгустки и сыворотка. Во время родов часть сыворотки и кровь проложила себе дорогу между оболочками и стенкой матки и вышла наружу. После излития вод кровотечение (наружное, по крайней мере) прекратилось.

После рождения ребенка начался обычный процесс выхождения последа, детское место и оболочка вывернулись по направлению к выходу из матки, но над ними была масса продуктов ретроплацентарного кровоизлияния, которая и растянула вновь оболочки.

В этом случае прошло все так характерно и типично, что не может быть никакого сомнения в том, что здесь именно было преждевременное отделение детского места, нормально прикрепленного, а не краевое его прикрепление.

Следующий, приводимый нами случай, дает демонстративную патолого-анатомическую картину преждевременного отделения детского места, на подобие случаев, приведенных Winter'ом и Varnier.

Роженица поступила 17 марта в 7 ч. 30 м. утра с кровотечением, начавшимся в 2 ч. ночи. При поступлении констатировано: сильнейшая степень анемии, почти без пульса. Шейка сглажена и открыта на  $2\frac{1}{2}$  пальца. Плодный пузырь цел, головка подвижна, находится во входе в таз. Предлежания или низкого прикрепления детского места не найдено. Сердцебиение плода не слышно. Совершен поворот на ножку. В начале операции женщина скончалась. По окончании операции поворота детского места оставлено в матке. При вскрытии оказалось: хронический нефрит, центральная часть плаценты отделена на половину своей поверхности от матки и на месте отделения образовалась ретроплацентарная гематома, как остаток кровоизлияния. Рис. 3.

Помимо двух описанных случаев мы собрали из материала бывшего Московского Родовспомогательного Заведения 71 случай кровотечения во время родов до рождения младенца за 13 лет. Ни в одном из этих случаев не было констатировано при исследовании *placenta graevia*; при операциях ни разу не было найдено что нибудь похожее на низкое прикрепление детского места.



Рис. 3. Преждевременное отделение детского места во время родов. Сагиттальный разрез матки, видна сильно сократившаяся полость матки, выстланная плодными оболочками, здесь находился плод, из этой полости свешивается пуповина. Плацента не удалялась из матки; между частью плаценты и стенкой матки виден большой сгусток крови (изображенный черным)—ретроплацентарная гематома.

Все случаи отнесены нами к категории случаев с преждевременным отделением детского места, нормально прикрепленного. Картина болезни в этих случаях не была выражена так сильно и типично, как в описанных двух случаях, кровотечение в них было меньше, каждый из этих случаев только более или менее был аналогичен двум приведенным типичным случаям.

*Этиология.* Причиной преждевременного отделения детского места в учебниках прежде всего выставляются механические влияния, как-то падение на живот, удар, толчек в живот беременной, сильные сотрясения тела, сильный кашель, рвота, неосторожные сношения. В собранных нами 71 случае ни разу не отмечено никакого подобного механического влияния. А о падении, об ударах беременные женщины охотно сообщают и это всегда отмечается уже потому, что на этой почве могут быть возбуждаемы судебные дела. Несомненно, причина в громадном большинстве случаев заключается не в этом.

Hofmeyer говорит, что преждевременное отделение детского места происходит в том ряде случаев, когда матка сильно растянута содержимым и когда часть содержимого выходит из матки, напр., после излития вод при многоводии, после рождения первого плода при двойнях, тогда при уменьшении внутренней поверхности матки детское место не в состоянии следовать за этим уменьшением и частично отделяется. Нам представляется это объяснение лишь теоретическим, никаких фактических доказательств этого Hofmeyer не приводит. При двойнях после рождения первого плода и при тройнях после рождения двух плодов кровотечения обычно не бывает. Также в расследованных нами 120 случаях многоводия не замечалось, чтобы по излитии вод наступило кровотечение. Наоборот после излития вод нам пришлось наблюдать, что кровотечение часто прекращается.

К механическим влияниям, вызывающим преждевременное отделение детского места относят также стягивание детского места от стенки матки пуповиной при ее короткости как абсолютной, так и относительной, которая бывает при обвитии пуповины. В нашем материале таких случаев нет.

Несомненно не в механических влияниях главная причина страдания, а в изменении тканей и в изменении эндометрия и плацентарных сосудов. Winter заметил, что часто преждевременное отделение детского места бывает при nephritis chronica. Статистики Brauns'a, Rousseau—Dumoncits, Weiss'a все вместе дают на 58 случаев хорошо изученных в этиологическом отношении 33 случая с albuminuria.

Находили также воспалительные изменения в некоторых случаях преждевременного отделения детского места: мелкоклеточную инфильтрацию среди децидуальных клеток и изменения, свойственные подострому воспалению миометрия.

Maslovsky и Naake находили гонококки в воспаленном эндометрии при преждевременном отделении детского места.

Нам думается, что могут быть причиной описываемой неправильности и сифилитические изменения в плаценте и в эндометрии. Нужно надеяться, что и в этом направлении будут произведены исследования.

На 71 случай преждевременного отделения детского места, преждевременных родов было 39, гораздо больше половины, при чем в 14 случаях вес детей был меньше 2000. Из 39 плодов было 6 мацерированных. Это как будто подтверждает, что следует при преждевременном отделении детского места подробнее исследовать женщин на присутствие сифилиса.

Очень интересно изучение соотношения между состоянием плодного пузыря и процессом преждевременного отделения детского места. Во первых, часто бывает так, что по излитии вод скоро оканчиваются роды, то же мы наблюдали при маловодии. В 34 случаях нашей коллекции рождение младенца произошло не более, чем через 1 час после излития вод (нередко минут через 10). Затем в большинстве случаев после излития вод как самопроизвольного, так и происшедшего при искусственном разрыве пузыря, кровотечение прекращалось. (Лишь в 11 случаях кровотечение после излития вод продолжалось).

*Патологическая анатомия.* Преждевременное отделение детского места может произойти как с краю детского места, так и в середине. Если отделение произошло с краю, то излившаяся кровь скопляется в пространстве, образованном при отслоении детского места, между стенкой матки и детским местом и отслаивающимися частично по соседству оболочками. Если отделение произошло во время беременности и остановилось, не зайдя далеко, то после родов на маточной поверхности детского места бывают видны остатки кровоизлияний в виде старых фибриновых сгустков и на оболочках в виде обесцвеченных сгустков. При подобных случаях наружного кровотечения может и не быть.

Если же отделение происходит на большом пространстве, то крови изливается больше, она производит и отслаивание оболочек на большом пространстве, кровь при этом просачивается наружу, происходит наружное кровотечение.

Если детское место отделилось по середине, то происходит центральная гематома; и здесь, если крови изливается много, то к внутреннему кровотечению присоединяется наружное, когда кровь проделает себе путь наружу между оболочками и стенкой матки.

Иногда скопившаяся между стенкой матки и оболочками кровь прорывает последние и кровь изливается в полость яйца. Так в одном из наших случаев после излития вод хлынула кровь, излившаяся предварительно в полость плодного пузыря.

*Симптомы и течение.* Самый постоянный симптом—кровотечение в большей или меньшей степени. При образовании ретроплацентарной гематомы развиваются прежде всего и характернее всего признаки внутреннего кровотечения: падение пульса, бледность покровов, темнота в глазах, общая слабость; вместе с тем появляются симптомы, указывающие, что внутреннее кровотечение произошло в матку: матка становится велика, растянута, напряжена, появляются боли в животе, матка при дотрагивании болезненна. Выхождение тотчас за последом более или менее старых сгустков крови, а иногда и кровянистой сыворотки, более или менее окрашенной, есть один из характернейших признаков болезни, не всегда впрочем бывающий.

*Прогноз.* В нашем материале из 71 случаев детей получилось мертвых 23, из них 5 мацерированных. Матерей умерло 3. Наша статистика гораздо более благоприятная, чем другие выше приведенные статистики. Это зависит от того, что мы брали для статистики обычный клинический материал такой, какой он есть, а не только особо выдающиеся клинические случаи.

*Распознавание.* Если есть кровотечение во время родов до рождения младенца и если не прощупывается край детского места, а также если не находится источника кровотечения ни в вагине, ни в шейке, ни в наружных половых органах, если кроме того не признавать низкого прикрепления детского места как источника кровотечения, то ни-



чего не остается, как предполагать, что причина кровотечения заключается в преждевременном отделении детского места.

В легко выраженных случаях кроме этих данных обычно нет никаких других для диагностики, разве лишь после выхождения последа иногда можно отметить вышеописанные остатки кровоизлияний на детском месте и оболочках. В случаях, далеко зашедших и типически выраженных, диагностика ставится на основании описанных симптомов.

При разрывах матки тоже развиваются признаки внутреннего кровотечения и болезненность живота, но при этом наблюдается также полное исчезновение схваток и нет такой характерной напряженности матки. При *placenta praevia* ощупывается часть детского места и нет явлений переполнения матки содержимым.

*Лечение.* Если беременная в последние месяцы беременности умеренно кровоточит и предполагается преждевременное отделение детского места, то вряд ли нужно применять какую-нибудь терапию кроме покойного лежания в постели; рекомендуемая при этом тампонация обычно к желаемой цели не ведет. Во время родов тампонация также не помогает, разве только тампонация иногда как будто усиливает схватки.

В немецких руководствах, напр., в статье Hofmeyer'a (в руководстве Winter'a) говорится, что после излития вод кровотечение, зависящее от преждевременного отделения детского места, всегда усиливается, потому искусственный разрыв пузыря ведет к усилению кровотечения, а при *placenta praevia*, наоборот, искусственный разрыв пузыря является превосходным кровоостанавливающим средством; на этом основании Hofmeyer даже советует различать преждевременное отделение детского места от низкого прикрепления детского места. Но это не верно. Мы можем категорически утверждать на основании собственных приведенных наблюдений, что кровотечение при преждевременном отделении детского места после разрыва пузыря в большинстве случаев прекращается. Мы смотрим на разрыв пузыря при преждевременном отделении детского места, как на меру, иногда могущую принести блестящие и скорые результаты, даже, если она применена при небольшом открытии.

Из других мероприятий в нашем материале в 12 случаях были наложены щипцы, вынуждало к операции во всех случаях кровотечение.

В 11 случаях произведен поворот. Показанием к повороту в одном случае было выпадение пуповины, еще в одном поперечное положение; во всех остальных случаях показанием служило сильное кровотечение. Поворот был произведен при открытии матки не менее чем на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца. При меньшем открытии если кровотечение внутреннее или наружное вынуждают спешить с окончанием родов, то делают или влагалищное Кесарское сечение, или классическое Кесарское сечение или операцию Рого, смотря по обстоятельствам.

В 5 из наших случаев терапия состояла в низведении ножки и извлечении за ножку. Показанием служило сильное кровотечение, получилось 2 мертвых ребенка. Матери остались живы.

В 5 случаях был произведен метрейриз без последующих операций. Значение метрейриза заключалось в том, что при нем усиливались схватки и после самопроизвольного разрыва пузыря роды вскоре оканчивались. В шестом случае метрейриз применен после искусственного разрыва пузыря, так как после разрыва пузыря роды тянулись еще 27 часов. Самопроизвольных родов без всякого воздействия было 25.

### З а д а ч и.

1. 23 г. 1-я беременность. Таз 28, 24, 26, 20. Роды преждевременные IX л. м. предлежит головка в полости в затылочно-правопереднем положении, роды тянутся 10 часов. Кровотечение не сильное. Болезненные схватки. Открытие полное, оболочки очень плотные. Что делать?

2. 24 года, 2-я беременность. Таз 30, 24, 26, 19. Роды на X лун. мес. Предлежит головка в полости в затылочно-лево-заднем положении. Воды целы, открытие полное. Сильное кровотечение. Что делать?

3. 25 лет, 1-я беременность. Таз 30, 25, 27, 19. Роды срочные. Предлежит головка в полости в затылочно-лево-заднем положении. Открытие на 3 п. Значительное кровотечение. Произведен искусственный разрыв оболочек, но кровотечение не остановилось. Что делать?

4. 26 лет, 5-я беременность. Таз 29, 23, 26, 19. Роды преждевременные на X л. м. Предлежит головка, находится во входе. Поступила с умеренным кровотечением, начавшимся при начале схваток часа 4 т. н. Открытие на 1½ п. Схватки очень сильные. Что делать?

5. 39 лет, 11-я беременность. Таз 31, 25, 27, 21. Роды срочные. Предлежит головка во входе, открытие на 2 п., воды целы. Поступила с кровотечением, которое было прекратилось, но ночью опять хлынуло сильное. Общее состояние еще сносное, пульс слабоват. Что делать?

6. 35 лет, 8-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды преждевременные на X л. м. предлежит головка, находится у выхода таза, воды прошли в большом количестве. Через 2 часа после полного открытия при слабых потугах с роженицей начались обмороки и замечен упадок пульса, признаки внутреннего кровотечения, хотя наружного не было. Что делать?

7. 28 лет, 7-я беременность. Роды преждевременные на X л. м. Предлежит головка во входе. Очень сильное кровотечение, в состоянии сильного малокровия с нитевидным пульсом. Открытие на 1½ пальца, края плотные. Воды стоят, но их мало. Предлежания детского места не прощупывается. Что делать?

8. 28 лет, 4-я беременность. Таз 30, 22, 25, 20. Роды преждевременные VII л. мес., предлежит головка во входе. Воды целы, открытие на 3 пальца. Сильное кровотечение. Что делать?

### О т в е т ы.

1. Плотность оболочек дает право думать, что роды затянутся, между тем роженица кровоточит, схватки болезненны. Можно разорвать пузырь в той надежде, что кровотечение не усилится, а наоборот прекратится. Здесь был разорван пузырь и через 35 минут роды окончились самопроизвольно.

2. Разорвать пузырь и наложить шипцы. Это и было сделано. Ребенок живой 3000 гр.

3. Шипцы. Это и было сделано. Получился живой ребенок весом 3200.

4. Ничего. Надеяться, что сильные схватки сделают свое дело. И действительно, прошли воды часа через 4 и роженица сама родила младенца 3000 гр. весом.

5. Поворот по Braxton — Hicks'у в той надежде, что после разрыва пузыря кровотечение может прекратиться. И действительно, здесь был произведен поворот, после чего кровотечение тотчас прекратилось.

Через некоторое время наступили хорошие схватки и родился живой ребенок 3100 гр. весом.

6. Шипцы. Здесь посредством шипцов извлечен хотя живой, но довольно бледный ребенок. Вслед за выходом младенца вышло значительное количество сгустков крови и вскоре вышел послед, у края детского места большое количество скопившихся сгустков крови. Больная скоро поправилась и выписалась чрез 6 дней.

7. Влагалищное Кесарское сечение. На успех для поворота по Braxton—Hicks'у рассчитывать мало шансов (твердые края, мало вод, открытие  $1\frac{1}{2}$  пальца). Здесь было произведено (в 1879 г.) accouchement forcée, получился живой ребенок 3000, но мать вскоре умерла.

8. Поворот. Здесь так и было поступлено. Получился мертвый ребенок 1800 гр. весом.

### МногОВОДИЕ.

Если количество вод ко времени родов будет больше 2 литров, то можно говорить о многоводии. Иногда же изливается по истине огромное количество воды: быстро излившиеся воды иногда причиняют наводнение во всей комнате; количество вод иногда доходит до 15 литров и больше. Многоводие может произойти во все месяцы беременности. Нам пришлось видеть один случай на 5-м месяце колоссального многоводия: матка так была увеличена, что дно ее доходило до подложечной области; так как регул не было четыре с лишним месяца и исследование показывало какое то раздвоение в увеличенной матке, то мы думали сначала, что здесь беременность и киста, но появились схватки, прошло огромное количество вод и родились 2 плода на V-м месяце.

Частоту многоводия трудно установить, потому, что мерка для определения средних степеней многоводия является зачастую субъективной. Французские авторы насчитывают 1 случай многоводия на каждые 125 родов. Fellner на 13000 родов в клинике Schaut'a насчитывает 124 случая многоводия. В нашем материале Московского Родовспомогательного заведения с 1879 по 1891 год за 13 лет, т. е. на 52998 родов насчитывается 187 случаев многоводия.

*Этиология.* Если считать, что околоплодные воды есть результат трансудации из кровеносных сосудов матери, а также и из кровеносных сосудов плода, с примесью отделения почек, то причиной многоводия может явиться усиленное выделение от каждого из этих источников. Причиной многоводия может быть также недостаточное обратное всасывание вод через амнион, тем более, что находили при многоводии микроскопические изменения эпителиального слоя амниона (Ahlfeld), а эпителиальный слой амниона, повидимому, не только играет роль в образовании околоплодных вод, а также и в обратном их всасывании. Так что изменения в организме матери вообще и в сосудистой ее системе в частности, может повлечь за собой многоводие. Так может повлиять в этом направлении лейкемия матери, нефрит, болезни сердца. Иногда наблюдаются очень крупные изменения в материнской части плаценты: сильное островчатое разращение deciduae, утолщение и отечное состояние ворсинок; особенно выдающимися такие изменения являются при сифилисе матери.

При застое крови в vena umbilicalis может происходить усиленная трансудация через сосуды части плаценты, относящиеся к плоду. Поэтому многоводие наблюдается при чрезвычайно сильной извитости пу-

повины, при *insertio velamentosa*, так как при этой неправильности циркуляция крови в вене может быть замедлена,—при стенозах *venae umbilicalis*, которые наблюдал Leopold и Budin. При циррозах печени у угробных плодов, бывающих чаще всего сифилитического происхождения, может подвергнуться сужению *ductus Aranthii* и от этого получается многоводие.

Наблюдается нередкое совпадение *hydramnion* с уродливостями плода, напр.: *hemicerphalia*, *anencephalia*, *spina bifida*, незарошение передней стенки плода. При двойнях *hydramnion* может произойти только в амнионе одного плода. Если двойни имеют общий хорион, т.-е. общую кожистую оболочку и в амнионе одного из них многоводие, то в этих случаях причина многоводия никак не может исходить от матери, иначе многоводие было бы в обоих амнионах; в этих случаях причина должна исходить или от плода, или от самого амниона.

В амнионе при многоводии некоторые (Viti, Meola) находили воспалительные изменения. Franqué находил при многоводии не только воспаление амниона, а также и всей плаценты.

Наконец, чрезмерное выделение мочи может вести к многоводию. При многоводии находили у плода гипертрофию почек и пузыря в комбинации с гипертрофией сердца и печени, при чем должна быть, конечно, повышенная деятельность почек. Многие авторы отмечают, что при многоводии часто встречаются большие дети; это же мы отмечаем и на нашем материале. Нужно думать, что большие дети выделяют часто настолько большое количество мочи, что это ведет к многоводию.

Нам приходилось наблюдать при многоводии очень крупные изменения в детском месте: во-первых, резкую гипертрофию, все детское место на материнской поверхности было бледного цвета, дольки легко разрывались на части, были высоки, обладали не такой мягковатой консистенцией, как в норме, были грубее, плотнее на ощупь, вообще были налицо воспалительные явления с пролиферацией соединительной ткани. Но это встречалось редко, чаще в детском месте особых изменений нельзя было найти.

*Симптомы.* При многоводии матка бывает в последние месяцы беременности очень велика, она занимает большую часть брюшной полости, диафрагма приподнята. Поэтому беременная при этом чувствует слишком большую тяжесть; временами, особенно по ночам, им положительно трудно дышать; днем они скоро устают от ходьбы, чувствуют одышку. Зачастую беременные при умеренно выраженном многоводии не жалуются больше ни на что.

Но довольно нередко к указанным явлениям присоединяются боли в животе, в пояснице, боли то по временам, то постоянные иногда боли изводят больных, не дают им покоя по ночам. Ко всему этому могут присоединяться явления сдавления: отеки нижних конечностей, нижней части живота, запоры.

Движение плода женщина ощущает при многоводии слабее, неясно. При выслушивании сердцебиение плода не ясно, так как толстый слой воды мешает выслушивать, иногда же сердцебиения не слышно совсем при живом плоде.

Нужно заметить, что количество вод во время беременности изменяется; иногда при частом наблюдении за какой нибудь одной беременной приходится отмечать, что вдруг матка увеличилась от увеличения количества вод, затем это проходит, вод становится меньше; бывают случаи временного многоводия во время беременности. Подобные изменения очень часто проходят незамеченными, так как скоро сглаживаются.

Но везде в учебниках описывается так называемое острое многоводие, когда действительно многоводие развивается в несколько дней. Этот вид многоводия проходит при бурных симптомах. При нем наступает быстрое увеличение живота и все явления, связанные с многоводием, в несколько дней достигают крайних степеней: больные начинают тяжело дышать, лицо становится цианотичным, могут наступать сердцебиения, возникает рвота, иногда даже, как говорят французские авторы, повышается температура, из чего заключают, что в данных случаях происходит воспаление оболочки амниона (*une amniotite*); боли в животе, в пояснице, в ягодицах не дают покоя ни днем, ни ночью; больные не могут лежать и проводят часы сна в сидячем положении.

*Диагностика.* Ставится распознавание гидрамниона тогда, когда у беременной слишком большой живот, когда при исследовании оказывается, что величина живота зависит от большой величины матки, когда очень большая матка напряжена, плотна от напряжения, когда чрезвычайно легко вызывается в ней флюктуация во всех направлениях, когда ясно, что матка настолько переполнена, растянута жидкостью, что части плода как мелкие, так и крупные, или не прощупываются совсем, или только еле-еле прощупываются, при чем при малейшей попытке их прощупывать они уходят из под пальцев, будучи очень подвижны в обильной жидкости (очень легкое баллотирование). При внутреннем исследовании, если палец может настолько пройти шейку, что достигает плодного пузыря, то оказывается, что при многоводии оболочки напряжены, натянуты, не уступают при осторожном надавливании на них пальцем; при постукивании в дне матки палец через оболочку ощущает волну флюктуации. Еле прощупываемая лежащая часть очень легко баллотирована.

Признаки гидрамниона, как видно из описания, очень ясны. Но все же бывают случаи диагностических ошибок и смешений, особенно когда гидрамнион развивается не в последние месяцы беременности. Можно смешать во-первых, с кистой яичника, особенно когда есть не только киста яичника, но и беременность. Так что приходится иногда решать вопрос, есть ли в данном случае беременность, это решается определением известных достоверных и вероятных признаков беременности, и если есть беременность, то нет ли кроме того кисты. И наоборот, можно определить беременность и кисту яичника, когда существует многоводие одного из плодов при двойнях, как это случилось раз с нами. Также можно, пожалуй, ошибиться при асците и признать гидрамнион; но тимпанический звук при выстукивании лумбарных областей живота хотя бы на самом незначительном пространстве должен засвидетельствовать, что свободной жидкости в брюшной полости нет, что жидкость скопилась в каком-либо органе брюшной полости, т.-е., что это или киста, или гидрамнион.

Увеличение матки при двойнях легко смешать с многоводием, особенно когда в одном яйце или в обоих находится довольно много вод. Если в одном яйце при двойнях существует многоводие, то можно, пожалуй, иногда распознать эту вариацию, если волна флюктуации будет заметно прекращаться на границе между одним и другим яйцом.

*Течение родов при многоводии.* Самой характерной особенностью родов при многоводии служит то, что после излития вод роды, медленно шедшие раньше, начинают весьма быстро двигаться и скоро оканчиваются даже тогда, когда имеется большой ребенок. В обработанном нами материале видно, что нередко роды оканчиваются после излития вод через 5—10—20—30 минут.

Из 187 собранных нами случаев в 106—рождение младенца произошло менее, чем через 1 час после излития вод (в 56%); в 21 случаях прошло между излитием вод и рождением младенца более 1 часа и менее 2-х часов.

Это прежде всего показывает, что многоводие служит действительно препятствием для родов; как только это препятствие устраняется, роды оканчиваются сами собой.

Но все же из нашего материала нельзя вывести заключение, что многоводие ведет к замедлению родов. Как будто даже наоборот. Из 14 первородящих с многоводием в одном только случае роды продолжались 40 часов, в 9 случаях роды продолжались не более 12 часов, в 3-х случаях они продолжались больше 12 часов и меньше 18. У 102 многородящих роды продолжались меньше 12 часов, у 40—между 12 и 18 часами, между 18 и 48 часами роды продолжались в 14 случаях и более 48 часов—в 12 случаях.

Наблюдения показывают, что схватки до излития вод при многоводии бывают часто слабы, неправильны и первый период родов идет медленно. Замедления же родов при многоводии вообще не наблюдается потому, что как только пройдут воды, так схватки становятся сильны, настойчивы, роды обычно двигаются вперед.

Что особенно заметно в нашем материале, это обилие больших детей при многоводии: детей весом 4000 и гораздо выше было 52, это 27%.

Если предположить, что увеличение матки, зависевшее от большой величины ребенка, вводило в заблуждение и была поставлена диагностика многоводия там, где был только большой ребенок, то все же процент больших детей слишком велик, чтобы об'яснить его лишь ошибками в диагностике. Наконец, на основании наших личных наблюдений мы можем засвидетельствовать, что многоводие и большой ребенок действительно нередко совпадают. Преждевременных родов в нашем материале было 36, что составляет 19%. Это показывает, что многоводие способно вызывать нередко преждевременные роды.

Родов двойнями было всего 6.

Головных предлежаний было 174, тазовых 12, поперечных 1.

Многоводие в нашем материале не было причиной большого количества акушерских операций. Оперативных родов всего было 5. Средние щипцы 1, поворот один по случаю поперечного положения, 1 перфорация по случаю узкого таза, 1—извлечение ножки и при двойнях на одном щипцы, на другом младенце поворот.

Атонических кровотечений было 5. Повышений  $t^0$  после родов было 15.

Мертвых детей родилось всего 18, из них 5 мацерированных.

*Прогностика при многоводии* для матерей в общем должна ставиться несколько осторожнее, чем при нормальных родах. Если разрешающих операций при многоводии приходится делать очень немного, то за то могут потребоваться воздействия по поводу атонических кровотечений, после которых повышение  $t^0$  бывает чаще. Но все же наш материал дал результаты гораздо более благоприятные, чем например, Clintock'a, который из 33 женщин 4 потерял от разрывов матки, 1 от инфекции и 2 от истощения.

Для детей прогностика ухудшается тем обстоятельством, что многоводие в 19% (нашего материала) предшествует преждевременным родам. И в этом отношении наш материал более благоприятен чем Clintock'a, у которого на 33 случая родились 9 мертвых и Bag'a, в материале которого, состоящего из 489 случая, мертвых детей получилось 25%.

*Лечения* многоводия средней степени во время беременности обычно не требуется, так как тяжесть по ночам и при ходьбе беременная переносит без вреда для себя. Впрочем ношение бандажа на животе может несколько облегчать тяжесть при ходьбе. Если остро развившееся многоводие сопровождается болями в животе и в пояснице, то весьма помогают иногда теплые ванны (29°, 30°). У беременной при многоводии должна быть не раз исследована моча.

Если многоводие и у беременной развилось в столь сильной степени, что появились осложнения со стороны дыхательных органов или сердца, то может появиться вопрос об искусственном возбуждении преждевременных родов. При этом начинают дело с того, что разрывают пузырь, а зевы матки как наружный, так и внутренний обычно препятствий для производства этой операции не представляют. После разрыва пузыря, если схватки долго не являются сами, применяют metreuryisis.

Во время родов лечение состоит в разрыве пузыря. Чем при большом открытии разрывать пузырь, тем меньше бывает вредных последствий. Поэтому ждут открытия на 3 пальца или хотя бы на 2<sup>1/2</sup>, чтобы, в случае выпадения пуповины или неправильного положения плода, сейчас же приступить и к родоразрешению.

#### Задачи на многоводие.

1. 24 г., 1-я беременность. Роды срочные, продолжаются 13 ч. 30 м. Полное открытие, Головка в полости 2-й позиции, поперечный вид. Многоводие. Что делать?

2. 25 лет, 2-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные. Головка во входе, открытие на 2 пальца. Роды продолжаются 10 ч. Многоводие. Что делать?

3. 23 г., 2-я беременность. Таз 30, 23, 26, 20. Роды срочные, продолжаются 40 ч. Многоводие, открытие на 3 пальца. Головка в полости, Что делать?

4. 26 лет, 2-я беременность. Таз 30, 27, 29, 20. Роды срочные. Открытие полное. Головка в полости. Роды продолжаются около 8 часов. Многоводие. Что делать?

5. 40 лет, 3-я беременность. Таз 33, 25, 26, 20. Роды преждевременные IX л. м., тянутся 28 часов. Первичная слабость схваток. Открытие на 3 пальца. Головка в полости. Многоводие. Отек наружных половых частей и расширение вен там-же. Что делать?

6. 33 г., 5-я беременность. 4 живых детей. Таз 30, 25, 27, 20. Роды преждевременные на X л. м. Открытие полное. Роды продолжаются 10 часов. Многоводие, при внутреннем исследовании прощупывается лишь напряженный пузырь, никакой предлежащей части не прощупывается, и положение ребенка определить невозможно. Что делать?

7. 30 лет, 5-я беременность. 3 живых детей. Таз 31, 26, 28, 19, с. d. 10. Роды срочные. Предлежит головка в полости (затылочно-лево-переднее положение). Открытие почти полное. Роды тянутся 36 часов. Многоводие, болезненные спазматические схватки, после впрыскивания морфия характер схватки улучшился, но потуги все же слабые, полное истощение сил роженицы. Что делать?

8. 27 лет, 4-я беременность. Таз 30, 26, 28, 20. Роды срочные. Первый ребенок родился дома 5 часов тому назад. Многоводие. Слабые схватки. Предлежащую часть, которая высоко, определить с уверенностью не удастся. Что делать?

### О т в е т ы.

1. Раз полное открытие и головка в полости, то можно разорвать пузырь, а раз к тому же многоводие, то нужно разорвать пузырь, чтобы уничтожить это препятствие для родов. Здесь пузырь был разорван и через 1 ч. 30 м. наступили самопроизвольные роды живым ребенком 3600.

2. Ничего. Пузырь разорвать здесь еще рано: головка высоко и открытия мало, после разрыва пузыря могут очень замедлиться роды оттого, что головка почему либо не будет опускаться в полость, а затягивание родов без вод вещь не желательная. При открытии на 2 п., если выпадет пуповина, то получится более 50% условия для потери ребенка. Здесь ничего не было сделано. Через 9 часов прошли воды, после чего через 15 минут родился младенец 3200.

3. Разорвать пузырь. Оказалось положение головки затылочно-лево-заднее. Через 8 часов родился большой ребенок весом 4550. Задний вид у выхода таза перешел в передний.

4. Можно ничего не делать. Но есть условия для разрыва пузыря: головка в полости, открытие полное. При обычных условиях (роды не затянувшиеся), показаний к разрыву пузыря нет, но здесь многоводие, разрыв пузыря показывается. Здесь произведен разрыв пузыря. Через 5 минут родился большой ребенок, весом 4100.

5. Хотя открытие и на 3 пальца, все же можно разорвать пузырь из-за большого количества вод, вызывающего слабость схваток. Если выпадает пуповина, то можно наложить щипцы и при открытии на 3 п., так как ребенок недоношенный. Здесь разорван был пузырь, и через 30 минут родился ребенок, весом 2800.

6. Раз полное открытие, то нужно определить положение, хотя бы для этого пришлось разорвать пузырь, ибо, если пузырь разорвется сам в отсутствии врача, то может оказаться поперечное положение или выпадение пуповины, все это требует быстрой помощи. Поэтому здесь нужно, чтобы все было готово к повороту и рукой, готовой к повороту, разорвать пузырь. Здесь так и было сделано. После разрыва оболочки оказалось предлежащим правый локоть с выпавшей большой петлей пуповины. Сделан поворот, ножка отыскана не без труда. Получился мертвый ребенок, весом 3000.

7. Разорвать пузырь из-за многоводия. А так как роды затянулись и полное истощение сил роженицы, то можно сейчас же наложить щипцы. Здесь так и было поступлено: разорван пузырь и наложены щипцы. Живой ребенок 3300.

8. Рукой, готовой к повороту, разорвать пузырь. Здесь пузырь во время, приготовлений разорвался сам: оказалось предлежащей головка. Ребенок родился самопроизвольно, весом 3300.

### М а л о в о д и е.

Если количество вод меньше 700 грамм, если вод 500—400—300 грамм, то это ведет к ряду явлений, характеризующих маловодие; бывают случаи, когда вод оказывается не больше столовой ложки.

Во время беременности при малом количестве вод движения плода не бывают так свободны и легки, как при достаточном количестве вод. Стеснение движений может отразиться на развитии членов плода. Говорят, что вследствие маловодия могут возникнуть частичные сращения кожи плода с водной оболочкой; при движениях плода сращения растягиваются в тяжи, такие тяжи носят даже особое название—



нити Simonart'a. Эти нити Симонара, говорят, могут охватывать конечности плода и вести к их атрофии или даже к самопроизвольной ампутации. Но мы видели только что рожденных детей со всеми признаками начинающейся самопроизвольной ампутации конечности и никаких Симонаровских нитей не было. Мы этих нитей никогда не видели и не слышали ни от кого, кто бы их видел, случаи же маловодия далеко не так редки.

Вследствие недостаточного количества вод движения плода для беременных могут быть болезненны. Маловодие оказывается серьезной неправильностью во время родов, оно ведет часто к крайнему замедлению родов, при чем иногда можно наблюдать, что открытие матки останавливается на долго. Что маловодие является в этих случаях действительно причиной остановки родов, это видно из того, что как только пузырь разорвется, т. е. как только ликвидируется неправильность, состоящая в маловодии, так роды начинают быстро двигаться вперед и шейка начинает быстро открываться, если она была еще недостаточно открыта, и головка начинает двигаться вперед. Как объяснить то, что маловодие замедляет роды, мы не знаем мы знаем только факт; и факт этот несомненно существует; статистики и цифр относительно маловодия у нас нет потому, что в журналах случаи маловодия отмечаются не всегда; очевидно, многие случаи маловодия остаются несамеченными. О том факте, что маловодие бывает серьезной причиной замедления родового процесса, как вообще старый опытный акушер, проработавший на колоссальном материале около 50 лет, покойный доктор Окуньков; но в существование этого факта мы убеждены из собственных наблюдений.

**Распознавание.** Из сказанного понятно, как важно не просмотреть маловодие там, где оно существует, чтобы устранить эту неправильность при первой возможности. Признаки маловодия заключаются в следующем. Живот мал, матка мала, но роды несомненно срочные, и дно матки стоит по середине между пупком и мечевидным отростком, если роды преждевременные, то можно пожалуй заметить, что матка меньше, чем ей нужно быть по времени беременности; Флюктуации ни в какой части матки нет ни намеков; части плода прощупываются при наружном исследовании очень ясно; при внутреннем исследовании прощупывается плоский не наливающийся во время схваток пузырь; между пузырем и предлежащей частью или не прощупывается совсем слоя жидкости, или прощупывается малое количество ее, так что предлежащая часть оказывается как бы покрытой плодными оболочками, как чепчиком.

**Лечение** состоит, если роды затянулись, в разрыве пузыря. Но ведь известно, что несвоевременный опрометчивый разрыв пузыря может очень навредить. Разрыв пузыря при маловодии может быть произведен тогда, когда известно, что нет других препятствий для родов, например, сужения таза; затем его можно производить тогда, когда предлежащая часть уже в полости таза, когда шейка сглажена вполне, края зева матки тонки, мягки, податливы, когда открытие — пальца на три. Можно пожалуй иногда рискнуть разорвать пузырь и при меньшем открытии, но это лишь тогда, когда все только что перечисленные условия, благоприятные для искусственного разрыва пузыря, — налицо.

Нам приходилось при очень затянувшихся родах и при стоянии головки уже в полости таза разрывать пузырь и при открытии на 1 палец; распознавание маловодия было нами произведено; в результате наступало полное открытие через 10—15 минут.

## Преждевременное излитие вод во время родов.

Излитие вод во время родов считается своевременным тогда, когда оно произошло после полного открытия. Поэтому если излитие вод совершается до полного открытия, то это считается преждевременным излитием вод. Но с таким определением преждевременности излития вод в практике не приходится считаться.

Почему пузырь должен разорваться именно после полного открытия? Потому что, как говорят, пузырь сделал свое дело, открыл матку и ему ничего больше не остается, как лопнуть. Такое утверждение сомнительно уже по одному тому, что вовсе не пузырь открывает матку, как мы это говорили несколько раз.

Практика учит, учила и во все времена, что если воды изольются при открытии на 3 пальца, то ничего ненормального от этого не происходит, роды идут также, как они шли-бы если бы излитие вод произошло при полном открытии (наоборот, после излития вод при 3-х пальцах открытия обычно замечается даже ускорение темпа родовой деятельности); если же происходит какая-нибудь ненормальность, то при открытии на 3 пальца можно уже делать акушерские операции для исправления происшедшей ненормальности.

В дальнейших главах патологии родов мы так и думаем считать излитие вод преждевременным, если оно произойдет при открытии меньшем, чем на 3 пальца.

По вычислениям одного из авторов, занимавшихся этим вопросом (Eisenhart), пузырь разрывается большею частью в период раскрытия, т. е. до полного открытия и в меньшем количестве случаев разрыв пузыря происходит в периоде изгнания, т. е. после полного открытия.

К преждевременному излитию вод predisполагают неправильные положения плода. Считают, что ранее излитие вод происходит при этом вдвое чаще.

Далее predisполагает к раннему излитию вод сужение таза и, главным образом, сужение во входе таза, но непосредственно: сужение таза predisполагает к неправильному положению плода, а уже неправильное положение дает более частым раннее излитие вод. Так говорит Stoekel (из Берлина), другие же авторы и учебники говорят прямо, что сужение таза predisполагает к раннему излитию вод. По нашим статистическим данным, изложенным в главе о течении родов при сужении таза, раннее излитие вод при плоских и общесуженных тазах встречается в 22,5%, т. е. не чаще, чем и при нормальных тазах.

Далее, вызывают раннее излитие вод травматические влияния: падение, поднятие тяжестей.

Когда пузырь разрывается рано без наличия каких-либо вызывающих причин, иногда при первых слабых схватках, то ничем иным нельзя объяснить этой ненормальности, как тонкостью оболочек.

Ведет ли раннее излитие вод к замедлению родов?

Часто замечается даже обратное: после излития вод роды начинают быстрее продвигаться вперед. И еще Eisenhart (1889) нашел, что у первородящих период открытия продолжается тем меньше, чем раньше излились воды.

Несмотря на это, раннее излитие вод нельзя считать обстоятельством ни благоприятным, ни безразличным. Оно всегда должно вызывать некоторое беспокойство у акушера как за мать, так и за ребенка.

Когда пузырь разорвался, то существует открытое сообщение между полостью яйца, которая стерильна, и влагалищем, которое

содержит массу микроорганизмов и которое во время родов так восприимчиво ко всякого рода инфекции. После излития вод стерильность полости яйца исчезает и если роды очень затягиваются, то неизбежно проникает в эту полость инфекция какая бы она ни была: будь-то простая, состоящая только из гнилостных бактерий, будь-то какая-нибудь специфическая, словом, при очень затянувшихся родах при раннем излитии вод повышение температуры и явление *endometritis sub partu* почти неизбежны. В тех же случаях, когда роды очень затянулись, а пузырь еще цел, можно быть спокойным.

Точно также, как бы роды ни затянулись, можно быть спокойным за жизнь ребенка, если пузырь цел. После же всякого излития вод, особенно после раннего, всегда является беспокойство, — нет-ли выпадения мелких частей, нет ли выпадения пуповины: если нет этого вскоре по излитии вод, то в случае замедления родов это может произойти потом; так что приходится на этот предмет предпринимать лишний раз исследование, что вообще не желательно.

Когда воды пройдут рано, а роды затянулись, то так называемые задние воды продолжают понемногу вытекать при схватках и при движениях роженицы; весь остаток вод, находящийся выше предлежащей части, вытекает, происходят так называемые сухие роды, при которых схватки становятся болезненнее и склонными переходить в спазматические, значит, не деятельные, являющиеся с своей стороны препятствием для родов. На ребенка сухие роды действуют тоже плохо: во время схваток мускулатура матки может сдавливать непосредственно петли пуповины; частые же спазматические схватки, иногда без промежутков, расстраивают кровообращение в детском месте; следствием всего этого может явиться внутриматочная асфиксия и смерть плода.

Поэтому если существует препятствие для родов, роды затягиваются и воды излились рано, то это последнее обстоятельство является крупным и неприятным осложнением. Часто только это обстоятельство заставляет спешить с родоразрешением. На выбор того или иного оперативного вмешательства раннее излитие вод также оказывает большое влияние, так например, оно делает часто невозможным производство поворота, весьма ухудшает предсказание для Кесарского сечения и проч.

### Запоздалый разрыв пузыря.

Бывают случаи, когда роды замедляются только потому, что пузырь долго не разрывается: напр., головка долго стоит у выхода, давно уже полное открытие, схватки хорошие, правильные, а роды не оканчиваются; стоит пузырю разорваться самому, или быть разорванным искусственно, как сейчас-же роды оканчиваются; в подобных случаях становится ясным, что окончанию родов препятствовал не разорвавшийся пузырь.

Иногда—после полного открытия пузырь долго не разрывается; под напором схваток пузырь, обладающий очень растяжимыми оболочками, выпячивается во влагалище, выходит даже из наружных половых органов. Бывает и так: выпятившийся пузырь входит во влагалище, предлежащая часть ребенка, положим, головка; при дальнейших схватках получается циркулярный отрыв выпятившейся части оболочек от остальных оболочек где-нибудь высоко или у шейки матки или даже у детского места, тогда ребенок рождается одетым в оболочках; про родившихся таким образом в народе говорят: «в рубашке родился» и считают, что это признак счастья.

В былое время Hicker и Litzmann описали 2 случая сращения оболочек со стенками всей шейки до наружного зева, вследствие этого произошло, по их мнению, то, что оболочки долго не разрывались, и шейка не открывалась. В последующее время подобных случаев не наблюдалось. И не удивительно: сращение оболочек со стенками шейки физически невозможно, так как оболочки со стенками шейки до родов не соприкасаются; эти фантастические заявления были основаны на том ложном мнении, что шейка в конце беременности раскрывается. Сравнительно недавно Löhlein стал заявлять, что он наблюдал сращение оболочек с нижним сегментом матки; от этого, по его мнению, происходило замедление раскрытия шейки и разрыва пузыря. За ним последовали все немецкие авторы. Мы лично в очень многих случаях замедления раскрытия шейки и разрыва пузыря старались найти эту причину и ни разу ее не находили; причины были различны, наприм.: маловодие, неправильность схваток, и др., но не те, на которые указывал Löhlein. Заявления Löhlein'a следует считать таким-же порождением фантазии, как и заявления Hicker'a и Litzmann'a. Мы говорим об этом только потому, что в учебниках трактуется мнение Löhlein'a, как истина.

*Диагноз* легок: роды тянутся долго, пузырь не разрывается, при внутреннем исследовании прощупывается неразорвавшийся пузырь. Но могут быть и ошибки. Может скопиться часть околоплодных вод между водной оболочкой и кожистой. Кожистая оболочка лопнет, воды, скопившиеся в небольшом количестве, изольются, а главное количество вод остается в полости водной оболочки (амниона); так что кажется, что воды прошли, а на самом деле они не прошли и, наоборот, долго не проходят. Должно произойти второе излитие вод. Можно ошибиться и в другую сторону: воды давно уже прошли, прохождение вод не было замечено, при исследовании за пузырь может быть сочтена головка мацерированного плода, головка гидроцефалика, отекшая мошонка при ягодичном предлежании. Во всех таких сомнительных случаях нужно ввести побольше руку и ощупать хорошенько, что предлежит; это единственное и надежное средство распутаться в сомнениях.

*Прогностика.* Ничего опасного кроме неприятности затянувшихся родов замедление излития вод не приносит.

*Лечение* просто. Стоит только распознать, что замедление родов происходит от запаздывания излития вод и искусственно разорвать пузырь, как препятствие устранено.

Техника искусственного разрыва пузыря проста: во время схватки концом пальца упираются в выпячивающийся пузырь; от такого напора он разрывается. Если этот способ не удастся, то можно разорвать пузырь каким нибудь инструментом, о чем мы говорили.

Но здесь-же предупредим: производить искусственный разрыв пузыря *larga manu* нельзя; нужно строго выбирать случаи. Наилучшее условие для разрыва пузыря такое: головка в полости таза, открытие полное. Производить-же разрыв пузыря, когда головка во входе или над входом нельзя даже и при полном открытии: может выпасть пуповина и роды сделаются сразу в высокой степени патологическими. Так что искусственный разрыв пузыря в одних случаях дает великолепный эффект, в других же портит все дело до крайности, иногда непоправимо.

---

## Неправильность формы и величины пуповины.

*Ложные узлы пуповины.* На пупочном канатике нередко замечаются утолщения, так называемые ложные узлы пуповины. Они образуются или потому, что в одном месте скопляются петли извивающихся пупочных сосудов (*nodii spurii vasculosi*) или вследствие особого скопления в какомнибудь одном маленьком участке пупочного канатика Вартоновой студени (*nodii spurii gelatinosi*). Эти узлы никакого влияния на плод не оказывают.

*Расширение сосудов пуповины.* Артерии пуповины, так же как и вена иногда на своем пути представляют расширения в форме веретена или мешка. В виде большой редкости дело может дойти до аневризмы.

*Перекручивание пуповины.* Сосуды пуповины, особенно артерии, идут спирально извиваясь; иногда артерии являются сильно извитыми, так что их извитие отражается на форме пупочного канатика. Изредка, у внутри-утробно-умерших плодов замечается перекручивание, даже скручивание пуповины настолько сильное, что оно ведет к сужению сосудов. Бывает ли это скручивание посмертное или прижизненное, сказать трудно. Повидимому бывает и то и другое.

*Плевистое приращение пуповины.* Пуповина прикрепляется к центру детского места лишь в трети всех родов; большею же частью она прикрепляется вблизи центра, иногда у края. Иногда пуповина прикрепляется у самого края детского места—краевое приращение пуповины, *insertio marginalis*. Это все еще в границах нормы. К ненормальным относятся те случаи, когда пупочный канатик оканчивается, не доходя до детского места, сосуды пуповины доходят до детского места не вкупе и не одетые в Вартонову студень, они пробегают по отдельности между кожистой и водной оболочками и уже разветленные на более мелкие ветви вступают в ткань детского места. Это так называемое плевистое приращение пуповины *insertio velamentosa*. Такое приращение пуповины может произойти недалеко от края детского места, а может и очень далеко; в последнем случае сосуды, прежде чем дойти до детского места, расходятся по разным направлениям, капризно изгибаются, так что ребенок в полости яйца находится как бы в клетке, состоящей из сосудов.

При двойнях *insertio velamentosa* бывает то в одной пуповине, то в обеих, вообще же при двойнях оно встречается гораздо чаще, чем при одном плоде.

Оставаясь безразличным для матери, плевистое приращение несет опасность для ребенка. Отдельные сосуды проходят в нижнем полюсе яйца над внутренним отверстием матки, во время разрыва пузыря какойнибудь сосуд может разорваться; происходит кровотечение из сферы детского кровообращения, ребенок умирает внутри матки от потери крови. Если разорвется маленькая веточка, то может случиться, что кровотокающий сосудик будет прижат опускающеюся подлежащею частью к стенкам таза и кровотечение или прекратится, или уменьшится; опасность может миновать.

Далее отдельный сосуд может во время схваток быть сжатым сокращающеюся мышцей матки, может произойти расстройство пляцентарного кровообращения, асфиксия и смерть плода.

При *insertio velamentosa* пляцентарное кровообращение может пострадать еще во время беременности, плод может впасть в атрофическое состояние—умереть. Hegar находил *insertio velamentosa* при абортках во многих случаях. Также при мацерированных плодах Winkler находил в 6% *insertio velamentosa*.

*Распознавание.* Если отдельные сосуды проходят над маточным отверстием, то их можно при внутреннем исследовании прощупать.

Если в момент излития вод произошло сильное кровотечение, и сердцебиение плода упало, то диагностика определяется наверное.

*Лечение.* Если замечено *insertio velamentosa*, то нужно стараться, чтобы воды прошли после полного открытия, тогда, если что нибудь случится с ребенком, тотчас-же можно приступить к той или иной родоразрешающей операции. Поэтому следует положить роженицу на бок, запретить тужиться. Предлагают еще искусственный разрыв пузыря подальше от проходящего сосуда.

*Ненормальная короткость пуповины.* Нормальная длина пуповины—50—55 сант. Бывают, конечно, пуповины и немного длиннее, и немного короче, и это не ведет ни к каким осложнениям.

Когда длина пуповины—15—20 сант., то могут возникнуть препятствия при родах: при поступательном движении плода пуповина будет натягиваться и тянуть за собою детское место, а через детское место, пожалуй, и часть стенки матки. Много зависит от того, как высоко прикреплено детское место: если детское место прикреплено у дна матки, то, конечно, препятствие для родов возникает скорее. Также, если пуповина прикрепляется у края детского места и у той части края, которая находится наверху, то опять-таки скорее возникает препятствие.

Если короткость пуповины в такой мере, что она при поступательном движении ребенка натягивается, то это действует раздражающим образом на стенку матки, схватки становятся крайне болезненны.

Замечается также, что во время схватки предлежащая часть продвигается хорошо вперед, по окончании же схватки предлежащая часть уходит очень далеко назад; такое движение вперед и назад продолжается долго и роды в сущности не двигаются нисколько вперед.

Натягивающаяся пуповина может вести к преждевременному отделению детского места, возникает внутриматочное кровотечение.

Во время операции шипцов и поворота короткая пуповина может быть разорвана. Может быть бывали случаи и самопроизвольного разрыва короткой пуповины, *Credè, Lessart'y*, нам и, нужно думать, многим другим приходилось видеть полное отсутствие пуповины; детское место прямо прилегало к брюшной полости. (См. главу об уродствах плода). Распознавание короткости пуповины с точностью невозможно.

При натягивании пуповины расстраивается пляцентарное кровообращение, могущее повести к асфиксии плода. При подозрении на короткость пуповины, если сердцебиение плода ухудшается, можно приступить к родоразрешению, возможно быстрому, чтобы, в случае разрыва пуповины, тотчас по извлечении плода зажать кровоточащие сосуды.

*Ненормальная длина пуповины.* Длина пуповины 60 и больше—не редкость. Описывали случаи с пуповиной в 100 и более сант. В большинстве случаев эта ненормальность не ведет ни к каким осложнениям. Но все же она предрасполагает к обвитию пуповины, к истинным узлам пуповины и к выпадению пуповины.

*Обвитие пуповины.* Обвитие пуповины встречается особенно часто вокруг шеи—в 25% случаев.

Бывают случаи обвития пуповины вокруг руки, ноги, туловища. Вокруг шеи бывает обвитие в один, два, три, четыре раза. *Credè* упоминает случаи обвития пуповины в 8 раз. В громадном большинстве случаев обвитие пуповины остается безвредным для ребенка. Но

бывают при этом и неприятные случайности. Так наблюдаются иногда случаи крепкого обвития пуповины; пуповина в месте обвития уплотнена, плотна, если такое обвитие—вокруг шеи, то заметны застойные явления в головке, выступание вперед глазных яблок; ребенок может остаться живым, а может и умереть. В месте обвития пуповины могут возникнуть и препятствия для кровяного тока со всеми явлениями нарушения плацентарного кровообращения.

Наблюдали случаи рождения мацерированных плодов с несколько раз обвитой пуповиной и сильно затянутой вокруг шеи.

Несколько авторов (Owen, Green, Morgagni) описывают как будто несомненные случаи атрофии членов, обвитых пуповиной, доходящие до переломов конечностей и даже до ампутаций. Если такие случаи в действительности и есть, то они составляют громадную редкость.

Во время родов, если пуповина обвила шею в несколько раз, то этот толстый воротник может помешать сгибанию головки, что предрасполагает к лобным и лицевым положениям. После обвития вокруг шеи несколько раз пуповина может оказаться короткой, получается так называемая относительная короткость пуповины в отличие от описанной абсолютной короткости пуповины; на почве относительной короткости пуповины могут развиваться все те осложнения, которые возникают и при абсолютной: кровотечение вследствие преждевременного отделения детского места, разрывы пуповины, болезненность схваток. Нам приходилось терять детей во время прорезывания головки при следующих обстоятельствах: первые роды, все идет нормально, сердцебиение плода прекрасно слышно, выслушивание сердцебиения плода производится нами после каждой потуги, начинается прорезываться головка; вследствие беспокойного состояния роженицы, ее криков, прослушивание сердцебиения плода становится крайне затруднительным, да и внимание перенесено больше на состояние мягких частей, через которые прорезывается головка; проходит времени минут 20—30 без надежного наблюдения за сердцебиением; рождается мертвый ребенок; оказывается, пуповина обвита несколько раз вокруг шеи и затянута; пуповина оказалась слишком короткой как раз во время прорезывания головки.

Во время прорезывания бывает и так: задняя часть шеи<sup>21</sup> и нижняя часть затылка, прижимаясь к лонным костям, сжимают и обвитую вокруг шеи пуповину, происходит асфиксия, а если прорезывание длится долго, то и смерть.

Вот подобные то случаи и создают общий закон: чем дольше затягивается период изгнания, тем большая смертность детей; это относится больше всего, конечно, к первородящим. По Bruttan, при обвитии пуповины вокруг шеи у первородящих умирает каждый девятый ребенок, у многородящих—случаи смерти очень редки, бывают лишь асфиксии. Все такие случаи происходят в периоде изгнания.

Диагноз обвития пуповины нужно считать невозможным. Практически хотя бы удавалось хорошо выслушивать сердцебиение во все периоды родов, и то было бы хорошо.

Когда, по рождении головки оказывается обвитие пуповины вокруг шеи, то следует тотчас-же попытаться стянуть часть обвивающей пуповины с шеи и тем ослабить натяжение пуповины, чтобы последняя не мешала поступательному движению туловища; очень часто удается снять пуповину с головки, на все это требуется секунды 3—4. Если это не удастся, то нужно спешить с окончанием родов или посредством ручного освобождения плечиков или надавливанием через стенки живота. Если и это не удастся, пуповина остается натянутой, то нужно,

не теряя ни секунды, перерезать пуповину ножницами и спешить с ручным извлечением плода. Концы пуповины при этом лучше зажать руками, если есть лишние руки; мы говорим—концы пуповины; собственно говоря важно зажать детский конец пуповины, но наспех трудно бывает разобрать, какой конец куда относится. Если же концы пуповины не удастся зажать, то при быстром извлечении, это сходит с рук благополучно.

Если при предлежании ягодиц оказывается обвитие пуповины вокруг бедра или пуповина проходит между ног мимо ягодиц по спине (ребенок как бы сидит верхом на пуповине), то такие случаи нужно отнести уже к разряду предлежаний и выпадений пуповины (см. соответствующую главу); ослабить пуповину в подобных случаях значит из предлежания пуповины сделать выпадение. В подобных случаях, как учит глава о выпадении пуповины, необходимо неослабное наблюдение за родами, за сердцебиением плода и при первой возможности скорейшее окончание родов.

*Истинные узлы пуповины.* Во внутриутробной жизни бывает так, что образуется петля пуповины, эта петля перевернется вокруг себя, а ребенок проскользнет в такую петлю и таким образом завяжет ее в узел. Узел может быть завязан так слабо, что петля оказывается не натянутой, свободно болтающейся; чаще-же петля является натянутой и довольно крепко. Иногда пуповина на месте узла оказывается уплощенной, развязать узел довольно трудно, после развязывания узла согнутые места пуповины не разгибаются, студени здесь мало, пуповина плотновата, видно, что узел завязался давно и произошли стойкие изменения на месте узла.

Обыкновенно дети при истинных узлах рождаются живыми. В случаях асфиксии, и смерти плода не всегда можно доказать, что играл роль истинный узел. Но бывают конечно случаи, где несомненно причиной смерти был истинный узел. Такие случаи большая редкость.

*Разрыв пуповины.* Случаи разрыва пуповины имеют главным образом судебно-медицинский интерес. Такие случаи бывают, когда ребенок рождается при стоячем положении женщины; ребенок оказывается висящим на пуповине и экспериментально доказано, что вес ребенка совершенно достаточен для того, чтобы пуповина разорвалась. Но далеко не всегда разрывается пуповина при родах, оконченных в стоячем положении. По Winckel'ю на 216 родов, оконченных в вертикальном положении разрыв пуповины произошел в 42 случаях. Оно и понятно: ребенок по выходе из половых органов может быть притиснут бедрами, или женщина невольно становится на корточки, тогда разрыв не происходит.

Описаны случаи разрыва пуповины и при горизонтальном положении (Budín, Maugriér). Бывают разрывы пуповины, произведенные во время акушерских операций, напр., когда пуповина очень короткая. Разрывы происходят чаще всего вблизи пупка, значительно реже бывают разрывы у плацентарного конца пуповины.

Поверхность разрыва идет в косвенном направлении и неровна, с зазубренными краями, над поверхностью выступают обрывки сосудов. Это служит важным признаком для отличия от перерезанных пуповин. Но и из этого правила, по свидетельству Tissier, бывают исключения.



### Опущение, предлежание и выпадение пуповины.

Во время беременности и во время родов пуповина нормально находится в том относительно свободном пространстве, наполненном лишь водами, которое получается перед передней поверхностью согнутого утробного плода. Опускаться к внутреннему зеву матки пуповине мешает крупная предлежащая часть, обычно заполняющая нижний сегмент матки настолько, что для прохождения пуповины между предлежащей частью и стенкой матки места нет.

Смещение пуповины с нормального своего места книзу несет всегда громадную опасность для ребенка, так как смещенная книзу пуповина, оказавшись между крупною предлежащею частью и родовыми путями, подвергается часто прижатию, при чем пупочное кровообращение прекращается, ребенок впадает в асфиксию и, если он через несколько минут не рождается, то умирает.

Принято различать два вида смещения пуповины, когда пуповина не выходит через наружный зев матки во влагалище, а предлежит вместе с предлежащими крупною или какой нибудь мелкою частью, и выпадение пуповины, когда пуповина в виде большей или меньшей петли опустилась во влагалище или даже выпала из наружных половых органов.

Некоторые (v. Winckel, Stoeckel) считают, что предлежание пуповины нужно признавать только тогда, когда воды еще не прошли, и петля пуповины прощупывается через оболочки. Это мнение имеет за собой то клиническое основание, что до излития вод пуповина обычно остается пульсирующей, ничего с ней не случается. Но это не абсолютно верно, потому что с одной стороны бывают случаи, правда очень редкие, когда по излитии вод пуповина не выходит за пределы наружного, а иногда и внутреннего зева и остается предлежащей, (как например в задачах № 25 и 27), с другой стороны, бывают случаи и такие, что пуповина и до излития вод подвергается прижатию и перестает пульсировать.

Нам приходилось наблюдать еще и такие случаи, когда не было ни предлежания, ни выпадения пуповины, пуповина оказывалась лишь спустившеюся в нижний отрезок матки и помешавшейся между крупною предлежащею частью и стенкой матки. Это показывает, что существует третий вид смещения пуповины—опущение ее. На этот вид смещения пуповины указал впервые Pinard, и мы в этом случае вполне к нему присоединяемся. Нам приходит на память следующий случай: еще в начале нашей деятельности нам пришлось накладывать щипцы у первородящей на головку, находящуюся в узкой части полости таза при прекрасном сердцебиении плода; способ наложения щипцов был не французский, соединенный с предварительным введением всей кисти руки до ощущения пальцами заднего уха (см. об операции щипцов), а русско-немецкий с предварительным введением лишь двух пальцев; желая сохранить мягкие части матери, мы делали очень медленные тракции, что удлиняло операцию; получился мертвый ребенок, как оказалось, вследствие того, что петля пуповины была прижата ложкой щипцов к головке около уха; это могло произойти только при ненормальном смещении вниз петли пуповины, (ни предлежания, ни выпадения не было).

Выпадение пуповины принадлежит к чисто клиническим явлениям, не имеющим патолого-анатомической подкладки. Изучение этого патологического явления при родах поэтому чрезвычайно трудно, этим и объясняется сбивчивость тех сведений, которые группируются около

этого вопроса. Чтобы придать большую устойчивость изложению этой главы, мы разработали насколько возможно клинический материал по этому вопросу, накопившийся в Московском Родовспомогательном заведении за 12 лет (от 1879 до 1891 года). В течение этого срока было всего 47999 родов. На это количество родов было 123 истории родов с выпадением и предлежанием пуповины при предлежании головки, 37 — при предлежании тазовым концом, 25 — при двойнях, остальные случаи были при поперечном положении плода: их мы не рассматривали.

При предлежании головки пуповина выпадает при высоко стоящей головке как подвижной, так и фиксированной во входе, выпадает пуповина также и тогда, когда головка находится в полости таза, у выхода таза и даже тогда, когда головка уже прорезывается. В одном из наших случаев при прорезывании головки произошел центральный разрыв промежности и пуповина выпала через этот разрыв.

Чаще всего пуповина выпала при головке, стоящей или высоко во входе или над входом (в 60 случаях из 123). Мы старались разобратся на нашем материале, в каких местах выпадает пуповина при разных положениях головки плода, т. е. когда она выпадает спереди или сзади, когда она выпадает с боков. В журнале место выпадения пуповины отмечалось точно. Оказалось, что пуповина выпадает при всех головных положениях и место выпадения пуповины не зависит от той или иной установки головки. Поэтому мнение некоторых акушеров, преимущественно французских, что пуповина охотнее всего выпадает перед *symph. sacroïlica* или позади *eminentia ileopectinea*, не подтверждается. Не подтверждается также мнение Stoeckel'я, который думает, что пуповина выпадает не в стороне затылка, а на противоположной стороне.

В 42 случаях выпадение произошло у первородящих, при чем при головном предлежании в 12 случаях, это показывает, что первородящие не застрахованы от выпадения пуповины.

Среди собранных случаев преждевременных родов было 66. Эта цифра показывает, что преждевременные роды играют некоторую роль в происхождении выпадения пуповины.

Из 25 случаев выпадения пуповины при двойнях при головном предлежании у первого ребенка оно было лишь один раз, остальные случаи выпадения при головке были второго плода. Это не случайность это показывает, что после рождения первого плода шейка становится столь растянутой, что не охватывает плотно головку второго плода; это-то обстоятельство, видимо, и предрасполагает к выпадению пуповины. Вообще при двойнях выпадение пуповины происходит чаще, чем при одном плоде, как это видно из нашей статистики родов с двойнями (см. главу о родах при двойнях).

При предлежании тазовым концом пуповина выпадает, по исчислению Winckel'я в 9 — 10 раз чаще, чем при головном, особенно предрасполагают к выпадению ножные предлежания, что и понятно, так как охватывание ножек шейкой никогда не может быть плотным.

Вообще, большая частота выпадений пуповины среди преждевременных родов, большая частота их при головке у двоен и именно у вторых плодов двоен, а также большая частота при ягодицах и особенно при ногоположениях, особенно же большая частота при поперечных положениях плода, все это указывает, что первая причина выпадений пуповины заключается в отношении мягких частей матери к предлежащей части, чаще всего в отношении шейки матки: если шейка

не достаточно полно охватывает подлежащую часть, то через образующиеся при этом щели и выходит пуповина.

Но в акушерской литературе принято, что на выпадение пуповины оказывает влияние свойство твердых родовых путей, т. е. таза и именно сужение таза. Наша статистика также ясно указывает на большую частоту выпадений пуповины при неправильности таза, она в 3 раза больше частоты при нормальном тазе (см. главу о родах при узких тазах), при чем между частотой выпадения при плоских и общесуженных тазах существенного отличия не замечается.

Достоин примечания, что из 123 случаев выпадения пуповины при предлежании головкой в 13 случаях выпала и ручка. Это показывает, что существует особое предрасположение к выпадению не только пуповины специально, а вообще к выпадению мелких частей плода.

Объяснение большей частоты выпадения пуповины при сужении таза может быть, во первых то же, т. е. большая растянутость шейки и нижнего сегмента матки у многоплодных с узкими тазами. На то обстоятельство, что у многоплодных с узкими тазами шейка и нижний сегмент чаще являются сильно растянутыми и вяло охватывающими подлежащую часть, мы указываем в главах об узких тазах, о поперечных положениях и о лобных положениях. Во вторых, при сужении таза оказываются часто и рахитические изменения формы тазового кольца, при чем между головкой и этим кольцом образуются ненормально свободные пространства, достаточно большие, чтобы через них могла выпасть пуповина.

К выпадению пуповины предрасполагает также многоводие. При бурном излитии вод пуповина вовлекается в общий поток и выпадает тем легче, что при многоводии и подлежащая часть обычно долго не устанавливается во входе и баллотирует.

Далее предрасполагает к выпадению пуповины ненормальная длина пуповины, низкое прикрепление детского места и плевистое прикрепление пуповины (*insertio velamentosa*).

Частота выпадений пуповины по Winckel'ю = 1%, по Tarnier 1 : 86, по Lepage 1 : 250, по Гусеву 1 : 161.

Для определения частоты выпадений пуповины мы взяли только случаи с продольным положением плода, потому что выпадение при поперечном положении встречается весьма часто и является уже второстепенным патологическим явлением. Частота выпадений пуповины по нашей статистике, касающейся только продольных положений = 1 : 259 или 0,38%.

*Симптомы.* Со стороны матери симптомов никаких не бывает. Если выпавшая пуповина не подвергается прижатию, то и со стороны плода тоже не бывает никаких симптомов. Так что существуют только одни объективные данные, т. е. нахождение петли пуповины или в маточном устье, или во влагалище, или же пуповина видна выпавшею из наружных половых органов. Если пуповина подвергается во время схваток при поступательных движениях головки прижатию к стенке шейки или к стенкам таза, то получается во время схватки и после нее замедление сердцебиения плода, иногда число ударов сердца плода уменьшается до 40. Если после схватки существует пауза в течение нескольких минут, то сердцебиение плода может и выправиться, дойти до нормы. Если же прижатие сильно и продолжительно, то являются симптомы асфиксии плода: замедление сердцебиения плода не исправляется, тоны его сердца слабеют, показывается примесь мекония к выходящим остаткам вод. Если асфиксия переходит в смерть плода, то

нам несколько раз приходилось замечать очень сильные предсмертные движения плода, иногда настолько сильные, что видно, как вся матка вдруг приходит в движение, как-бы вздрагивает один или два раза, после чего всякие признаки жизни плода прекращаются.

При предлежании пуповины, когда воды еще не прошли, во время схваток пуповина обычно не подвергается прижатию, так как она легко ускользает в более свободное пространство кверху. Но бывают в виде исключения случаи, когда биение предлежащей пуповины прекращается еще при целых водах и выпадает после излития вод уже небоьющаяся пуповина.

*Предсказание.* Выпадение пуповины представляет опасность для здоровья и жизни матери лишь по столько, по сколько влияют в этом отношении те операции, которые предпринимаются по поводу этой неправильности. Но для ребенка дело кончается большею частью очень плохо. По Scanzoni общая детская смертность 55%, по Porschjakow'у 53%, по Reuter'у—43%. В нашем материале—при предлежании головки детская смертность = 62%, при предлежании тазовым концом = 50%, при двойнях—44%.

Для установки прогностики по отношениям к ребенку, оказывается, важно считаться с тем, в какой срок родов произошло выпадение пуповины.

В нашем материале при головных предлежаниях в 24 случаях роды наступили не более, чем через  $\frac{1}{2}$  часа после излития вод, живых детей получилось 18, (т. е. 25% смертности). Но случаи в которых наступление родов последовало от 1 до 24 часов после излития вод, дали процент детской смертности уже 60%. Аналогично этому случаи, в которых пуповина выпала при открытии не более, чем на 2 пальца, дали процент детской смертности 77, и случаи выпадения пуповины при полном открытии дали процент детской смертности 23. При этих исчислениях замечается, что на процент детской смертности несколько не отзывается тот факт, были-ли роды самопроизвольны или окончены искусственно. Общий вывод такой: чем в более поздние сроки родов произошло выпадение пуповины, тем благоприятнее можно ставить предсказание для детей даже, пожалуй, независимо от того, было-ли какое нибудь пособие и в чем оно состояло.

Такой же закон наблюдается и не при головных предлежаниях, а также при двойнях, всего же ярче выступает этот закон при поперечных положениях.

Если пуповина выпала спереди и находится между предлежащей частью и передней стенкой таза, то прогноз хуже, так как в этом положении пуповина неизбежно ущемляется. Безопаснее для ребенка, когда выпавшая петля пуповины находится в боковом углублении тазовой полости, соответствующем одному из крестцово-подвошных сочленений.

*Распознавание.* Выпадение пуповины диагностируется при внутреннем исследовании, когда во влагалище или маточном зеве палец ощущает пупочный канатик; ближайший результат выпадения пуповины может быть уловлен при выслушании сердцебиения плода.

Выслушивать сердцебиение плода вообще нужно как можно чаще. В первом периоде родов до излития вод можно выслушивать каждые полчаса, каждый час. После излития вод нужно особенно тщательно выслушивать сердцебиение плода с часами в руках и делать это после каждой из следующих за излитием вод схваток несколько раз. Вообще чем дальше подвигаются роды, тем чаще врач должен осведомляться относительно сердцебиения плода.

В периоде прорезывания головки во французских клиниках обязательно выслушивается сердцебиение студентами каждые 5 минут. В настоящее время акушеры избегают делать внутреннее исследование, большое количество родов проводится совсем без внутреннего исследования в целях профилактики послеродовых заболеваний. В то же время многие акушеры русской и немецкой школы, как это приходится всегда видеть, выслушивают сердцебиение плода недостаточно часто и не достаточно систематически. Вследствие этого происходит то, что выпадение пуповины иногда подкрадывается незаметно, коварно и обнаруживается слишком поздно. Ограничение внутреннего исследования — направление в общем очень хорошее, — стоило в последние десятилетия многих детских жизней вследствие несвоевременного распознавания выпадения пуповины. Поэтому, при воздержании от внутреннего исследования нужно производить выслушивание сердцебиения плода так часто, как это сказано.

После излития вод помимо выслушивания сердцебиения плода; чаще всего недурно бывает особенно у многогородящих все же сделать внутреннее исследование хотя бы в прокипяченных перчатках или в напальчнике.

Когда пуповина оказывается вышедшей из наружных половых органов, то диагностика устанавливается легко *per visu*, иногда видно также, что пуповина бьется, иногда же пуповина представляется бледной на ощупь холодной и при дотрагивании концом указательного пальца биения не ощущается.

Когда пуповина находится выпавшей во влагалище, то исследующий палец помимо обычных ощущений, получаемых от стенок влагалища, от шейки с зиянием ее отверстия, от предлежащей части, ощущает еще что-то лишнее, мягкое, легко ускользающее от пальца; когда это что-то фиксирует на себе внимание исследующего, то палец легко получает ощущение пупочного канатика. Последний выпадает всегда в виде петли, более или менее свешивающейся во влагалище; если пуповины выпало много, то ощущается несколько петель пуповины, так как тогда она за неимением свободного места во влагалище должна бывает изогнуться в несколько раз. Если биение пуповины сильно, то конец пальца ясно отдает в этом отчет; но иногда ощущение не дает полного понятия о том, бьется пуповина или нет, тогда лучше захватить ее слегка между концами двух введенных пальцев среднего и указательного, чтобы яснее ощутить биение, если оно слабо.

Прижимать пуповину концом указательного пальца к стенке таза, чтобы ощутить биение, непрактично: с одной стороны можно получить ложное ощущение биения, исходящее от сосудов матери (вагинальные и цервикальные веточки *arteriae uterinae*) с другой стороны этим маневром задерживается пляцентарное кровообращение, которое в подобных случаях не ясного биения уже и так является нарушенным.

При затруднении в разрешении вопроса, бьется ли пуповина или нет, всегда должно придти на помощь выслушивание сердцебиения плода, особенно в тех случаях, когда раньше ясно прослушивались тоны сердца плода в определенном месте. Если на том месте, где были раньше слышны сердечные тоны, при новом выслушивании их нет, то это будет указывать на смерть плода; редкие, слабые неровные удары будут указывать на асфиксию плода.

Иногда бывает так, что пуповина перестала пульсировать, а сердцебиение плода еще можно замечать в продолжение 10—15 минут после прекращения биения в пуповине.

При предлежании пуповины и целых водах распознавание труднее. В промежутках между схватками через оболочки можно прощупать пуповину с биением в ней сосудов. Не бьющуюся пуповину через оболочки прощупать труднее.

Предлежание бьющейся пуповины можно смешать, говорят, с плевистым прикреплением пуповины тогда, когда один из пупочных сосудов проходит в оболочках как раз над зевом.

Нам не приходилось встречать такого случая. Думается, что можно отличить этот проходящий сосуд потому, что он много тоньше пупочного канатика и что он не изгибается в петлю, а идет прямо; кроме того он должен быть плотнее из-за отсутствия Вартоновой студени.

*Терапия.* Приступая к изложению способов помощи при выпадении пуповины, мы сознаем, как затруднительно обсуждение этого вопроса, в котором акушерская наука терпит фиаско в настоящее время так же, как и 300 лет тому назад. Процент смертности детей до сих пор так же колоссален, как и прежде. Каждый опытный акушер при обсуждении этого вопроса должен призвать к себе всю свою откровенность, всю свою искренность в желании осветить этот вопрос не в ложном свете расхваливания какого нибудь излюбленного им способа лечения, а с цифрами в руках и в создании испытанных им затруднений и неудач, которых у каждого долго работавшего акушера соберется много в этой части акушерской практики.

Разделим рассмотрение способов лечения при выпадении пуповины на 2 части. Во первых, способы помощи при предлежании пуповины и, во вторых, способы помощи при уже выпавшей пуповине.

Возьмем сначала те случаи, когда предлежит пуповина при малом открытии на 1—2 пальца. Вспомним полученный нами факт, что если пуповина выпадает при полном открытии, то получается очень большой процент живых детей, какими-бы методами ни производилось родоразрешение; даже при самопроизвольных родах из 12 случаев получилось 10 живых детей. Этот факт показывает нам цель, которую мы должны достигать в таких условиях, эта цель должна состоять в том, чтобы тем или иным способом получить полное открытие или же достигнуть состояния шейки, равнозначающего полному открытию, при котором возможно было бы быстрое извлечение ребенка.

Для достижения первой цели возможно только выжидать полного открытия, оберегая пузырь от преждевременного разрыва. Применять метрейриз или аппарат Bossi для скорейшего раскрытия шейки опасно, так как самые инструменты могут сдавить пуповину. Для того чтобы удержать пузырь от преждевременного разрыва, придают роженице такое положение, чтобы таз был выше, а дно матки ниже, при чем давление на предлежащую часть пузыря должно уменьшиться.

Классическим положением в этом отношении считается коленно-локтевое положение, при котором дно матки помещается ниже ее нижнего сегмента, при чем содержимое матки своей тяжестью давит больше на дно матки. Но такое положение тягостно для больных, удобнее для них положение на боку, при чем тазовая часть туловища помещается на неуступчивом краю кровати и занимает более возвышенное положение, чем плечи, грудь и верхняя часть брюшной полости, которые помещаются не на краю, а по середине кровати и потому расположены ниже.

Но эти меры далеко не верны: пузырь все же может каждую минуту разорваться и пуповина выпасть. Гораздо прямее и скорее мы придем к цели, если мы приведем шейку в состояние, равнозначающее

полному открытию, т. е. если мы раскроем ее кровавым способом по одному из методов Дюрсена.

Конечно, можно решить вопрос еще проще: сделать Кесарское сечение *per parietes abdominales* и лучше всего внебрюшинным способом, так как подобные случаи после исследований, может быть неоднократных, не безупречны в смысле инфекции.

Так что приходится, индивидуализируя случаи и принимая в соображение все имеющиеся данные как объективные, так и субъективные, касающиеся условий жизни роженицы, в большинстве случаев искать других путей, более консервативных и более излюбленных в акушерстве, а так как такого рода пути требуют большого открытия, то приходится его выждать, следя за схватками и за сердцебиением плода.

Если мы нашли предлежание пуповины и открытие на 3 пальца, предлежит головка, находится она уже в полости таза, то здесь уже вполне возможно подождать до полного открытия, имея наготове все щипцы на тот случай, если бы воды прошли и при открытии на 3 пальца, так как при таком открытии при мягких уступчивых краях шейки осторожное наложение щипцов безопасно в смысле проникающих разрывов шейки.

Если предлежит пуповина и открытие полное, а головка во входе подвижна, то существуют следовательно, все условия для родоразрешения посредством поворота.

Если головка—плотно во входе, то при полном открытии нужно все-же подождать, чтобы головка опустилась в полость таза. Когда же головка в полости таза и открытие полное, то по разрыве пузыря сейчас-же накладываются щипцы. Ожидать долго самопроизвольного излития вод при полном открытии, когда головка хорошо опустилась в полость таза, нет смысла тем более, что известно, что и предлежащая пуповина может быть прижата.

Некоторые из акушеров старых времен (*Osiander, Michaëlis, Hüter*), а также ряд французских акушеров нашего времени говорят, что они с успехом заправляли рукой предлежащую пуповину через оболочки (*Tarnier, Varnier, Pinard*), *Varnier* так описывает преимущества этого способа: «вправление совершается сравнительно легко, потому что в целом пузыре пупочный канатик смещается и подымается при малейшем надавливании, потому что сместившаяся петля вообще бывает невелика, потому что части плода подвижны, не фиксированы, потому что схватки не так часты и менее интенсивны, чем после разрыва пузыря.

*Помощь при выпадении пуповины.* В 17-м столетии *Maugéau* советовал вправление пуповины, в случае неудачи—поворот. В 18 столетии *Smellie* и *Levret* придерживались такого же взгляда, только прибавляли к этому: если головка низко, то следует применить щипцы.

*Beaudelocque* на основании наблюдения с одной стороны счастливых исходов для ребенка при выпадении пуповины и самопроизвольных родах, с другой стороны на основании наблюдения неблагоприятных исходов при активной терапии, т. е. при вправлении, поворотах, щипцах, учил, что при выпадении пуповины, пока хорошая пульсация, ничего не нужно делать и ждать самопроизвольных родов, вмешиваться же только тогда, когда пульсированье пуповины ухудшается. Наши цифры показывают, что это оправдывается только в тех случаях, где пуповина выпала при полном открытии.

В этих случаях самопроизвольные роды дали 16% детской смертности, щипцы—25% и поворот—18%, между тем как при выпадении

пуповины с открытием матки на 2 пальца самопроизвольные роды дали уже 78% детской смертности и приблизительно такие-же проценты дали оперативные роды. Правда из указанных цифровых данных не видно, чтобы оперативные роды особенно понижали процент детской смертности. Это уже не очень противоречит мнению Beaudelesque'a, и это мнение не нужно упускать из вида.

Очень сильным проповедником вправления пуповины был Michaëlis. Он требовал только лучшей техники: петля пуповины должна быть заведена за предлежащую часть, после чего круговая стриктура матки на уровне шейки охватывает предлежащую часть и не позволяет вуповине выпасть. Справедливость требования Michaëlis'a заводить пуповину за предлежащую часть демонстрируется на примере задачи № 7 (см. ответ).

Michaëlis советовал заправлять даже пуповину, которая перестала пульсировать, чтобы дать возможность восстановиться пупочному кровообращению, если ребенок еще не умер.

Чем больше открытие матки, тем по Michaëlis'y, труднее заправить пуповину и тем хуже прогностика для ребенка.

Весьма будет кстати, если мы по этому поводу вспомним только что приведенные результаты нашей статистики, которые говорят, что при полном открытии случаи выпадения пуповины без ее вправления дают наилучшие результаты. Из этого можно вывести следующие заключение: если-бы Michaëlis при полном, например, открытии не делал вправления пуповины, то результаты в его материале были бы лучше. Общий вывод таков: при полном открытии матки не следует делать вправление пуповины, потому что с одной стороны попытки вправления при полном открытии менее всего удаются и дают более мертвых детей, а с другой стороны случаи выпадения пуповины при полном открытии без попыток вправления дают самые лучшие результаты.

Учение Michaëlis'a нашло себе многих авторитетных последователей, например: Naegele, E. Martin, Crede, Scanzoni.

Ручное вправление пуповины производится следующим образом. Роженицу кладут на поперечную кровать, в обычное положение как для всех акушерских операций; или-же приводят роженицу в коленно-локтевое положение, для чего устройства поперечной кровати не требуется.

Операции производятся, конечно, после тщательной дезинфекции рук и наружных половых органов роженицы при асептической обстановке. После того как роженица приведена в желаемое положение в промежутке между схватками вводят руку во влагалище, концами пальцев находят выпавшую петлю пуповины и, не захватывая ее, а отодвигая вверх концами пальцев в узком пространстве между стенками родовых путей и предлежащей частью, стараются завести пуповину совсем за предлежащую часть. Если пуповина соскальзывает с концов пальцев, то можно упереться в нее маленьким углублением промежутка между концами указательного и среднего пальцев; если пуповина все-же соскальзывает, то можно захватить ее слегка, не сжимая, если есть для этого свободное пространство. Иногда приходится делать не одно движение пальцами вверх, чтобы заправить пуповину за предлежащую часть, а несколько, пока вся петля не поместится в желаемом месте. Если пуповина сейчас-же после ее вправления за предлежащую часть опять начинает выпадать, то нужно концами пальцев придержать ее до появления схватки, в том расчете, что под влиянием схватки предлежащая часть может опуститься и помешать новому выпадению пуповины. Если-же и после схватки



пуповина оказывается выпавшею, то это означает, что вправление не удалось.

Помимо ручного вправления старались изобретать различные инструменты для вправления пуповины, так называемые репозитории. Но в дальнейшем акушеры немецкой школы, и за ними, конечно, и русской, стали вполне основательно разочаровываться как в самом методе вправления, так и в репозиториях; последние в настоящее время исчезли из акушерского инструментального набора, по крайней мере, в Германии и России.

Акушеры французской школы до сих пор серьезно считаются с методом вправления и практикуют его как с репозиториями, так и без них. У них до сих пор в ходу репозитории Dunan и Schoeller.

Репозиторий Dunan'a состоит в следующем: охватывают лентой пуповину, завязывают концы ленты, разумеется так, чтобы не сдвинуть пуповину, берут эластический катетер с продетым мандрином, проводят часть ленты в боковое отверстие на конце катетера и там задевают за конец мандрина; заправляют таким образом пуповину как можно выше в матку, вынимают сначала мандрин, затем катетер, а пуповина остается или, точнее, должна остаться в матке.

Инструмент Schoeller'a состоит из стержня, на своем конце согнутого в полукольцо; к этому стержню параллельно ему подвижно прикреплен другой стержень; когда этот другой стержень опускают, полукольцо отклоняется в стороны и, следовательно, раскрывается. Пуповина продевается в это полукольцо, последнее закрывается т.-е. приближается к другому стержню; пуповина заправляется высоко в матку (стараясь достичь дна матки), затем другой стержень смещают книзу, полукольцо при этом открывается, и пуповина освобождается, инструмент вынимают.

Но многие французские акушеры предпочитают ручное вправление, следуя заветам великой M-me Lachapelle, которая пишет, что рука лучший инструмент для вправления.

Нельзя не придавать значения тому, что французская школа не относится отрицательно к вправлению; это означает, что результатами вправления они не совсем не довольны. Но у нас лично к вправлению сложилось отрицательное отношение. В последнее десятилетие мы производили вправление только в колено-локтевом положении и нередко под хлороформом. У нас чаще всего от вправления получилось лишь чувство досады, мы не улучшили обстоятельства, а ухудшили, так как вправление большею частью не удавалось, а пульсация после попыток вправления или ухудшилась или прекращалась совсем.

Цифры нашей статистики говорят не за вправление: вправление дало 56% смертности детей, при чем неудачные вправления дали еще больший процент—68%.

Цифры показывают также, что то обстоятельство, где находится головка при вправлении, низко или высоко, не изменяет дела, результаты одинаковые.

Повторяем, что наши цифры, особенно при сопоставлении с данными Michaëlis'a, показали, что при полном открытии нельзя производить вправления пуповины, а нужно приступать к оперативному родоразрешению, которое, если головка в полости таза, состоит в том, что накладывают щипцы, и если головка над входом, в повороте. Если головка во входе или лишь начинает опускаться в полость, то при хорошем биении пуповины можно и подождать, чтобы наложить щипцы при более благоприятных обстоятельствах, т.-е. тогда, когда головка хорошо опустится в полость таза.

*Терапия при предлежании тазовым концом.* О вправлении пуповины при предлежании тазовым концом едва-ли возможно говорить как о методе. Если при головном предлежании оно большею частью не удастся, то при ягодичном и подавно, а при ножном едва-ли и возможно его выполнить. В нашем материале отмечены лишь 4 попытки вправления и все не удалось.

Терапия при ягодичном предлежании сводится, конечно, к извлечению при открытии, приближающемуся к полному; при малом открытии терапия сводится к опасному выжиданию полного открытия. Запасливый акушер всегда хорошо, осторожно поступит, если постарается заранее обеспечить себе успешное извлечение ребенка тем, что постарается заранее еще при малом открытии, тогда, когда ягодичцы еще высоко, сделать предварительное низведение ножки, чтобы схватившись за эту ножку, когда наступит хорошее открытие, быстрее сделать извлечение. Всякий знает, как трудно делать извлечение за ягодичцы, когда они находятся еще не в выходе таза, и насколько облегчается дело, если ножка в руках. Только-бы не прижать пуповины при извлечении ножки. Но предупреждаем: по низведении ножки нельзя потягивать за нее во время схваток с целью якобы ускорить открытие матки; это потягивание непременно поведет к прекращению биения пуповины; нужно, выждав достаточного открытия, сразу при хорошей схватке делать полное извлечение по всем правилам (см. главу об извлечении).

Печальные результаты терапии при выпадении пуповины заставляют искать новых путей, чтобы выйти из того круга выжиданий, поворотов, щипцов, низведений ножек, извлечений, который мы только что описали.

При малом открытии и нормальном тазе выдвигается вопрос также, как и при предлежании пуповины, о раскрытии шейки кровавым путем по способу Dührsen'a. Слабые попытки в этом направлении отмечаются и в нашем материале, относящемся ко времени раньше опубликования метода Dührsen'a, так в 1891 году были произведены разрезы шейки, открытой на  $1\frac{1}{2}$  пальца и наложены щипцы по случаю выпадения пуповины.

При сужении таза и выпадении пуповины возникает вопрос также и о классическом Кесарском сечении независимо от того, какое открытие матки, и что предлежит, лишь бы головка находилась еще не в полости таза. Но этому методу часто противопоказанием служит то, что воды уже прошли и моменту операции часто предшествуют многократные исследования, делающие данный случай не безупречным в смысле инфекции.

Терапия при выпадении пуповины и поперечном положении одна и таже, что при одном поперечном положении.

### Задачи на выпадение пуповины.

1. 35 лет. 7-я беременность. Таз 28, 24, 26, 21. Роды срочные. Воды прошли до прибытия. Открытие около 3-х пальцев. Предлежит головка,—затылочно-правопереднее положение с выпавшей слева и сзади большой петли бьющейся пуповины, головка над входом. Роды тянутся 2 суток 16 часов. Спастические частые схватки. Что делать?

2. 28 лет. 4-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные. Многоводие. Воды прошли при открытии на 1 палец, при чем выпала бьющаяся пуповина. Предлежит головка высоко во входе. Что делать?

3. 22 года. 2-я беременность. Таз 30, 24, 26, 20. Роды преждевременные на X лунном месяце. Воды прошли при открытии на  $2\frac{1}{2}$  пальца, предлежит головка во входе, выпало несколько петель пуповины спереди от головки. Попытки провести руку мимо установившейся во входе головки были напрасны. Что делать?

4. 19 лет. 1-е роды. Плоский таз. Роды срочные. Открытие на 3 пальца. Головка над входом, выпадение бьющейся пуповины. Что делать?

5. 31 год. 3-я беременность. Таз 30, 23, 25, 20. Роды срочные. Воды прошли до поступления. Открытие на  $2\frac{1}{2}$  пальца. Роды продолжаются более 2-х суток. Предлежит головка во входе. Выпадение пуповины в виде петли в 15 сантиметров небьющейся. Сердцебиение плода не слышно. Полное отсутствие схваток, истощение сил роженицы,  $t^{\circ}$  37,8. Что делать?

6. 23 года. 1-я беременность. Таз 30, 24,  $26\frac{1}{2}$ , 19. Роды срочные. Предлежит головка во входе; вместе с излитием вод при открытии на  $2\frac{1}{2}$  пальца выпала пуповина небьющаяся. Что делать?

7. 24 года. 1-я беременность Таз 39, 24, 27, 20. Роды срочные. Предлежит головка, при открытии на  $2\frac{1}{2}$  пальца прошли воды, выпала бьющаяся пуповина слева и сзади головка утвердилась во входе. Роды продолжаются 9 часов. Что делать?

8. 32 года. 7-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды преждевременные VIII л. м. Предлежит головка, находящаяся в полости таза низко, открытие на  $2\frac{1}{2}$  пальца, воды прошли по дороге в родовспомогательное заведение, схватки хорошие, выпала большая петля бьющейся пуповины, правильное сердцебиение плода. Что делать?

9. 24 года. 1-я беременность. Таз 32, 25, 27 18. Роды срочные. Воды прошли до поступления, предлежит головка над входом, открытие на  $2\frac{1}{2}$  пальца, выпала большая петля бьющейся пуповины; схватки слабые. Что делать?

10. 47 лет. 9-я беременность. Таз 30, 26, 28, 20 Роды срочные. Воды прошли до поступления в род. заведение, открытие на  $2\frac{1}{2}$  п. края шейки податливы, мягки, выпадение во влагалище большой петли пуповины, головка во входе. При попытке завести пуповину за головку последняя отклонилась вправо и приблизилось левое нижележащее плечо. Что делать?

11. 37 лет. 8-я беременность. Родю срочные. Открытие на  $2\frac{1}{2}$  пальца, поступила с излившимися водами, матка открыта на  $2\frac{1}{2}$  п., головка в широкой части полости таза, у правого крестцовоподвздошного сочленения выпала большая петля слабо бьющейся пуповины, схватки очень хорошие; попытка вправить не удалось. Что делать?

12. 35 лет. 10 я беременность. Таз 30, 25, 28, 20. При зеве открытом на 3 пальца и податливых краях тотчас по излитии вод выпало «громадное количество» пуповины, спереди и справа при головке, находящейся во входе 1 позиции. Что делать?

13. 26 лет. 1-я беременность. Таз 28, 24, 25, 18 Предлежит головка. Роды преждевременные IX л. м. Pneumonia siccuposa, отек легких, цианоз лица,  $t^{\circ}$  повышена, боль при дыхании. Тотчас по поступлении прошли воды при зеве на 3 п., вместе с тем выпала большая петля бьющейся пуповины. Головка во входе, стреловидный шов в поперечном диаметре, малый родничек влево, предлежит левая теменная кость, под нее глубоко подошла правая (сильная конфигурация). Что делать?

14. 22 года. 2-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды преждевременные на X л. м. При полном открытии и головке, стоящей в полости, искусственный разрыв пузыря вследствие крепости оболочек. Схватки хорошие. Выпала справа и сзади довольно большая петля бьющейся пуповины. Что делать?

15. 27 лет. 5-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные. Предлежит головка во входе. Тотчас по излитии вод при почти полном открытии выпала большая петля пуповины. Что делать?

16. 35 лет. 7-я беременность. Таз 30, 26, 28, 21. Роды срочные; предлежит головка баллотирующая над входом, а также предлежит петля пуповины, которая не бьется. Сердцебиение не слышно. Открытие почти полное. Что делать?

17. 27 лет. 6-я беременность. Таз 31, 26, 28, 20. Роды преждевременные на X л. м. Воды прошли до начала схваток. Предлежит головка. 1 палец открытия. Выпала пуповина бьющаяся. Что делать?

18. 28 лет. 7-я беременность. Таз 32, 25, 27, 22. Роды срочные. Предлежит головка, находится в выходе таза в переднем виде 1 позиции; выпала пуповина без биения. Сердцебиения плода не слышно. Ослабление схваток и вообще сил роженицы; состояние ее требует окончить роды. Что делать?

19. 32 года 9-я беременность. Таз 30, 25, 28, 20. Роды срочные. Открытие на 2 п., воды прошли до прибытия, предлежит головка. Вправление не удалось. Сделан поворот по Braxton—Hicks'у посредством трех пальцев, проведенных в матку, удавшийся легко при чем вправилась и пуповина. Но через  $\frac{1}{2}$  часа она вновь опустилась и биение в ней начало ослабевать, открытие матки немного больше, чем на 2 пальца. Что делать?

20. 26 лет. 5-я беременность. Воды прошли до поступления. Открытие на 3 пальца. Предлежит головка во входе в лобном положении с глазами, обращенными влево и кзади; возле головки выпали: справа правая ручка, слева—бьющаяся пуповина. Что делать?

21. 22 года. 4-я беременность. Таз 30, 24, 27, 20. Роды срочные. Полное открытие, воды прошли до прибытия. Головка над входом; выпали рядом с головкой: правая ручка и пуповина, уже небьющаяся. Роды продолжают 17 ч. Что делать?

22. 34 года, 10-я беременность. Таз 30, 24, 26, 19; conj. diag 10. Роды преждевременные на X л. м. Открытие почти полное. Предлежит головка,  $\frac{1}{8}$  часть головки была во входе таза выпала левая ручка она доходила до наружных половых частей сзади и справа выпала петля бьющейся пуповины, схватки судорожного характера, вследствие чего впрыснуто  $\frac{1}{2}$  gr. морфия, но без успеха; попытки поворота не удались; щипцы были не возможны по причине высокого стояния головки. Что делать?

23. 24 года. 2-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды преждевременные, продолжают 8 часов. Схватки правильные, открытие на  $3\frac{1}{2}$  п. Предлежание пуповины, разрыв пузыря боковой, вверху; головка плотно во входе. Сердцебиение начало ослабевать. Что делать?

24. 30 лет. 1 роды. Таз 30, 25, 27, 18. Роды срочные, продолжают 5 часов. Излитие вод до прибытия в родовсп. зав., схватки правильные. Открытие на  $1\frac{1}{2}$  п. Предлежат ягодицы и предлежит также пуповина. Что делать?

25. 37 лет. 2-я беременность. Роды преждевременные VIII л. м. Воды прошли до прибытия в Р. З. Открытие на 2 п. Предлежат ягодицы. Что делать?

26. 24 года 1-я беременность. Роды срочные. Таз 31, 25, 27, 20. Поступила без вод с открытием на  $1\frac{1}{2}$  п.; над зевом прощупывается бьющаяся пуповина и правая ножка. Что делать?

27. 25 лет. 2-я беременность. Таз 31, 26, 28, 20. Роды преждевременно на X лун. м. Открытие на  $1\frac{1}{2}$  пальца. Предлежат ягодицы, выпала бьющаяся пуповина. Что делать?

28. 39 лет. 6-я беременность. Таз 32, 26, 30, 22. Роды срочные. Пузырь цел. Предлежат ножки и пуповина, полное открытие. Что делать?

29. 23 года. 1-я беременность. Таз 30, 24, 27, 19. Роды срочные. Двойни. Первый ребенок живой родился самопроизвольно. Головка 2-го плода во входе, справа близ уха правая ножка, левая ручка и выпавшая петля пуповины (бьющейся) открытие полное. Вод нет. Что делать?

30. 33 года. 3-я беременность. Таз 32, 26, 28, 21. Роды срочные. Воды прошли до начала схваток. Двойни. Схватки болезненные, судорожные, роды затянулись (более 36 часов). Предлежат ягодицы, открытие полное, выпала небольшая петля небьющейся пуповины. Что делать?

31. 30 лет. 5-я беременность. Таз 29, 25, 26, 18. Роды срочные. Воды прошли при начале болей. Открытие на 2 пальца. Поперечное положение (1-я позиция, задний вид), подозрение на двойни. Выпадение бьющейся пуповины. Что делать?

32. 26 лет. 3-я беременность. Таз 30, 24, 26; 20. Полное открытие. Пузырь цел. Положение поперечное, предлежит ручка и петля пуповины. Что делать?

33. 42 года. 8-я беременность. Роды преждевременные. Таз 30, 25, 28, 20. Положение косоголовное правое спиннозаднее с выпадением большой петли бьющейся пуповины. Открытие на 1 палец. Прощупывается локоть. При открытии на 3 пальца сделаны попытки поворота, но они не удалась вследствие спазматического сокращения матки. Через несколько часов значительно ослабело биение пуповины. Что делать?

34. 43 года. 4-е роды. Таз 29, 24, 26, 20. Роды преждевременные IX л. м. Положение косое, открытие на 2 пальца. Воды прошли до поступления; выпала небьющаяся пуповина; предлежит левая ручка головка вправо, ножки влево, спинка вперед. Что делать?

#### О т в е т ы.

1. Причина того, что роды так затянулись, заключается в неправильности схваток, в их спазматическом характере, других причин замедления родов нет. Поэтому прежде всего здесь показывается хлороформирование, затем, конечно поворот: нужно скорее кончать роды. Здесь поворот был трудный вследствие тетанического сокращения матки, несмотря на применение хлороформа. Ребенок мертвый, весом 3400.

2. Ничего не остается, как подождать достаточного для воздействия открытия. Здесь подождали до открытия на  $2\frac{1}{2}$  п., края зева, повидимому, были мягкие, уступчивые, приступили к повороту, наверное в том чаянии, что от манипуляций открытие еще увеличивает и можно будет сделать тотчас-же извлечение без риска произвести очень большие разрывы шейки. И действительно, извлечен живой ребенок и родильница выписалась на 7-й день.

3. Подождать до открытия по крайней мере на 3 пальца и затем щипцы. Здесь при открытии на 3 пальца были наложены щипцы лег-

кие (недоношенный ребенок), 2 тракциями вынут ребенок в асфиксии, оживлен через 30 минут; вес 3150.

4. Поворот. Если бы не было выпадения пуповины, то и тогда можно бы делать поворот, так называемый профилактический, который некоторыми делается при плоских тазах. При выпадении-же пуповины он показуется еще более. Здесь поворот затруднился тем, что трудно было ввести руку в матку вследствие сужения таза и не полного раскрытия зева. Получился мертвый ребенок, весом 3150.

5. Перфорацию, но когда? теперь-же или при большем открытии? В данном случае больная уже считается инфицированной (№ 37,8 и роды продолжаются более 2-х суток), так что разрывы шейки не желательны, ибо они представят из себя ворота для проникновения инфекции в параметрий и пр. В данном случае можно поступить двояко: перфорировать теперь-же, извлекать-же ребенка, подождав открытия, (но нет схваток). Или применить метрейриз, он вызовет схватки, откроет больше матку и тогда сделать перфорацию и краниоклязию. Здесь выждали самопроизвольного открытия на  $3\frac{1}{2}$  пальца и сделали перфорацию и краниоклязию.

6. Ничего. Через 13 часов самопроизвольные роды, мертвый ребенок, весом 3400.

7. И поворот и щипцы несут опасность обширных разрывов шейки, так как роды 1-е и шейка не может быть так уступчива и растяжима, как у многородящих. Остается только или испытать вправление или выждать большого открытия. Здесь произведено вправление пуповины при боковом положении роженицы ручными приемами. Пульсация пуповины весьма ослабела, сердцебиение плода весьма слабое с перебойми; спустя 4 ч. 50 мин. сердцебиение плода прекратилось и родился мертвый ребенок весом 3500. Здесь нужно отметить факт: вправленная пуповина была плохо помещена на своем месте, так как все-же подвергалась прижатию при схватках.

8. Самое разумное подождать: ведь головка низко, схватки хорошие, 7-я беременность, при открытии на  $2\frac{1}{2}$  пальца придется большой или меньший разрыв шейки. Но ждать—со щипцами в руках, чтобы в случае изменения сердцебиения плода тотчас-же наложить щипцы, хотя бы при открытии на 3 пальца. Здесь выждали самопроизвольных родов, родился живой ребенок, весом 2900.

9. Подождать открытия на 3 п. или более. Затем поворот. Здесь при открытии на 3 п. сделан поворот, извлечения не было, родился ребенок силами природы мертвый, весом 3500. Вправление при плоском тазе здесь не имело бы смысла, а для поворота было 2 показания: плоский таз и выпадение пуповины.

10. Во время вправления пуповины обнаружилось условия благоприятные для поворота, чем и следует тотчас-же воспользоваться, не смотря на то, что вправление здесь начато без хлороформа. (Всегда нужно вправление производить под хлороформом). Здесь произведен поворот; он был легкий, не смотря на то, что произведен был без хлороформа; получился живой ребенок, весом 3700.

11. Ждать большого открытия со щипцами на голове и следить за сердцебиением, тем более, что схватки были очень хорошие. Здесь роды были самопроизвольные. Ребенок без признаков асфиксии, живой, весом 3200.

12. Поворот: условия—открытие шейки на 3 п.—края мягкие,—весьма благоприятствует этому. Вправление здесь неудобноприменимо уже по одному тому, что выпало «громадное количество» пуповины. Здесь были попытки вправления пуповины, но ее „нельзя было вправить“.

Затем под хлороформом сделан поворот, получился мертвый ребенок весом 3510.

13. Щипцы. Уж ни в каком случае не вправление пуповины при таком угрожающем состоянии больной. Наложены щипцы, получился мертвый ребенок, весом 2600. Родильница выписалась через 7 дней.

14. Здесь есть все условия для быстрого родоразрешения, следовательно, щипцы, которые при этих условиях согласно нашей статистики дают прекрасные результаты. Вправление здесь не уместно, оно может лишь ухудшить течение пуповины. Здесь было сделано вправление пуповины, оно удалось, схватки были хорошие и родился живой ребенок, весом 2900.

15. Наша статистика указывает, что здесь нужно делать только поворот, как метод дающий при полном открытии прекрасные результаты: статистика—против вправления при этих условиях. Здесь произведен поворот, получился живой ребенок весом 4400.

16. Ничего. Здесь был сделан поворот, получился мацерированный ребенок.

17. Акушер всегда будет прав, если в данном случае произведет вправление. Но нельзя забывать, какие печальные результаты по статистике дает вправление в этом случае. Здесь произведено было вправление, которое удалось; родился живой ребенок. В подобных случаях несколько раз было сделано как классическое Кесарское сечение, так и вагинальное.

18. Нужно делать перфорацию. Щипцы на мертвом плоде делать не полагается. Но здесь 7-я беременность, таз обширный, головка у выхода, предполагаются такие легкие щипцы, что они пожалуй будут менее сложная операция, чем перфорация. А если бы при щипцах и встретилось сверх ожидания препятствие, то можно перфорировать головку в щипцах. Здесь были наложены щипцы.

19. Лучше ничего, потому что дело ребенка здесь более чем наполовину проиграно, а при извлечении мы можем нанести большой вред матери, подвергнуть ее жизни опасности, потому что разрыв шейки неизбежен. Здесь произведено медленное извлечение, получился мертвый ребенок, весом 3800. Родильница выписалась через 5 дней.

20. Поворот. Он был бы показан уже из-за одного лобного положения. Здесь был сделан поворот, получился мертвый ребенок.

21. Лучше всего ничего еще не делать, ибо производство перфорации, когда еще головка над входом подвижна, может быть крайне затруднена. Поворот здесь не показывается, так как это есть операция—для живого ребенка. При некоторой фиксации головки во входе нужно произвести перфорацию.

22. Ждать лучшего вставления головки и щипцы, в случае продолжения течения пуповины; в случае же прекращения течения,—перфорация

23. Разрыв пузыря, щипцы. Получился живой ребенок, весом 2350.

24. Пока нечего делать, плоский таз протипоказывает вагинальное Кесарское сечение. При не много большом открытии хорошо низвести ножку, чтобы легче сделать извлечение при еще большем открытии. Здесь была низведена ножка и произведено с течением времени извлечение. Ребенок— в асфиксии, оживлен через 10 минут, весом 2200.

25. Так как роды преждевременные, то ничего не остается, как сделать низведение ножки, а затем при большом открытии—извлечение. Здесь было сделано низведение ножки и вправление пуповины, которая через час выпала опять, но уже при открытии на четыре пальца; произведено извлечение, получился живой ребенок, весом 2200.

26. Рационально было бы привести шейку в состояние равнозначнее полному открытию, т. е. сделать влагалищное Кесарское сечение или разрезы влаг. части по Dührsen'у и тотчас же извлечение. Если не так, то приходится лишь ждать лучшего открытия. Здесь ждали; через несколько часов при открытии на 2½ пальца выпала небьющаяся пуповина, тогда низвели ножку, после чего вскоре родился мертвый плод, весом 3600.

27. Ждать, ибо статистика указывает, что результаты вправления печальны. Здесь было вправление посредством катетера. Когда при большем открытии пуповина вместе с катетером вновь выпала, то было произведено извлечение, ребенок получился в асфиксии, оживлен через 25 минут. И здесь, собственно говоря, не противопоказаны разрезы влагалищной части по Dührsen'у, хотя ребенок немного не доношен.

28. Ждать для того, чтобы в случае надобности, т. е. по излитии вод и при ослаблении биения произвести извлечение при наивыгоднейших условиях, т. е. тогда, когда ягодицы будут возможно ниже, делать извлечение—до излития вод нужно было бы в том случае, если бы роды очень затянулись. Здесь роды продолжались всего 7 ч. 40 м. В данном случае после искусственного разрыва пузыря сделано было извлечение, которое было трудное, несмотря на то, что таз был обширен. Трудность извлечения (запрокидывание ручек и задержание подбородка за лонными костями) была обусловлена, нужно думать, тем, что это был первый ребенок из двоен и дно матки не давило на головку и не производила этим необходимого сгибания головки. Получился мертвый ребенок весом 3490. Второй ребенок живой.

29. Установка головки здесь не полное, не правильное, раз протупывается ухо. Здесь скорее показан был бы поворот, но он мог бы не удалиться и положение ухудшилось бы, так как после попыток поворота пробовать щипцы уже было бы против правил искусства. Ничего не делать и ждать было бы не безупречно, если бы во время ожидания пуповина перестала биться. Выбор воздействия в данном случае может быть сделан при индивидуализировании побочных обстоятельств, так как один живой ребенок уже есть. Мы пробовали бы здесь поворот и в случае затруднений не стали бы настаивать на нем, а стали бы ждать, не установится ли головка настолько хорошо, чтобы наложить щипцы. Или же, если бы у нас при исследовании сложилось впечатление, что поворот будет труднее, мы не стали бы его пробовать, а стали бы просто выжидать. Если бы во время ожидания пуповина перестала биться, то приступили бы к перфорации, помятуя, что один ребенок живой уже родился. Здесь были наложены щипцы, они соскальзывали (это и бывает именно тогда, когда головка—высоко и неправильно установилась во входе), получились разрывы шейки. Ребенок мертвый 3400 гр. После родов всегда ригорегалиа на шейке матки. Больная поправилась и выписалась.

30. Narcotica (морфий или хлороформ) и извлечение. 2-й ребенок—сам, живой.

31. Выжидать большого открытия и затем поворот. Здесь поворот был произведен при открытии на 3½ п. Поворот был затруднен по причине обвития пуповины вокруг туловища. Получился живой ребенок 3200 гр. 2-й ребенок был тоже в поперечном положении. Поворот, живой ребенок, весом 3300 гр.

32. Поворот. Получился живой ребенок, весом 2900 гр.

33. Пробовать еще раз поворот; если не удастся, декапитация. Здесь под глубоким наркозом был сделан поворот, он был трудный, получился мертвый ребенок, весом 2500.



34. Раз мы имеем поперечное положение, то долго затягивать роды нельзя, при первой возможности нужно приступить к родоразрешению. Здесь при открытии на 2 п. был сделан поворот; ввиду того, что плод был заведомо мертвый, извлечения не было предпринято, и ребенок весом 2300, родился сам. Явился вопрос: раз ребенок мертвый, то следует ли делать поворот, так как более показана декапитация. Но при открытии на 2 п. инструментальное вмешательство опаснее, и если поворот может быть произведен легко, то можно предпочесть его.

### Поперечное положение.

#### Situs transversus.

*Определение.* Поперечное положение есть такое положение плода, при котором ось плода находится поперек оси матки (настоящее поперечное положение) или же под углом к ней (косое положение). Поперечное и косое положения считаются неправильным положением, так как при нем благополучных родов не бывает, если не применено искусственное пособие.

Если при косом положении ягодицы помещаются выше, а головка ниже (обычно в подвздошной впадине), то такое положение лучше называть косоголовное; если же наоборот—головка выше, а ягодицы ниже, то это положение лучше называть косоягодичное, в таком делении есть практический смысл, потому что при косоягодичном положении исправление положения совершается много легче, чем при косоголовном.

В других отношениях отделять поперечное положение от косоного нет надобности, и мы будем говорить все время о поперечном положении, разумея при этом, что мы не различаем косое положение от поперечного.

Если при поперечном положении головка находится в левой половине матки, короче сказать, обращена влево, то это называется первым поперечным положением, если головка будет обращена вправо, то—вторым поперечным положением. Эти названия соответствуют названию положений при продольном положении: если спинка влево, то это считается первым положением, если вправо, то вторым.

Далее идет такое деление: если спинка обращена вперед, то передний вид, если спинка назад, то задний вид. Если, следовательно, головка влево и спинка вперед, такое положение называется передний вид первого положения. Но это деление уже неправильно. Если учесть и без оговорок (и это делается во всех учебниках), то у изучающего получаются такие сведения: когда ребенок лежит поперек, то его спинка может быть обращена или только кпереди или только кзади. А между тем в действительности ребенок при разбираемой неправильности может принимать самые причудливые положения. Спинка может быть обращена прямо вниз. (Рис. 4). Ребенок при этом может быть различным образом согнут, в этом случае будет предлежать прямо спинка в разных своих частях. Или-же ребенок предлежит прямо животом, при чем спинка его сильно выгнута лордотически, живот сильно выпячивается вниз к отверстию матки. (Рис. 5).

В таком же согнутом по спине положении или скорее в сильно разогнутом состоянии ребенок может предлежать грудью. Вариаций таких положений много и в каждом отдельном случае следует составлять себе ясное представление о всех особенностях положения плода.

Частота поперечных положений по Schurig'у = 0,75% как в клинике так и в частной практике. По статистике Herzfeld'a в Венской клинике на 32335 родов (за 10 лет) поперечных положений было 379, т. е. 1,2%. По статистике Bonn'ской клиники — 1,55%, Wurzburg'ской — 1,88%. По Pinard'у на 100,000 родов — 804 случая или 1 : 125.

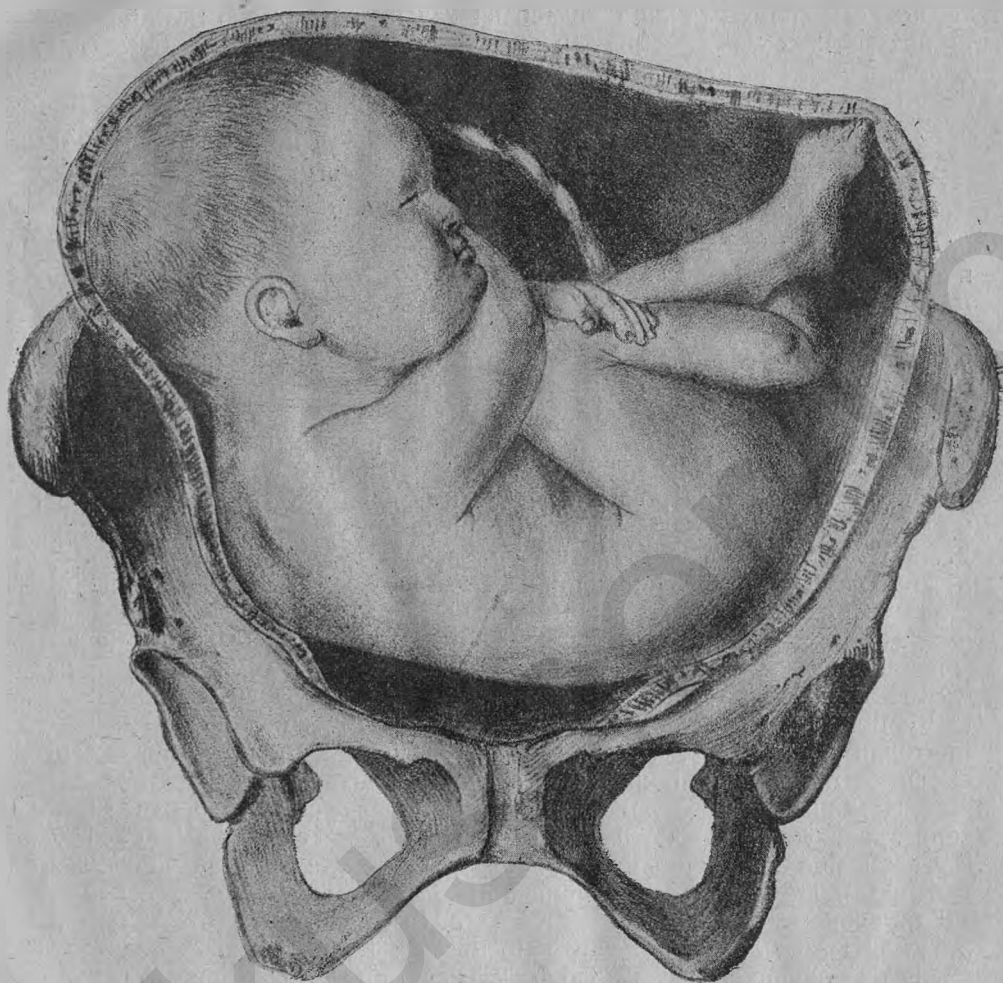


Рис. 4.

Главной основой при изложении этой главы нам послужил материал, взятый нами из Московского родовспомогательного заведения за 30 лет.

В нашем материале на 182,818 родов было 660 случаев родов с поперечным положением. Все 660 случаев оказались прекрасно записанными в журнальных книгах учреждения.

Так что нам представилась возможность излагать эту главу не только по литературным данным и не только по памяти о своем личном опыте, а на основании изучения фактического большого материала.

*Причины.* При первых же шагах самостоятельного изучения этого материала намечаются не только причины поперечного положения, даже уясняется, почему в норме положение плода бывает продольное

660 случаев поперечных положений, разработанных нами в эт ологическом отношении, распались на большие группы:  
В 236 случаях роды были преждевременные и в 169 случаях роды были двойнями; это показывает, что поперечные положения возникают тогда, когда плод слишком мал сравнительно с полостью матки, чтобы стенки матки оказывали на него поддерживающее влияние (см. главу о положении плода во время беременности).

Из 226 случаев поперечных положений с доношенным ребенком и нормальным тазом только в 5 случаях были первородящие ( $2\frac{1}{4}\%$ ). Ничтожный процент поперечных положений у первородящих, имеющих, как известно, матку с неподатливыми стенками, обладающими всегда мышечным тонусом главным образом в поперечном направлении (см. главу о строении матки), плотно облегающими доношенные плоды, еще прочнее устанавливает только что выставленную причину поперечных положений.

Так что относительно остальных 221 случаев поперечных положений у многородящих с нормальным тазом, с доношенным ребенком и без всяких других патологических явлений нужно думать, что основная причина их есть вялость стенок матки.

Литературные данные подтверждают приведенные рассуждения. Так по Alter, Semianikoff и др.  $25,7\%$  поперечных положений были при преждевременных родах и  $11,1\%$  при двойнях. По Alter и Römer и др. поперечные положения у переводящих составляют  $8,5\%$  по Franqué  $10,5$ . У нас  $—2\frac{1}{4}\%$ ; такой малый процент получился вероятно потому, что мы вычисляли проценты только у отобранных случаев с доношенными детьми и с нормальным тазом.

По Franqué почти  $10\%$  поперечных положений бывает при многоводии. Но если высчитывать проценты из числа многоводий, как это сделали мы, то получается, что 187 случай многоводия лишь 1 случай с поперечным положением, это уже не  $10\%$ , а лишь  $0,6\%$ , т. е. ничтожный процент и многоводие из числа причин, вызывающих поперечное положение, пожалуй можно исключить.

Комбинация поперечного положения плода с сужением таза матери дает довольно значительную группу—99 случаев, т. е.  $15\%$ . (59 случаев с доношенным ребенком и 40 случаев с недоношенным ребенком). По Schoeller'у Semianikoff, Tiele  $14,8\%$ , (т. е. тоже почти  $15\%$ ), возникают при сужении таза. По Michaëlis'у—от  $15,6\%$  до  $5,5\%$ . Что между поперечным положением и сужением таза есть какая-то причинная связь, это показывает и то, что среди случаев с узким тазом поперечные положения встречаются, по нашей статистике, касающейся сужения таза, в 5 раз чаще чем при нормальном тазе. Очевидно то обстоятельство, что головка не вступает во вход таза во время беременности и долго не вступает во вход таза во время родов, предрасполагает к неправильности положения.

Комбинация поперечных положений с placenta praevia состояла из 29 случаев, это составляет  $4\frac{1}{2}\%$  всего количества поперечных положений. Из 29 в 16 случаях были недоношенные дети.

При placenta praevia по v. Franqué бывает  $8\%$  поперечных положений. По статистике Strassmann'a при placenta praevia было  $23\%$  поперечных положений, при этом процент преждевременных родов при placenta praevia  $=13,5\%$ . Следовательно большое количество поперечных положений зависело не только от того, что при placenta praevia

бывают часто преждевременные роды, но и сама неправильность прикрепления детского места предрасполагает к поперечным положениям. Это видно и из нашего материала. Очевидно то обстоятельство, что предлежащее детское место мешает вступлению предлежащей крупной



Рис. 5.

части плода во вход таза, предрасполагает к неправильности положения плода.

В нашем материале было отмечено только 3 случая неправильного развития матки при поперечном положении, т. е. 0,45%.

В материале v. Franqué — 0,75% и по статистике Vogel'я в 11%. При *uterus arcuatus* и *uterus subseptus* поперечный размер матки очень велик, что предрасполагает к поперечному положению; при *uterus bicornis* и *unicornis* полость матки имеет неправильную форму, имеет узкие продолжения в сторону, что может оказывать препятствие плоду принимать продольное положение; этим объясняется то обстоятельство, что у одной и той же женщины бывают несколько раз или всякий раз поперечные положения. Schatz нашел между 34 случаями *uterus bicornis* 9 поперечных положений.

Причиной, вызывающей поперечное положение, могут быть опухоли таза, матки и неправильное развитие плода.

*Течение родов при поперечном положении.* При целых водах поперечное и особенно косое положение может еще исправиться, может еще произойти так называемый самоповорот. Из учения физиологии родов мы знаем, что во время каждой схватки длинник матки увеличивается, а поперечные размеры уменьшаются, матка принимает, как мы говорили, форму башни, купол башни—дно матки; это изменение формы делается с известной силой равной силе сокращения маточных мышц, силе, как известно, довольно значительной, достаточной во многих случаях, чтобы при целых водах передвинуть крупные части плода к средней линии и тем придать ему продольное направление. При этом, если была ниже головка, то она подойдет ко входу таза, а ягодицы ко дну матки, если же ниже будут ягодицы, то наоборот.

Если же самоповорота не происходит, то после излития вод поперечное положение фиксируется, как таковое и тогда то и происходит все то, что делает поперечное положение серьезным и опасным осложнением. Во первых нужно сказать, что при поперечных положениях воды изливаются все без остатка, так как маточная шейка неравномерно облегает кругом предлежащую часть—плечо, бок или мелкие части (при продольном положении предлежащая крупная часть как поршень закрывает маточное отверстие и мешает излиться всем водам, задние воды всегда остаются в большем или меньшем количестве). Это уже одно придает родам характер так называемых сухих родов. В таком виде, если не произойдет подачи скорой помощи, роды тянутся без конца.

При сокращении всей системы мышц матки, содержимое матки сжимается главным образом в поперечном направлении. Матка продолжает делать свое дело, не смотря ни на какое положение плода: она сжимает его в поперечном направлении, плод перегибается, головка приближается к ягодицам, плод принимает самые причудливые положения, во всяком случае не такие, какие показывают на фонтоне и какие изображены на произвольных рисунках в учебниках. Плод бывает так сказать скомкан в матке, при чем он может предлежать всякой частью туловища. Если он предлежит боковой верхней частью туловища, то предлежит плечо; в силу сжимающего и выжимающего действия схваток плечо опускается все ниже и ниже, как бы стремясь вступить в полость таза; плечо, как говорят, вколачивается; при этом соответствующая ручка или выпадает, или лежит рядом с туловищем.

В течение таких родов плод обыкновенно погибает или от прижатия пуповины или от расстройства пляцентарного кровообращения, зависящего от частых спазматических схваток. Если не подана помощь, роды тянутся дольше, то неизменно присоединяются явления *endometritis sub partu*;  $t^0$  повышается, появляются зловонные грязные выделения. Умерший плод начинает скоро разлагаться. При таких явлениях большая может умереть от сепсиса.

При поперечных положениях случаются и разрывы матки. При объяснении происхождения разрывов при поперечных положениях немецкие авторы прибегают к теории Bandl'я. По их представлению дело происходит так (v. Winckel Handb. d. Geburt, v. Franqué). Вследствие непреодолимого препятствия схватки делаются сильнее и сильнее; сокращающийся верхний отрезок матки делается все меньше, а несокращающаяся пассивная часть матки, нижний ее сегмент, растягивается все больше и больше, в него внедряются больше и больше части плода. Наконец под влиянием растягивающей силы схваток истонченный нижний сегмент разрывается.

Но почти при всяком введении руки в матку при поперечных положениях приходится убеждаться, что никакого растянутого пассивного мешка там нет, весьма близко от наружного отверстия матки ощущается сокращение стенок матки, иногда даже сильно ощущается, до боли. Вышеприведенные объяснения есть результат абстрактного разсуждения, к которому так склонен немецкий ум; они рассеиваются, как дым, при соприкосновении с действительностью. В действительности же самопроизвольные разрывы при поперечных положениях, как показали наши исследования, не бывают (см. главу о разрывах матки).

Почти все разрывы при поперечных положениях виолентные, насильственные, причиненные или рукою бабок и повитух, которые стараются помочь делу своими средствами, или рукою врача.

Роды с запущенным поперечным положением могут окончиться, в виде редкого исключения, и самопроизвольно, когда ребенок рождается посредством так называемого самоизворота, описанного впервые Denmann'ом в 1785 году, затем Douglas'ом в 1819 году.

Самоизворот возможен при сильных схватках, при обширном или по меньшей мере нормальном тазе и небольшом недоношенном или даже мацерированном плоде. Механизм самоизворота можно расчленить на 5 моментов так же, как и при предлежании головки.

*1-й момент*—относительное уменьшение предлежащей части. Положим предлежит плечо и боковая верхняя часть туловища, во входе таза стоит втиснутое согнутое по верхнему боку туловище. По мере того как сильные схватки втискивают все туловище глубже в полость таза, оно больше и больше сгибается по боку (это относительное уменьшение, при чем туловище как бы складывается вдвое), и плечо все ниже и ниже вколачивается, наконец, оно подходит под лонную дугу; шея тесно прилегает к лонным костям, а головка остается выше входа в таз, выше безмянной линии.

*2-й момент*. Согнутое в двое туловище протискивается в полость таза настолько, что даже ягодицы протискиваются в стороне от мыса в области крестцово-подвздошного-сочленения; и так почти все туловище вошло в таз, лишь головка стоит над входом.

*3-й момент*.—(Внутренний поворот). Сильно вытягивающийся предлежащий бок согнутого туловища находится сначала в косом размере таза. Затем туловище делает поворот внутри таза такой, что выпячивающийся бок становится в прямом размере таза и плечо, находившееся под лонной дугой не по средней линии, подходит прямо под лонное сочленение и окончательно выходят из наружных половых органов с выпавшей наружу ручкой. Головка остается над входом прямо выше лонного сочленения.

*4-й момент*.—Прорезывание предлежащей части. Выпячивающийся бок туловища все больше и больше показывается из половой расщелины, растягивая промежность. Все большая и большая часть бока

выкатывается из-за промежности; плечо так же сильнее и сильнее прижимается к лонному сочленению; наконец из-за промежности выкатываются ягодицы, выскакивают ножки; 4-й момент окончен. Головка остается над входом.

*5-й момент.* Рождение последующей головки совершается обычно, как и при ягодичных родах. Ребенок обыкновенно не выдерживает такого комканья, тем более, что он бывает недоношен; он обычно умирает, если не был уже раньше мертв. Dickhorn набрал во всей литературе 16 случаев с живыми детьми, да и те были малы и скоро умирали.

*Распознавание.* При целых водах распознавание поперечного положения основывается главным образом на результатах наружного исследования. При поперечном положении матка представляет форму овала, лежащего поперек туловища. Форма поперечного овала определяется как при осмотре, так и ощупывании настолько ясно, что может быть прекрасно продемонстрировано аудитории. Если мы поместим руку ребром над лоном и будем углублять ее, то рука свободно будет углубляться и может дойти до мыса, что доказывает отсутствие крупной предлежащей части над входом, во входе, а также и в полости таза. Внутреннее исследование лишь добавляет результаты наружного: предлежащей части не прощупывается, нередко попадают на палец через пузырь мелкие части, быстро ускользящие. В подробности производить внутреннее исследование при этом не следует, можно разорвать пузырь, что весьма не желательно.

Иногда при наружном исследовании удается прощупать через брюшные стенки с одной стороны головку, с другой—ягодицы. Сердцебиение прослушивается обычно ниже пупка. При задних видах сердцебиение или прослушивается с трудом или совсем не прослушивается.

После излития вод наружное исследование дает уже мало результатов: матка плотнее охватывает плод, части плода не свободно плавают, как при целых водах, а прижаты друг к другу. Также не редко матка теряет свою форму поперечного овала, принимает более шарообразную форму, иногда же ее форма настолько приближается к обычной форме продольного овала, что даже идеи о поперечном положении не возникает, на этой почве бывает много ошибок.

Так что после излития вод диагностика основывается на внутреннем исследовании. Введенный во влагалище палец не ощупывает ни головки, ни ягодиц; он ощупывает мягковатое тело с небольшими костными выступами; это—туловище плода; костные выступы могут дать ощущение как бы решетки, это ребра, или же один костный выступ может сильно выпячиваться в полость таза, напр.: акромальный отросток или локоть. Палец может прощупать кроме того рядом с большим мягковатым телом еще небольшое цилиндрическое тело, это—ручка.

Нужно здесь же сказать, что нельзя много оказывать доверия ощущению одного пальца, хотя тактильное ощущение указательного пальца и изошрено у акушеров, все же конец указательного пальца дает мозгу сведения отрывочные, сбивчивые; сколько мы испытывали ошибок и сколько мы видели ошибок, сделанных опытными людьми, когда ощущению одного пальца было оказано много доверия.

Поэтому при малейшем сомнении в том, что что-то ощупывается пальцем не ясно, нужно ввести два, четыре, пять пальцев; если возможно под хлороформом; дать немного хлороформа измученной роженице не приносит вреда, так учит опыт.

При выпадении ручки во влагалище или наружу распознавание поперечного положения устанавливается, конечно, сразу без всякого сомнения. Вопрос только в определении вида и позиции. Прежде всего нужно узнать, которая ручка выпала, правая или левая; если ручка во влагалище, ее вынимают, располагают так, чтобы ладонь была обращена кверху, ручка будет та, к которой ягоdice матери обращен большой палец. Или же располагают свою руку так, как расположена выпавшая ручка; если расположение пальцев руки совпадает с расположением пальцев ручки, то ручка одноименна с положенной рукой. По ручке можно было бы судить, куда обращена головка; головка обращена в ту сторону, куда обращен большой палец; но ручка может быть вывернута при манипуляциях над ней; поэтому по ручке идут до подмышечной впадины и ощупывают ее: куда обращено дно подмышечной впадины, туда обращена и головка. Иногда трудно ориентироваться относительно подмышечной впадины; тогда вводят дальше руку, стараются ощупать прямо спинку, которая определяется очень ясно, если пальцы ощущают цепь остистых отростков, смешать это ощущение ни с чем нельзя, оно очень характерно.

Если знают, которая ручка предлежит и куда обращена спинка, вперед или назад, то тогда, как в уравнении по двум величинам определяют третье неизвестное, легко определить, куда обращена головка; если спинка обращена назад, и левая ручка выпала, то головка обращена влево.

Когда выпадения ручки нет, то ориентируются относительно положения ребенка таким же образом, т. е. определяют положение подмышечной ямки и спинки.

Но все эти подробные описания диагностических приемов имеют педагогическое значение. На самом деле происходит так: раз определено поперечное положение и воды прошли, то больная готовится к операции, хлороформируется и под наркозом приступают ко внутреннему исследованию, при чем вводится рука столько, сколько нужно, чтобы произвести исчерпывающее исследование; после ориентировки, этой же рукой, не вынимая ее, приступают к тому или иному пособию, чаще всего к попытке произвести поворот.

*Прогностика.* Если поперечное положение распознано рано, до излития вод и если приемы наружного поворота дают желательный результат, т. е. положение исправляется, то прогностика конечно хорошая: вся неправильность может исчезнуть без следа.

После излития вод предсказание для матери и ребенка тем хуже, чем более запущено поперечное положение. Предсказание определяется также наличием осложнений, напр. выпадения пуповины, *placenta praevia*, сужение таза.

Статистика исходов поперечных положений, существующая в литературе, крайне недостаточна: цифры очень малы, затем случаи собраны огульно без подразделений или не из одного места. V. Franquet отец один приводит большое число поперечных положений, они собраны из разных мест Нассауского герцогства.



Данные остальных авторов размещаются в следующей таблице.

	Чис. попер. положений.	Смерть матерей.	Смерть детей.
Semjanikoff . . . . .	100	5,0	54
Stumpf . . . . .	107	2,9	38,5
Alter . . . . .	350	1,8	25,5
Zhorau . . . . .	102	2,97	35,0
Schurig . . . . .	311	1,6	36,8
Römer . . . . .	65	3,3	28,3

Данные нашей статистики следующие:

Производство поворота при целых водах при доношенном ребенке и нормальном тазе произошло в 67 случаях, получилось 2 мертвых ребенка, т. е. 2,9%, по излитии вод смертность детей уже 35%. Случаи с недоношенным ребенком и нормальным тазом при целых водах дали 17%, а без вод—40% детской смертности. Общая смертность матерей при нормальном тазе—2,2%.

При сужении таза и доношенном ребенке смертность детей уже 46%, а при недоношенном ребенке — 49%, смертность матерей такая-же—около 2%.

При двойнях проценты приблизительно те же. При placenta praevia смертность детей и матерей зависит не столько от поперечных положений, сколько от самого предлежания детского места. В общем смертность детей, если исключить случаи с placenta praevia—27%.

Относительно смертности детей оказывается, что чем больше времени прошло от момента излития вод до поворота, тем смертность больше, так например при 18 случаях, в которых поворот был произведен в течение первых 5 часов после излития вод, мертвых детей получились 3, а из 18-же случаев, в которых поворот был произведен более чем через 12 часов по излитии вод, мертвых детей получилось 15. При чем сравнительное исчисление показывает, что такое увеличение смертности произошло не вследствие увеличения количества выпадений пуповины. Очевидно при запущенном поперечном положении смерть плода происходит чаще всего вследствие неправильности схваток и при технических затруднениях во время поворота.

В заключение отметим факт, имеющий значение для физиологии родов: у первородящих с поперечным положением не было ни одного случая поворота при целых водах как при срочных родах, так и преждевременных. Очевидно у первородящих оболочки вообще тоньше и при неправильном положении плода скорее рвутся.

При разборе случаев с узкими тазами мы замечаем также, что у первородящих чаще происходит раннее излитие вод.

*Терапия.* Если поперечное положение замечено еще во время беременности, то беременной следует носить подходящий бандаж на животе. Pinard предложил для этой цели особый бандаж.

Во время родов, если пузырь еще цел и открытие малое, при котором внутренний поворот исключается, то наружными приемами нуж-

но привести головку ко входу в таз, а ягодицы ко дну матки, делать это нужно в промежутке между схватками, во время схватки руками нужно удержать крупные части там, куда они были приведены; если исправление положения удалось, то для удержания плода в этом положении нужно наложить бандаж на живот и положить большую на ту сторону, куда отклонялась головка, ибо если при косоголовном положении головка находится, положим, в левой подвздошной впадине, то дно матки всегда отклонено при этом вправо; если положить роженицу на левый бок, то дно матки перевернется справа к средней линии, положение матки выравнивается, а это должно оказать влияние и на положение плода, т. е. ягодицы в дне переместятся к средней линии, головка ко входу.

Если положение косоягодничное или поворот на головку не удается, то нужно постараться произвести наружный поворот на ягодицы. Манипуляции наружного поворота нужно производить теплыми руками, класть руки плашмя, производить давление руками на крупные части осторожно, медленно, но настойчиво. Иногда при наружном повороте помогает делу, если во время самого производства положить роженицу на тот бок, куда отклонилась головка. Если пузырь цел и открытие полное, то после окончания наружного поворота можно разорвать пузырь, чтобы надежнее фиксировать головку на желательном месте. Разрывать пузырь нужно рукой, готовой к повороту и при соответствующей обстановке, чтобы в случае выпадения пуповины, выпадения ручки или другой какой случайности, тотчас приступить к производству внутреннего поворота.

Если наружный поворот не удастся, открытие малое, пузырь цел, то нужно ждать достаточного открытия, чтобы произвести внутренний поворот. Нужно считать за правило: при поперечном положении какая бы мирная клиническая картина ни была, не откладывать поворота, делать его при первой к тому возможности. Если есть какие-нибудь побочные обстоятельства спешить, например, опасное замедление родов вследствие многоводия, осложнения со стороны сердца, дыхательных органов и т. п., то, если воды целы, можно приступить к повороту при открытии на 3 пальца, особенно если края маточного отверстия мягки, растяжимы; мы много раз делали поворот даже при открытии на  $2\frac{1}{2}$  пальца, словом при таком открытии лишь бы прошла рука в матку. Но конечно, лучше всего делать поворот при большом открытии, чтобы в случае выпадения пуповины, или расстройства сердцебиения плода, можно было сейчас-же приступить к извлечению, не рискуя разорвать шейку. Чтобы уметь разбираться во всех таких комбинациях, лучше всего упражняться в решении представленных ниже акушерских задач.

Если при целых водах и малом открытии нужно спешить, то вставляют баллон Champetier-de-Ribes, а у нас в русской школе акушеров, если есть таковая, принято, что после поворота не делать сейчас-же извлечения плода (на основаниях, изложенных в главе об акушерских операциях), а ждать самопроизвольного рождения младенца, если нет показаний спешить с окончанием родов. Но Winter и Fritsch говорят, что после поворота ребенок должен быть тотчас-же извлечен. Winter, Gaedke, Thiele, Römer, Dohrn, Wolff представили вместе 848 случаев поворота при поперечных положениях и немедленного извлечения с 6,1% детской смертности.

Thiele и Dohrn представили кроме того 77 случаев, в которых после поворота не извлекали, а действовали выжидательно, получился 0% детской смертности.

При поперечных положениях без вод необходимо немедленно приступить к попыткам поворота даже при открытии на  $2\frac{1}{2}$  — 3 пальца, только бы рука прошла без насилия, а это при полатливых мягких краях возможно. Если открытие мало, нужно ввести баллон Champetier-de-Ribes'a.

Разумеется производство как наружного поворота, так и внутреннего имеет смысл только тогда, когда ребенок жив. Если ребенок мертв или даже мацерированный, то по излитии вод и достаточном открытии приступают прямо к дроблению его на части, т. е. производят декапитацию или эвентерацию.

### З а д а ч и.

1. (№ 38 1894 г.) 32 года. 2-я беременность. Таз 34, 27, 29, 21. Роды срочные. Положение косо-крестцовое лево-переднее. Продолжительность родов 4 часа. Поступила почти с полным открытием и целыми водами. Через плодный пузырь ясно прощупывается предлежащая большая петля пуповины. По наружному исследованию косо положение, головка вправо, спинка вперед и вверх, мелкие части влево. Сердцебиение слышно хорошо выше пупка. При укладывании роженицы на операционный стол прошли воды и выпала петля быющей пуповины. Под легким наркозом немедленно была введена правая рука и захвачена левая ножка, лежащая во входе. Поворот легкий. Что делать дальше?

2. (№ 1608 1910 г.) 24 г. 4-я беременность. Таз 31, 25, 27, 20. Роды срочные. Положение косо, крестцово-право-заднее. Роды продолжаются 10 ч. Открытие полное. Сердцебиение плода слышно хорошо, выше пупка. Предлежит петля пуповины. Какой нужно делать поворот наружными приемами или внутренний?

3. (№ 2610 1905 г.) 33 года. 6-я беременность. Таз 35, 25, 27, 20. Роды прочные. Положение поперечное, головка влево, спинка вперед. Роды продолжаются 5 часов. Открытие на  $1\frac{1}{2}$  пальца. Наружными приемами поперечное положение превращено в головное, но оказалось предлежание петли пуповины. Что делать?

4. (№ 1071 1895 г.) 42 года. 12-я беременность. Таз 33, 28, 30, 20. Роды срочные, продолжаются около 4-х часов. Поперечное положение. Сердцебиение плода хорошо слышно. Открытие на  $2\frac{1}{2}$  пальца, края маточного зева тонки, эластичны. Пузырь цел. Что делать?

5. 28 лет. 4-я беременность. Таз 30, 23, 25, 20. Роды срочные, продолжаются 14 часов. Поперечное положение, головка вправо, спинка кзади. Сердцебиение плода слышно. Воды целы, предлежит пуповина. Открытие на 3 пальца, края зева тонки, растяжимы. Что делать?

6. (№ 2360 1891 г.) 31 год. 3-я беременность. Таз 30, 23, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 19 часов. Сердцебиение плода слышно. Поступила с открытием матки на  $1\frac{1}{2}$  пальца при целых водах и с косым положением плода, головка влево, спинка кзади. При открытии на 2 п. излились воды и выпала пуповина. Край маточного зева тонки, растяжимы. Что делать?

7. (№ 2946 1901 г.) 40 лет. 4-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 5 часов. Положение поперечное, головка вправо, спинка кзади. Открытие полное, воды только что прошли. Сердцебиение слышно. Приступлено к повороту, захвачена и низведена правая ножка, но поворот не совершился. Что делать?

8. (№ 311 1894 г.) 26 лет. 4-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 7 часов. Поперечное положение, предлежит левое плечо, головка вправо, спинка вперед, ножки влево в дне матки. Воды прошли при поступлении в учреждение. Сердцебиение плода очень слабое. Введена левая рука, захвачена нижележащая левая ножка и низведена наружу. В виду отсутствия схваток—извлечение. Ручки оказались закинутыми за затылок, освобождение их трудное. Головка оказалась повернутой подбородком вперед и влево. Что делать?

9. (№ 4687 1894 г.) 25 лет. 2-я беременность. Таз 31, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 6 часов. Воды прошли до прибытия в учреждение. Открытие полное. Поперечное положение. Предлежит локоть. Сердцебиение плода не слышно. Что делать?

10. (№ 713 1909 г.) 32 года. 6-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 9 часов. Поперечное положение, 2 я позиция задний вид. Прошел час после полного открытия. Вод нет. Приступлено к повороту, низведена нижняя ножка. Что делать?

11. (№ 2095 1902 г.) 42 года. 9-я беременность. Таз 30, 23, 25, 20. Роды срочные, продолжаются 14 часов. Воды прошли. 2-е косое положение плода. Открытие полное. Сердцебиение плода слышно. Выпала левая ручка. Приступлено к повороту, захвачена левая ножка и низведена. Поворот совершился легко, вместе с ножкой выпала петля пуповины. Делать-ли извлечение тотчас или предоставить роды силам природы?

12. (№ 941 1898 г.) 29 лет. 2-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 14 часов. Положение плода поперечное, право-переднее, выпала ручка; воды излились рано при открытии меньшем, чем на 2 пальца, сейчас открытие на 3 пальца. Схватки спазматические. Вследствие ослабления сердцебиения плода приступлено к повороту и извлечению, под хлороформом. Извлечение головки встретило препятствия вследствие спазматического сокращения шейки. Что делать?

13. (№ 6583 1902 г.) 33 года. 2-я беременность. Таз 30, 24, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 15 часов. Поперечное положение, головка вправо, спинка кзади, выпадение правой ручки. Сердцебиение слышно не ясно. Воды излились давно при открытии меньшем, чем на 2 пальца. Сейчас открытие на 2½ пальца. Что делать?

14. (№ 2077 1908 г.) 30 лет 5-я беременность. Таз. 31, 25, 27, 21. Роды срочные, продолжаются 5 часов. Воды прошли, открытие полное, сердцебиение плода не ясно. Положение поперечное, спинка кзади, головка вправо, выпала правая ручка. Под хлороформом захвачена левая ножка (вышележащая) и низведена, но поворот не совершился. Что делать?

15. (№ 4626 1898 г.) 27 лет. 4-я беременность. Таз 31, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 4 суток 6 часов. Положение поперечное лево-переднее. По словам привезшей роженицу акушерки, дома были сделаны попытки к повороту, но без успеха, при чем была ампутирована ножницами выпавшая левая ручка. В момент прибытия из влагляща торчит вторая, правая ручка, ладонью обращенная вперед, правое плечо вколочено. Что делать?

16. (№ 3011 1904 г.) 36 лет. 6 я беременность. Таз 30, 21, 26, 19. Роды срочные, продолжаются 1 сутки. Открытие полное. Воды давно прошли. Положение поперечное, выпадение левой ручки и небьющейся пуповины. Кольцо сокращения выше пупка. Что делать?

17. (№ 3569 1894 г.) 35 лет. 10 я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные продолжаются 1 сутки 11 часов. Поперечное положение, задний вид, головка вправо, предлежит правый локоть. Полное открытие, вод нет. Сердцебиение плода слышно. Произведен поворот на продольной постели без наркоза правой рукой. Проведение руки и захватывание левой верхнележавшей ножки совершились скоро и легко. Дальнейшее силами природы. Получился живой ребенок весом 3700.

18. (№ 648 1893 г.) 33 года. 9-я беременность. Таз 29, 25, 27, 20. роды срочные, продолжаются 3 сут. 22 часа. Воды прошли давно. Положение поперечное, головка вправо, спинка кзади. Выпадение небьющейся пуповины и правой ручки. Тетаническое сокращение матки. Что делать?

19. (№ 1873 1903 г.) 42 года. 7 я беременность. Таз 30, 25, 26, 20. Роды срочные, продолжаются 10 часов. Положение поперечное, выпадение правой ручки. Открытие на 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца. Сердцебиение плода не слышно. Произведен поворот на правую ножку. При извлечении головка задержалась и не выходит, несмотря на все старания. Что делать?

20. (№ 450 1894 г.) 33 года. 6-я беременность. Таз 30, 25, 27, 20. Роды срочные, продолжаются 10 ч. 45 м. При осмотре живота найдено, что на уровне пупка—глубокая поперечная борозда, разделяющая матку на две опухоли верхнюю, меньшую и нижнюю большую. Сердцебиение плода не слышно. Из влагалища выпала правая ручка. Схваток нет. Подозрение на разрыв матки. Верхняя опухоль—повидимому, опорожненная матка. Резкого падения пульса нет. Что делать?

#### Недоношенный ребенок.

21. (№ 922 1898 г.) 34 года. 8-я беременность. Таз 30, 24, 26, 19. Роды преждевременные VIII л. м. Продолжаются 5 часов. Положение плода 2-е косое передний вид. Открытие на 3 пальца, но края маточного зева тверды и неподатливы. Многоводие. Порядочное кровотечение. Сердцебиение плода неясно.

22. (№ 1908 1910 г.) 32 года. 7-я беременность. Таз 30, 23, 26 19<sup>1</sup>/<sub>2</sub>. Роды преждевременные на X л. м. Продолжаются 6 ч. 30 м. Открытие полное, пузырь цел. По наружному исследованию положение плода не определяется, при внутреннем исследовании определить предлежащей части также не удалось, так как она находилась очень высоко. Сердцебиение плода слышно хорошо. Что делать?

23. (№ 832 1891 г.) 23 года. 4-я беременность. Таз 29, 23, 25, 19. Роды преждевременные на IX л. м. Продолжаются 7 часов. Поступила с полным открытием матки и при целых водах. Найдено поперечное положение плода, головка вправо, спинка вперед, предлежат мелкие части, небольшое кровотечение. Произведен поворот без хлороформа, захвачена и низведена левая ножка, при чем оказалось, что пуповина проходит между ножками по меж'ягодичной складке. Что делать?

24. (№ 686 1898 г.) 38 лет. 3-я беременность. Таз 30, 25, 29, 19. Роды преждевременные на VIII л. м. Положение плода косо-ягодичное, головка прощупывается в правой верхней части матки, сердцебиение выше пупка. Открытие матки на 3 пальца, пузырь цел. Роды продолжаются 6 часов. Что делать?

25. (№ 1724 1898 г.) 21 год. 3-я беременность. Таз 30, 23, 26, 20. Роды преждевременные на X л. м. Продолжаются 8 часов. Воды прошли до начала схваток. Положение плода поперечное, выпадение правой ручки. Открытие на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца. Спазматические болезненные схватки. Сердцебиение плода слышно не ясно. Что делать?

26. (№ 73 1905 г.) 25 лет. 5-я беременность. Таз 32, 27, 29, 20. Роды преждевременные на IX л. м. Воды излились до поступления в учреждение, открытие при поступлении на 1½ пальца, предлежит левый локоть. Роды продолжаются 6 часов, схваток нет. Через 3 часа выпала левая ручка и еще через 2 часа выпала петля бьющейся пуповины, открытие все еще на 1½ пальца, края зева мягки, растяжимы. Что делать?

27. (№ 4214 1901 г.) 28 лет. 10-я беременность Таз 31, 25, 27, 20. Роды преждевременные на X л. м., продолжаются 13 часов. Поперечное положение, головка вправо, спинка кзади. Воды излились 7 часов т. назад. Открытие на 2 пальца. Выпадение большой петли хорошо бьющейся пуповины. Tetanus uteri. Что делать?

28. (№ 1575 1895 г.) 19 лет. 1 я беременность. Таз 29, 24, 27, 19½. Роды преждевременные на VIII л. м. Продолжаются 1 сутки 8 часов. Воды прошли 6 суток т. назад. Положение поперечное с выпавшей ручкой, сердцебиение плода не слышно. Открытие на 3 пальца. Спазм маточной шейки и болезненность при ощупывании матки, сильный запах, t° 38,5. Что делать?

#### Поперечное положение при сужении таза.

29. (№ 3299 1904 г.) 29 лет. 4-я беременность. Таз 29, 23, 26, 16 с. d. 9½. Роды преждевременные на X л. м., продолжаются 3 ч. Положение плода поперечное, выпадение правой ручки и петли бьющейся пуповины; открытие на 2 пальца, края зева не мягки и не растяжимы. Что делать?

30. (№ 6318 1903 г.) 30 лет. 5 беременность. Таз 29, 24, 26, 18. Роды срочные, продолжаются 7 часов. Полное открытие, Вод нет. Положение плода поперечное, левая сторона глубоко втеснилась в таз, высокоподнявшееся кольцо сокращения. Сердцебиение плода не слышно. Что делать?

31. (№ 1387 1898 г.) 27 лет. 8-я беременность. Роды преждевременные на X л. м., продолжаются 10 часов. Открытие матки на 3½ пальца. Положение плода поперечное, выпадение правой ручки и небьющейся петли пуповины. Приступить к декапитации не удастся, так как шейка плода расположена очень высоко и трудно достижима. Что делать?

32. 24 года. 4-я беременность. Таз 31, 26, 28, 18, с. d. 11½. Роды срочные, продолжаются 17 часов; положение плода косое, головка влево. Пузырь цел. Открытие полное. Сердцебиение плода слышно хорошо. Какой поворот делать наружный или внутренний?

#### О т в е т ы.

Задачи, касающиеся неправильного положения плода, нужно приучить себя решать скоро, потому что жизненные обстоятельства часто складываются так, что долго думать не приходится, иногда нужно моментально приходить к тому или иному решению.

1. В виду выпадения пуповины тотчас-же приступить к извлечению при схватке (см. гл. об извлечении), тем более, что поворот начат при почти полном открытии, так что опасность разрыва шейки при извлечении последующей головкой исключена. В данном случае было произведено тотчас-же извлечение. Ребенок получился живой, весом 3750.

2. Ввиду предлежания пуповины нужно приступить ко внутреннему повороту. В данном случае хотя наружный поворот и совершился

бы на ягодицы (положение косо-ягодичное), все-же сведение ножки при внутреннем повороте даст более шансов на получение живого ребенка. В данном случае были произведены поворот и извлечение, получился ребенок весом 3200 в асфиксии, был вскоре оживлен.

3. Все приготовить к немедленному производству поворота, если произойдет самопроизвольное излитие вод. Ждать открытия по крайней мере до 3-х пальцев, а лучше до полного, а затем приступить ко внутреннему повороту. В данном случае так и было сделано. Получился живой ребенок 3600.

4. Все приготовить на случай преждевременного излития вод, не отходить от роженицы и ждать большего открытия, по крайней мере на 3—3½ пальца. Затем поворот. В данном случае был произведен поворот при целых водах и при открытии на 3 пальца. Получился живой ребенок весом в 3100, родильница осталась здорова.

5. Здесь нужно удвоить внимание при выжидании в сравнении с предыдущим случаем, ибо за поворотом потребуются немедленное извлечение вследствие угрозы ребенку со стороны выпадения пуповины. При открытии на 3½ пальца можно приступить к повороту, дольше ждать тоже опасно, ибо по излитии вод поворот может быть затруднен, что отразится также прежде всего на ребенке. В данном случае был произведен поворот и немедленное извлечение при открытии на 3 пальца с полным успехом. Вес ребенка 4000.

6. Применить метрейринтер после попытки вправить пуповину значит весьма рисковать тем, что пуповина перестанет биться. Лучше воспользоваться тем, что края шейки растяжимы и попробовать без насилия провести в матку 4 пальца и произвести поворот, в расчете, что при манипуляциях матка раскроется больше. После поворота следить за пуповиной и при первой возможности делать извлечение; можно рассчитывать, что при повороте края зева раздалься, и зев расширился до 3-х пальцев. Если же пуповина прекратила биеение или стала биться слабо, а шейка представляет какое-либо препятствие, то лучше пощадить мягкие части матери и не спешить с извлечением. В данном случае поворот оказался легким. По причине замедления сердцебиения плода тотчас-же было приступлено к извлечению, которое оказалось очень трудно. Ребенок родился в асфиксии, оживлен, 3300. Родильница выписалась на 8-й день здоровой.

7. Захватить и низвести другую ножку (см. гл. о повороте). В данном случае так и было сделано. После низведения второй ножки поворот совершился легко. Получился живой ребенок весом 2800.

8. Ввести палец в рот младенца и нажимом этого пальца на нижнюю челюсть изнутри сместить подбородок влево, совсем в сторону, чтобы он оказался во входе таза. В данном случае были введены 2 пальца левой руки в рот плода и подбородок повернут во вход. Ребенок получился в асфиксии, не оживлен, вес 3200.

9. Раз не слышно сердцебиения, то возникает вопрос, делать здесь поворот или декапитацию. В данном случае нужно приступить к повороту, ибо, если сердцебиения не слышно, то это не значит еще, что его совсем нет, ведь роды продолжаются всего 6 часов, поперечное положение не очень запущено; может быть, в данном случае поворот будет гораздо более легкой и более щадящей мать операцией, чем декапитация. В данном случае были произведены поворот легко, а извлечение с затруднением. Получился мертвый ребенок 3350 весом.

10. Ничего не нужно делать, а предоставить окончание родов силам природы, при чем поступать так же, как делается при родах ягодицами (см. гл. о ягодичных родах и об извлечении).

11. Тотчас приступить к извлечению, производить его по всем правилам, не спеша. В данном случае в виду выпадения пуповины тотчас приступают к извлечению; извлечен младенец 4050 весом в асфиксии, оживлен.

12. Подождать, когда спазм шейки пройдет, дать в этот момент побольше хлороформа, но не форсировать извлечение, чтобы не сделать разрыва шейки, который в таких случаях бывает опасен, так как спазму шейка подвергается не на уровне наружного отверстия, а наоборот в самых верхних своих частях, на границе с телом. В данном случае головка была извлечена при помощи крючка Брауна, введенного в полость рта, так как обычными приемами освободить головку не удалось. Получился мертвый ребенок весом 3900.

13. При поперечном положении нужно приступить к исправлению положения плода при первой к тому возможности. Есть ли эта возможность в данном случае в данный момент? Это зависит от того, податливы ли и растяжимы края шейки настолько, чтобы пропустить руку оператора свободно без насилия; если это удастся, то нужно этим воспользоваться: провести руку и сделать поворот; если же нет, то нужно произвести метрейриз и затем приступить к повороту. Провести руку и сделать поворот выгоднее, потому что после низведения ножки и схватки обыкновенно бывает энергичнее, деятельнее, и открытие подвигается быстрее, все это скорее ведет к цели, а выигрыш времени при поперечных положениях, как показывает опыт, дает колоссальные выгоды. В данном случае был произведен при открытии на 2½ пальца поворот. При улучшившихся схватках скоро последовали самопроизвольные роды живым ребенком в 3400 весом.

14. Отыскать и низвести другую ножку, которая будет нижележащая, хотя это и не соответствует правилам, установленным некоторыми авторами. В данном случае так и было сделано: захвачена правая ножка, и тогда поворот совершился. Роды силами природы; родился мертвый ребенок весом 4000.

15. Декапитацию. В данном случае был введен крючок Брауна и наложен на шею плода с большим трудом вследствие высокого стояния головки. Вес плода 3100.

16. Декапитацию.

17. Поворот мог бы совершиться также легко и свободно, если бы была захвачена левая нижележащая ножка, как это показывает задача 14-я.

18. Под глубоким наркозом нужно делать декапитацию.

19. Ввести руку поглубже и исследовать причину. В данном случае препятствием служила гидроцефалия, так что пришлось выпустить жидкость, скопившуюся в полости черепа.

20. Вопрос о том, приступить ли прямо к ляпоротомии или делать поворот. Так как здесь выпала ручка и весь плод над входом близко, то можно попробовать поворот. Если поворот и извлечение пойдут легко, то выполнить их и затем уже приступить к хирургическому лечению разрыва по принципам, изложенным в главе о разрывах матки. Если поворот не пойдет, то прямо приступить к ляпоротомии. В данном случае были произведены поворот и извлечение, после чего лечение было консервативное. Родильница выписалась на 20-й день после родов здоровой.

21. Нужно делать поворот, но с извлечением нужно быть крайне осторожным в виду твердости и неподатливости маточного зева, несмотря на то, что открытие на 3½ пальца, ибо при меньшем открытии и при большем ребенке меньше риска получить опасный разрыв шейки,



если края ее растяжимы. В данном случае были произведены поворот и извлечение, но получился большой разрыв шейки, давший кровотечение, доведшее родильницу до состояния острого малокровия. Вес живого ребенка был 2150.

22. Можно ждать излития вод, чтобы тотчас-же произвести поворот, если положение окажется не продольным. Лучше же произвести поворот при целых еще водах. В данном случае таз нормальный и роды преждевременные, следовательно, при извлечении ждать особых препятствий нет оснований. По этому здесь можно рукой, готовой к повороту и после того, как все будет готово к повороту, разорвать пузырь и если при этом окажется, что крупной предлежащей части нет, то искать ножку и низводить ее. В данном случае был произведен разрыв пузыря, при чем во входе вставилось левое плечо, в этот же момент был произведен поворот, затем извлечен живой младенец весом 2800.

23. Стянуть побольше петлю пуповины книзу и освободить ножку от нее, затем немедленно делать извлечение. В данном случае по освобождении пуповины сведена другая ножка и извлечен живой ребенок весом 2050, который, впрочем, скоро умер.

24. Нужно постараться сделать наружный поворот на ягодицы, во время производства поворота лучше положить роженицу на левый бок. В данном случае был произведен наружный поворот на ягодицы и тотчас-же разорван пузырь. Через 1 ч. 30 м. родился живой ребенок весом 2100.

25. Применить сначала легкий акушерский наркоз в надежде, не раскроется-ли побольше матка. Как только окажется, что рука проходима в матку легко, без всякого насилия, то вспрыгнув под кожу morph. pur. 0,015 и вполне захлороформировав больную, произвести поворот. В данном случае было произведено искусственное расширение зева пальцами, произведен поворот, извлечен живой ребенок весом 3000. Родильница выписалась через 7 дней здоровой.

26. Постараться провести хотя бы два пальца (но без насилия!), захватить и низвести ножку. Но так как ребенок в данном случае недоношенный и надежды на его жизнь вследствие выпадения пуповины при малом открытии вообще мало, то при всех манипуляциях нужно делать так, чтобы не было разрыва шейки, так что если удастся поворот, то с извлечением подождать, а если его и делать, то медленно и осторожно, следя, насколько легко раскрывается шейка частями плода, нет-ли натяжения ее краев. В данном случае был произведен поворот, тотчас-же было приступлено к извлечению, родился мертвый ребенок весом 2800. Родильница осталась здоровой.

27. Есть основания приступить к внебрюшинному Кесарскому сечению, тем более, что здесь роды приближаются к срочным (на X лун. месяце), в предыдущем случае оснований этих гораздо меньше, потому что ребенок—на IX л. месяце. В данном случае было приступлено к декапитации, но она не удалась, хотели приступить к эвентерации, но неожиданно удался легко поворот. Мертвый ребенок весил 3000, родильница осталась здорова.

28. Декапитацию. В данном случае произведена была декапитация, получился мацерированный ребенок весом 2200, у родильницы был perimetritis, но через 10 дней она поправилась.

29. Мейтрейризм. В данном случае был введен метрейринтер, который вскоре был вытолкнут схватками. Сделан затем поворот, получился мертвый ребенок весом 3100.

30. В данном случае легко убедиться, живой ребенок, или мертвый, так как предлежит живот: стоит неглубоко провести руку, чтобы прощупать пуповину. Если пуповина действительно не бьется, то нужно приступить к эвентерации, что и было в данном случае исполнено.

31. Постараться под глубоким наркозом сделать поворот. Если же поворот не будет удаваться—эвентерации. В данном случае был сделан поворот.

32. Если бы таз был нормален, то преимущества были бы на стороне наружного поворота. Но таз плоский, внутренний поворот будет иметь двойное значение: и как средство для исправления неправильно-го положения, и как „профилактическое“ мероприятие, применяемое при плоских тазах. В данном случае с полным правом был произведен внутренний поворот. Получился живой ребенок весом 3450.

### Неправильность членорасположения плода.

Правильное положение плода внутри матки, как известно, такое: ребенок сильно согнут по своей передней поверхности, подбородок у груди, руки согнуты и скрещены на груди, ноги согнуты так, что бедра у живота, голени у бедер; большее количество вод скопляется в углублении согнутого по передней поверхности плода, здесь же находятся и петли пуповины.

Если при предлежании головки ручка разгибается в локте и в плече, следовательно, опускается к отверстию матки, получается неправильное членорасположение, ведущее часто к выпадению ручки (ниже головки или рядом с ней). Выпадение ручки при ягодичном положении не имеет акушерского интереса. Нижние конечности, одна или обе могут быть также разогнуты в тазобедренном суставе, тогда получается опущение и предлежание ножки, так называемое ногоположение, о котором говорится в главе о ягодичных родах.

К неправильному членорасположению относится предлежание и выпадение пуповины, что составляет особую главу.

Значит приходится говорить только о выпадении ручки и, пожалуй, о выпадении ножки рядом с головкой.

#### Выпадение ручки.

Ручка может разогнуться не вполне и больше в локте, тогда она и опустится не вполне, а обхватит только шею, при чем выступает острием локоть. Тогда по рождении головки выступающий локоть может произвести разрыв промежности. Чтобы избежать этого, нужно при рождении головки взять ручку, осторожно разогнуть в локте и вывести через промежность отдельно.

При выпадении ручки прощупываются рядом с предлежащей головкой или только пальцы рук, или вся рука. Может случиться выпадение двух ручек, выпадение ручки и ножки, выпадение двух ручек и ножки и наконец случается выпадение всех четырех конечностей. Нам не раз случалось иметь дело с последней комбинацией при живом ребенке.

Разные авторы показывают разный процент выпадения ручки: Pernice (на 2891 родов) 1,6%, Chiari, Braun, Späth (9639 родов) 0,13%, Kuhn (27193 родов) 4%, Kaser (9012 родов) 0,66%.

*Этиология.* Частое совпадение выпадения пуповины и ручки, замеченное при обработке нашего материала, говорит за то, что



существуют особые условия, благоприятствующие выпадению мелких частей: эти условия должны заключаться прежде всего в том, что нижний сегмент матки неплотно охватывает предлежащую часть или в том, что стенки матки вялы, просторны по отношению к предлежащей части или в том, что предлежащая часть мала и ей слишком просторно в нижнем сегменте матки. Что первая причина играет роль, видно уже из того, что многородящие в случаях выпадения ручки сильно, преобладают (84:11 Kuhn, 70:13 v. Franquè, 56:4, у Kaser и у Kietz'a только многородящие) в числе перед первородящими. Вторая причина, т. е., когда предлежащая часть мала, играет роль при родах двойнями, при преждевременных родах, особенно мертвыми мацерированными плодами. Далее выпадение ручки, говорят, происходит чаще при многоводии, при быстром отхождении вод, при плоском тазе. Когда ручка выпала впереди от головки, она встречается тогда с лонными костями и может быть зажата между головкой и костями таза, в этом случае может возникнуть некоторое затруднение при вступлении головки в полость таза. Чаще же ручка прощупывается с той или другой стороны головки, тогда для ручки всегда найдется место в углублении с боку от мыса или в незанятой головкой боковой части тазового входа, и никакого затруднения ко вступлению головки в таз не происходит. Но в полости таза ручка может затруднить 3-й момент родов, т. е. при внутреннем повороте головки она может мешать приближению затылка к лонному сочленению, происходит замедление или даже остановка родов. Чаще же всего и здесь затруднений никаких не бывает. Для ребенка эта неправильность сама по себе не опасна, если нет сопутствующих осложнений, напр. выпадения пуповины, преждевременных родов и пр. Большая смертность детей при этой неправильности обуславливается главным образом этими сопутствующими осложнениями. По Kaser'у смертность детей при выпадении конечностей 18—19%, по Kuhn'у 17%. При выпадении только верхних конечностей Kuhn представляет 12% детской смертности.

*Распознавание* возможно и при целом пузыре, когда он не напряжен, когда оболочки податливы; после прохождения вод ощупать конечность рядом с головкой или ягодицами, конечно, еще легче. Ручка отличается от ножки длиной и подвижностью пальцев и тем, что большой палец противопоставляется остальным. Пятка узнается потому, что выше пяточной кости прощупываются ладыжки; локтевой отросток острее. В случае сомнения следует ввести не один палец, а 2-4 и тогда удастся вполне ясно ощупать, какая конечность выпала; если же не ясно еще и то, какая крупная часть предлежит, что может случиться при выпадении ножки или получится сомнение, нет ли поперечного положения, то можно ввести всю кисть руки, тогда ясно и несомненно определяется положение плода. При выпадении ножки рядом с головкой нужно постараться выяснить вопрос, нет ли двойни.

*Терапия.* Если распознавание предлежащей ручки рядом с головкой произведено до излития вод, то делать в сущности нечего: после излития вод ручка может отойти вверх, так как при хороших схватках головка быстрее опускается, чем ручка. После излития вод, когда головка еще высоко во входе или над входом, лучше всего под наркозом постараться вправить, будь это ручка или ножка. При осложнениях другого рода, напр. выпадение пуповины, при сужении таза, приходится поступать по показаниям, диктуемым этими осложнениями. Иногда случается, что ручка или ножка выпали так низко, а

головка стоит так высоко, что оказывается ближе ведущим к цели поворот. Если поворот не удастся, то можно уже после попыток сделать поворот, постараться сделать вправление выпавших конечностей. Если головка в полости таза, то иногда хорошо бывает воздержаться от

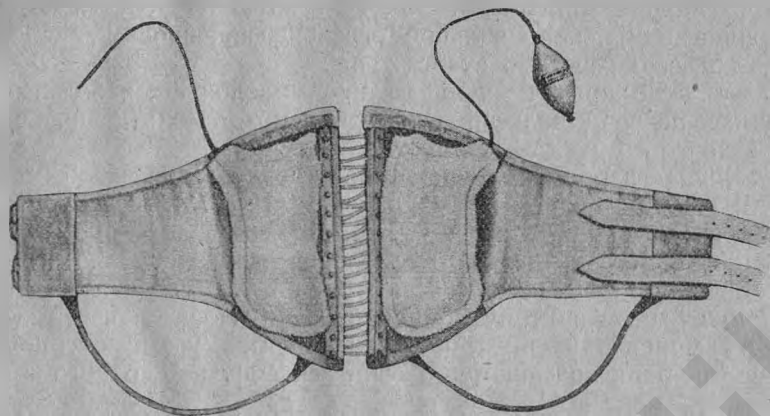


Рис. 6. Бандаж Пинара, для исправления поперечного положения плода.

каких либо воздействий и предоставить роды своему течению, в случае же остановки родов, связанной с опасностью для ребенка или для матери, наложить щипцы на головку, оберегая выпавшую конечность, чтобы не захватить ее ложками щипцов. При подобных же обстоятельствах, т. е., если головка в полости таза, открытие полное и протискивается рядом с головкой ножка, то при остановке родов прекрасным средством также является применение щипцов.

**Препятствия во время родов, зависящие от неправильного или чрезмерного развития плода и уродства плода вообще.**

#### **Гидроцефалия. Hydrocephalia.**

Из неправильностей со стороны плода, препятствующих родам, самым частым и наиболее серьезным является водянка головки, так называемая гидроцефалия.

Гидроцефалия есть ненормально большое скопление серозной жидкости в желудочках мозга или в субарахноидальном пространстве. Количество жидкости может быть 1—2—3 литра и больше. Получается особый вид гидроцефалика: лицевые кости не увеличены, черты лица мелки, начиная же со лба весь череп громаден, бывает с арбуз величиной и больше. Обыкновенно бывает так, что черепные кости не увеличены, а растянуты *dura mater* и *galea aroneurotica*, так что между костями получаются широкие промежутки пальца в 2—3 шириной; (швы и роднички, как говорят, расширены).

Вследствие расширения мозговых желудочков вещество мозга становится тоньше, оно атрофируется, извилины мозга еле различимы. При высоких степенях развития болезни мозг оказывается в столь атрофированном виде, что хорошо различимы бывают только мозго-

вые массы основания мозга. Кости черепа тонки, уступают давлению пальцем; иногда дают впечатление при ощупывании листа пергаментной бумаги. Но в виде исключения бывают такие гидроцефалики, черепные кости которых толсты, плотны, и швы между ними узки.

При гидроцефалии бывают и еще другие уродства у того же плода: *spina bifida*, неправильное развитие конечностей, *heilognato—palato—schisis*, *degeneratio cystica renis*.

v. Winckel замечал гидроцефалию у плодов 3-х и более месяцев, полученных после выкидыша. Следовательно болезнь начинает развиваться задолго до родов.

*Частота* гидроцефалии по M-me Lachapell на 43555 родов—15 (1:1875), v. Winckel на 15000 родов 8 (1:1875), Sickel на 65,581 родов 11 (1:5962).

В нашем материале на 131,523 родов за 28 лет было 45 случаев *hydrocephaliae* (1:2922).

*Причина* этой внутриутробной болезни плода неизвестна. Замечают совпадение с внутриутробным рахитом. Указывает на большое значение в происхождении болезни сифилиса у одного из родителей.

*Течение родов.* Несмотря на то, что вступление головки гидроцефалика во вход таза сильно затруднено, положение гидроцефалика обыкновенно бывает продольное, но необыкновенно велик процент ягодичных предлежаний: общий процент у авторов—29, в нашем материале процент ягодичных предлежаний еще больше (=35). Об'ясняют это явление тем, что удельный вес головки гидроцефалика уменьшен, и головка не так склонна в силу тяжести опускаться вниз.

Степень препятствия при родах определяется степенью развития гидроцефалии. Если жидкости не очень много, если черепные покровы не очень напряжены, не очень растянуты скопившеюся внутри черепа жидкостью, то такая мягкая податливая головка под давлением схваток вступает в таз, и могут даже произойти самопроизвольные роды, особенно в том случае, если черепные покровы под влиянием внутриматочного давления лопнут и жидкость выльется. Но это все редкость. Обыкновенно гидроцефалия представляет абсолютное препятствие: головка стоит над входом упорно, несмотря ни на какие схватки; дело может дойти до разрыва матки. Из 73 случаев гидроцефалии в 14 были разрывы матки; из 7 случаев Swayne было 3 случая разрыва.

Разрыв матки производится в тех печальных случаях, когда акушер не подозревает гидроцефалию и хочет щипцами помочь роженице: щипцы с водяночной головкой соскальзывают, нижний сегмент матки растянут большой головкой, стенки его истончены (Рис. 7) и при соскальзывании щипцов разрываются. После долгого стояния головки на одном месте бывали также пузырно-влагалищные фистулы.

При ягодичных родах дело идет вначале без задержки, но при выходе головки, происходит остановка, лишь редко оканчивающаяся самопроизвольным выходением головки.

*Распознавание.* Матка представляется вообще необычно большой и напряженной. Над входом прощупывается несомненно головка, которая очень велика; но определение величины головки не всегда дает точные результаты; слишком полагаться на него нельзя; но все-же на основании впечатления слишком большой головки должна зародиться мысль о гидроцефалии. Если теперь при выслушивании

окажется, что место сердцебиения плода слишком высоко—на уровне пупка и выше, то диагностика гидроцефалии может быть поставлена почти наверное, так как на этом уровне сердцебиение плода может быть при предлежании головки лишь ненормально увеличенной, которая занимает большую часть пространства ниже пупка и отодвигает поэтому туловище очень высоко, что бывает только при гидроцефалии. (Рис. 7).

Теперь остается подтвердить диагностику внутренним исследованием. При внутреннем исследовании прощупываются головные кости слишком мягкими, уступчивыми при давлении пальцем, а между костями палец ощупывает огромные роднички и широчайшие швы.

Во время схваток водяночная головка, если она не очень растянута скопившейся в ней жидкостью, начинает выпячиваться во влагалище, как полный пузырь; можно даже ошибочно принять водяночную головку за неразорвавшийся пузырь.

Если ощупывание одним пальцем дает неясное представление о том, с чем мы имеем дело, то нужно ввести три, четыре пальца и даже всю руку, что дает возможность установить распознавание гидроцефалии с ясностью.

Мы говорили о том, что гидроцефалия представляет тяжелое препятствие для родов и ведет к крайнему затягиванию родов или к полной остановке их, несмотря на это пособие при гидроцефалии весьма просто, легко исполнимо: оно состоит лишь в пункции головки троакаром. После истечения жидкости из головки препятствие устраняется, роды принимают нормальное течение и рождается ребенок. Следовательно, все дело весь секрет успеха заключается в своевременном распознавании.

Раннее распознавание гидроцефалии имеет тем большее значение для матери, что с жизнью ребенка не считаются, так как он все равно не жилец на этом свете: поэтому как только распознавание произведено наверное, так без колебания приступают к пункции или перфорации головки даже при хорошем сердцебиении.

Если распознавание произведено тогда, когда роды еще не затянулись, то роженице ничего не угрожает. Если же распознавание произведено, например через 2—3—4 дня после начала родов то предсказание должно быть хуже. Самое же плохое происходит тогда, когда гидроцефалия остается не распознанной до рождения ребенка.

И так интересы роженицы требуют, чтобы распознавание гидроцефалии было произведено как можно раньше. Этот логический вывод подтверждается на опыте, к сожалению, слишком хорошо.

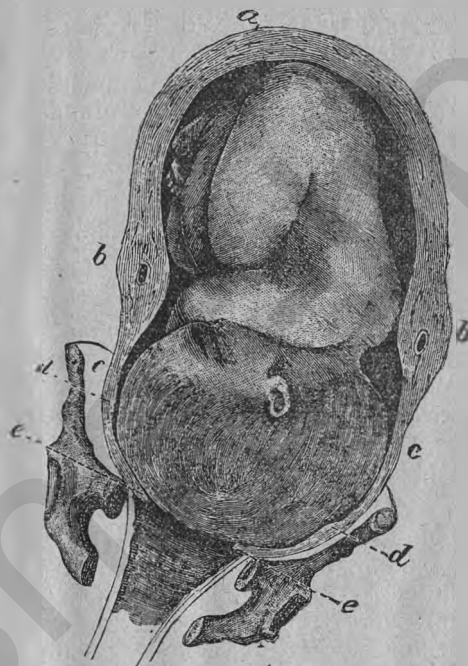


Рис. 7. Предлежание головки с водяной: а) дно матки, сс) нижний отдел матки, растянутый головкой, е) наружный зев.

При изучении нашего материала (см. статью: «Особенности родов при уродливостях плода» в трудах IV съезда рос. акушеров и гинек. в Ленинграде) получились следующие результаты: средняя продолжительность родов при головных предлежаниях— $27\frac{3}{4}$  часа; роды, следовательно, большею частью затягиваются; бывала продолжительность родов 4 суток; это показывает, что требуемого пособия, т.-е. пункции, или не было совсем произведено или было произведено с опозданием, которое обрекало роженицу на бесполезные страдания и на опасность. Далее из 28 наших случаев гидроцефалии при головном предлежании лишь в 7 случаях было оказано рациональное пособие, состоящее в перфорации или пункции, это указывает, что распознавание во многих случаях не было произведено во время; что это так, доказывает еще тот факт, что из этих 28 случаев в 8 были наложены щипцы, что уже явно указывает, что в этих случаях никакой мысли о гидроцефалии не было, так как принято всеми, что щипцы при гидроцефалии являются самой не рациональной и вредной операцией. Наш материал также прекрасно подтверждает последнее положение: из 8 случаев операции щипцов при гидроцефалии 3 окончились смертью, 2—тяжелыми послеродовыми заболеваниями, остальные отделались разрывами мягких частей матери.

Во всех случаях родов нашего материала, которые окончились смертью матери, не было поставлено распознавания гидроцефалии до рождения ребенка.

*Предсказание для матери* определяется прежде всего тем, когда распознана гидроцефалия.

Статистика v. Winckel на 66 случаев гидроцефалии показывает 10 смертных исходов матерей, статистика Hohl—на 77—21 смертный случай, Schuchard на 73—13 смертных случая. В нашем материале в 6 случаях дело окончилось смертью матери, во всех этих случаях было головное предлежание и во всех случаях не было произведено распознавания гидроцефалии во время родов.

*Предсказание для детей.* По статистике Weber'a на 60 случаев гидроцефалии получился 41 мертвый ребенок, 6 из оставшихся в живых жили по несколько месяцев. Из наших 45 случаев живыми родилось 11, все умерли через несколько часов после рождения, только один жил 5 суток. В редких случаях гидроцефалики остаются жить несколько лет, но они бывают или паралитиками, или идиотами. Только в статистике Chossinat (1859 г.) один ребенок значится здоровевшим. По этому-то даже представители французской школы, принципиально стремящиеся во всех случаях во чтобы то ни стало сберечь жизнь ребенка, высказываются в том смысле, что с жизнью ребенка при гидроцефалии считаться не нужно. Ко всему сказанному не лишне будет прибавить, что после выпуска жидкости посредством троакара ребенок иногда может остаться живым, об этом свидетельствуют: Schroöder, Olshausen, v. Winckel, Spiegelberg.

*Терапия.* Если диагноз поставлен, то лечение состоит только в пункции или в перфорации. Пункция имеет то преимущество, что троакар обеспечивает полное вытекание жидкости из всех уголков черепной коробки, потом пункция представляет из себя маленькую, элегантную операцию, совсем не тревожащую мягких частей матери, эффект же от этого легкого воздействия получается часто поразительный: до пункции роды были продолжительные, мучительные, после пункции через 5—10 минут женщина легко сама родит со вздохом облегчения.

Если роды нужно скорее оканчивать и кости головки тверды, то делают перфорацию. При предлежании ягодиц по рождению туловища задержавшуюся головку перфорируют или через большое затылочное отверстие или через боковой родничок. Если при перфорации в указанные места цель не достигается, то в крайнем случае перфорируют через твердое небо основание черепа, после чего череп спадается и головка выходит.

Van Huevel в таких случаях советует разрезать позвоночный столб, вставлять в позвоночный канал эластический катетер с мандринном, проводить его в полость черепа и через катетер выпускать жидкость. Впрочем, жидкость может вытечь и без катетера.

#### **Мозговая грыжа. Encephalocoele congenitum.**

Это уродство состоит в том, что существует недоразвитие костей черепа и через костное отверстие выходит грыжевой мешок, часто не покрытый кожей. В мешке может содержаться или одна жидкость или вместе с мозговой субстанцией.

При крике ребенка опухоль увеличивается, напрягается. Такая грыжа поддается на вправление рукой, и до некоторой степени уходит в череп. Иногда бывает, что отверстие мало, облитерировано, тогда получается опухоль на более или менее толстой ножке. Место мозговых грыж—по средней линии лба и затылочная часть головки. Мозговые грыжи редко оказывают препятствие для родов.

#### **Ascites. Брюшная водянка.**

Громадное увеличение живота плода вследствие скопления жидкости в брюшной полости обуславливает абсолютное препятствие при родах. Это редкая ненормальность. Часто асцит встречается с многоводием. Также часто встречаются совместно с асцитом в организме плода патологические изменения почек, печени, селезенки, застой в воротной вене, хронический перитонит, гидронефроз. В развитии этого заболевания плода не без основания подозревают влияние сифилиса родителей.

Во время родов по выходе головки при головном предлежании или ягодиц при предлежании тазовым концом дальнейшее рождение плода останавливается, не смотря ни на какие усилия помогающих лиц. Благополучный исход для матери и здесь зависит от своевременного распознавания. Вместо того, чтобы делать неумеренные тракции, нужно узнать, в чем заключается препятствие, для этого нужно ввести всю руку и при основательном лишь ощупывании всей рукой можно разобраться, в чем заключается препятствие. Тогда стоит только сделать пункцию и выпустить жидкость, как тотчас роды оканчиваются. У мацерированных плодов можно сделать прободение брюшной стенки и пальцем.

*Громадное растяжение мочевого пузыря* может увеличить в несколько раз объем плода. Эта ненормальность бывает следствием агрезии или полного отсутствия мочеиспускательного канала. Иногда же мочеиспускательный канал оказывается проходимым. Совместно с растяжением мочевого пузыря встречаются и другие пороки развития: атрезия ani, у девочек—недостатки развития Миллеровых ходов. Часто вместе с пузырем расширены и мочеточники, или существует дефект мочеточника. Иногда встречали растяжение мочеиспускательного канала вместе с асцитом.

Лечение—прокол.



### **Degeneratio cystica renum. Кистозное перерождение почек.**

Кистозное перерождение почек ведет к громадному их увеличению. Заболевают обе почки: вес их может быть более 2 килограммов. Паренхима почек признана кистовидными полостями величиной от горошины до лесного ореха, наполненными жидкостью; вся масса такой почки одета капсулой. Работы Osiander, Haering, Virchow'a и др. показывают, что дело идет здесь о растяжении мочой почечных канальцев. Virchow, Talamon, v. Winckel находили воспалительные процессы в почечных канальцах, склерозирующий внутриутробный нефрит.

Theilhaber в своем случае не нашел никаких следов воспаления; он нашел новообразование с недоразвитием почечной ткани. Ranvier и Lejars определяют это заболевание как *epithelioma mucoides*.

При этой ненормальности бывает нередко и многоводие, так что на 7—8 месяце беременности матка бывает такая огромная, что достигает до мечевидного отростка. До срочных родов дело обычно не доходит, наступают преждевременные роды 7—8 месяцев. Замечательно, что часто бывают предлежания ягодиц при этой аномалии; по Hohl, v. Winckel, Magenau предлежание ягодиц бывает в 10 раз чаще, чем в норме; это объясняется тем, что при таких тяжелых почках центр тяжести тела плода перемещается в нижнюю половину туловища. Этот факт дает до некоторой степени объяснение существованию такой большой частоты головных положений в норме: значит, в происхождении головных положений играет роль центр тяжести тела плода.

В акушерской терапии и этого страдания пункция играет большую роль.

*Опухоли плода, препятствующие родам* бывают, кажется, исключительно на крестцовой области плода и на спине (*Spina bifida*).

На крестце и на копчике бывают опухоли не мешчатые, солидные разной величины. Сущность и происхождение их не ясны. Они представляют из себя (по Duplay), то саркомы, то цистосаркомы, то фибромы, липомы и пр.

На крестце еще бывают опухоли—тератомы. Одна из них есть в нашем материале; эта опухоль величиной с арбуз, покрыта кожей, была наполнена жидкостью.

*Spina bifida* получается при недоразвитии позвонков, вследствие которого существует отверстие в позвоночнике, сообщающее позвоночный канал с внешним миром. Через это отверстие выпячиваются на спинке ребенка спинномозговые оболочки; в выпячивающемся мешке скапливается жидкость, поверхность его не покрыта кожей. Обычно это выпячивание не представляет большой опухоли. Но описывают случаи, когда опухоль при *spina bifida* была столь велика, что служила препятствием для родов.

### **Chondrodystrophia foetalis. Rhaehitis foetalis.**

Это редкое заболевание плода так изменяет все его тело, что во время родов создаются ужасные, ничем не преодолимые препятствия, разве только уступающие самым героическим мероприятиям: кефалотрипсии, множественным делением плода на части, да и эти меры изменяются с громадными техническими затруднениями. Плоды, пораженные этой болезнью, отличаются необыкновенной толщиной туловища, очень большой неподатливой головой и короткими конечностями, Н. Müller нашел, что сущность заболевания заключается в неправиль-

ности образования хряща: недостаток развития хряща со стороны концов костей и слишком сильное развитие хряща со стороны надкостницы (Klebs). Одновременно с этим замечается почему то громадное развитие подкожной соединительной ткани и подкожно жирового слоя, соединенное часто с общей аназаркой. При этом иногда замечается сращение (Synostosis) черепных костей. В одном случае врожденного рахита из нашего материала, осложненного общей аназаркой и асцитом, препятствия при родоразрешении были почти не преодолимы: не помогли ни сильные тракции щипцов, ни перфорация головки, ни эмбриотомия и выпускание жидкости, дело едва окончилось при помощи кефалотриба и тупого крючка.

#### Ненормальная величина плода.

Женщины сами знают, что чем больше ребенок, тем труднее его рожать. Бывают дети более 5000 гр. веса. А. Martin сообщил случай рождения ребенка 7470 гр. весом, это около 19 фунтов.

Больших детей рожают обыкновенно многородые, но бывает что и первородящие дарят великанов. Наследственность играет здесь бесспорно свою роль. Но бывает и так, что женщина сама небольшого роста и муж у нея некрупный и рожала несколько детей, не отличающихся величиной, потом вдруг родит ребенка необыкновенно большого, причиняющего и трудные роды и необходимость оперативных пособий. Говорят, что в подобных случаях женщины перенашивают. V. Winkel нашел, что дети весом более 4000 в 15% вынашиваются 302 дня. Кроме того на величину ребенка влияет и образ жизни матери. Мы наблюдали среди московского купечества не один случай рождения слишком большого ребенка от матерей, которые во время беременности вели слишком покойную жизнь, много кушали, не ходили гулять, а лишь катались и то иногда.

Конечно, крупная женщина, имеющая большой таз, рождает и больших детей легко. Но женщина, обладающая нормальным или, что того хуже, суженным тазом, платится за рождение большого ребенка большими страданиями и опасностью, потому что большая головка или слишком большие плечи, иногда же и то и другое вместе, не проходят через родовые пути.

Мальчики доставляют больше затруднений, чем девочки, так как головки мальчиков плотнее и больше. Pinard нашел, что при одном и том же весе головка мальчика всегда больше головки девочки. К тому же результату пришли Clarke и Veit. Последний, кроме того, показал, что во время родов умирает больше мальчиков, если сравнивать смертность мальчиков и девочек одного и того же веса.

Течение родов—такое же, как при общесуженных тазах, потому что нормальный таз при большом ребенке является как-бы общесуженным. Это—для рождения головки. Но беда в том, что при больших детях застревает не только головка, но и плечики. Мало того, бывает такое строение тела ребенка, что головка еще не очень велика, а плечи богатырские. По этому препятствие является только в плечиках. Нам приходилось наблюдать, что головка стояла в полости таза часа 4 после полного открытия, не двигаясь вперед, несмотря ни на какие схватки и потуги, так что приходилось применять щипцы и вот во время операции приходилось замечать, что головка не очень велика, не тесно вколочена в таз, стягиванию же головки щипцами мешают плечики, застревавшие во входе таза; эти вколотившиеся плечики мешали и головке прорезываться (enclavement des epaules).

Когда при застрявших во входе плечиках головка так или иначе родится, то она является сильно прижатой к наружным половым органам матери и промежности; попытки подвинуть туда или сюда головку не удаются, головка вместо своих физиологических наружных движений оказывается неподвижно и плотно сидящим телом: плечики, застрявшие во входе или в полости таза, не пускают ее ни туда ни сюда.

*Диагноз.* Определить слишком большую величину плода до некоторой степени удается как во времени беременности, так и во время родов. Признаки: живот велик, матка велика; исключены двойни, многоводие. При наружном исследовании во входе или над входом таза прощупывается большая голова, в дне матки прощупываются крупные ягодицы. При внутреннем исследовании не всегда можно судит, разве только когда удается прощупать затылочную кость: у большого ребенка она представляется широкой.

*Терапия* при рождении головки та же, что при узких тазах.

Когда же застряли плечики, то нужно попросить когонибудь из помощников полавить посильнее со стороны брюшных стенок, а самому ввести палец до подмышечных впадин и постараться повернуть плечики так, чтобы они встали в поперечном размере входа, если они еще во входе или в продольном размере полости таза. Чтобы затем помочь им выйти, можно завести палец в подмышечную впадину и крючкообразно согнутым пальцем вытягивать их наружу; опыт показывает, что скольконибудь значительной силы развить нельзя, применяя согнутый палец; он разгибается. Можно еще низвести ручку и за нее тянуть, даже—обе ручки; тогда получается возможность приложить значительную силу. Во время этих стараний ребенок уже впадает в тяжелую асфиксию или умирает, поэтому приходится употреблять крайние меры. В последнее время стали рекомендовать клейдотомию, состоящую в том, что ножницами перерезают одну ключицу, в крайности обе, после чего объем плечиков спадается. Получали даже живых детей после клейдотомии. Но при очень большом ребенке и узком тазе после клейдотомии приходится делать, по свидетельству Ettingshaus'a, эвентерацию, начиная с грудной полости.

#### Уродства плода вообще.

Уродливости плода многообразны. Причудливая изобретательность природы кажется бесконечной. При рассматривании музея уродств приходит в голову, что должна быть какая-то законность и в этом уклонении от нормы, что все уродливости должны войти в какую-то схему. Однако искания в этом отношении заводят в такие дебри эмбриологии, что мы этого вопроса касаться не будем. Поэтому мы ограничимся тем, что приведем классификацию уродливостей, чтобы в случае рождения уродливого плода можно было найти его название и определить, к какому виду уродств он принадлежит. Удобопонятная, полная, предусматривающая почти все случаи уродств, классификация разработана главным образом французскими учеными. Мы приведем классификацию Geoffroy-Saint-Hilaire, которая помещена в руководстве по акушерству Ribemont;-Dessaignes et Lepage.

Все уродства прежде всего делятся на 4 класса.

*Класс I. Hemiterii—полууродства*, легкие уродства.

*Класс II. Heterotaxts*, другое расположение внутренностей.

*Класс III. Hermaphrodismus.*

*Класс IV. Уродства* в тесном смысле слова.

### Класс I. Hemiterii.

*Аномалии роста*—карлики, гиганты.

*Аномалии объема*—недоразвитость каких нибудь членов, органов, сильное развитие какой нибудь части тела, напр., головы, груди.

*Аномалии формы*—напр., неправильная форма головы, неправильная форма каких нибудь других органов.

*Аномалии цвета*—Альбинизм, меланизм.

*Смещение внутренних органов*.—Грыжи внутренностей живота, мозговые грыжи, яичников, крипторхизм.

*Смещение невнутренних органов*.—Например, смещение стопы, ненормальное положение сосудов.

*Ненормальные отверстия* в сердце, в кишках, в вагине.

*Отсутствие отверстий* зрачка, рта, прямой кишки, пищевода, вульвы, уретры.

*Аномалии вследствие несращения*. Заячья губа, hypospadias, epispadias, spina bifida, fissura sternalis, незакрытие Боталлова протока.

*Аномалии уменьшения числа*. Недостающее число позвонков, ребер, пальцев, одно легкое, одна почка, отсутствие матки, вагины, пузыря.

*Аномалии в сторону увеличения числа* позвонков, ребер, зубов, пальцев, сосков, двойная матка.

### Класс II. Heterotaxis.

Перемещение внутренностей справа налево, при чем отношение внутренностей друг к другу остается правильным.

### Класс III. Hermaphroditismus.

Истинного гермафродизма, состоящего в том, что у одного и того же лица есть с двух сторон и яички и яичники, не наблюдается.

Наблюдается ложный гермафродизм, происходящий или от недоразвития половых органов (напр. мужских) или от чрезмерного их развития (напр. женских).

Pozzi делит гермафродитов на две категории—гинандроидов, т. е. женщин, похожих на мужчин и андрогиноидов, мужчин похожих на женщин.

*Гинандроиды* это женщины, у которых не доразвита матка и яичники, общий мужской вид: груди как у мужчины, мужской голос, растительность на лице; можно также наблюдать недоразвитие наружных половых органов, отсутствие отверстия вульвы и вагины. Если при этом еще есть гипертрофия клитора и спаяние малых и больших губ, то получается еще более подобие мужчины; а если к тому же есть паховая грыжа, то получается вид мошонки.

*Андрогиноиды*. Яички не спустились, остались в брюшной полости или в паховом канале, следовательно, нормальной мошонки нет. Малый недоразвитой член. Женские большие груди. Все это дает мужчине женский вид. Если же к этому присоединится гипоспадия, т. е. несращение по средней линии мошонки и члена, на месте несращения щелевидное углубление дает впечатление отверстия вульвы, то вид женщины готов. Такие индивидуумы даже выходили замуж, но все же имели склонность к женщинам и имели с ними более или менее неполное сношение.

#### Класс IV. Уродства в тесном смысле слова.

Уродства бывают единичные, составленные из одного организма и сложные, в которых находятся элементы нескольких организмов.

##### Единичные уродства.

*Паразиты* Это—продукты содержащиеся в кистах (дермоидных) яичника, опухоли плаценты.

*Омфалозиты*, питающиеся через пуповину, прикрепленную к плаценте другого развитого плода. Это уродство—одно из двойни—может выразиться в бесформенном куске, покрытом кожей; на этом бесформенном туловище можно заметить зачатки головы или конечностей.

*Аутозиты*, питающиеся обычно посредством пуповины. Geoffroy Saint-Hilaire делит их на 4 подвида, судя по тому, касается ли уродство членов, или туловища, или черепа, или лица. Названия им дают так, что первая часть слова обозначает, какой части тела касается уродство, если уродство касается членов, то вторая часть названия есть *mele* член напр. *Hemimelus*, *Amelus*; если—туловища—*Soma* если—черепа *encephalus*, если—лица—*cephalus*.

Так что бывают: *Amelus*. Полное отсутствие конечностей.

*Ectromelus*.—отсутствие одного или нескольких членов.

*Hemimelus*. Половина члена есть, а половины нет, напр. есть плечо, предплечья и кисти нет, или нет голени.

*Phocomelus*. Нет основной части члена, напр. плеча, кисть руки без предплечья или с предплечьем прикреплена прямо к туловищу.

*Symelus*. Слияние обеих нижних конечностей и двойная стопа.

*Uromelus*. Две слившиеся ноги оканчиваются одной стопой, да и то не полной. Получается впечатление рыбьего хвоста.

*Syngomelus*. Слившиеся ноги, стопы нет или слабые намеки на нее. Здесь следовательно есть помимо сиреномелии еще эктрамелия, т.е. отсутствие части конечностей. Сиреномелия сопровождается часто атрофией таза. Уродливости может также коснуться верхних конечностей и головы. Уродства подобная *uromelus* и *syngomelus* изображены в греческой мифологии. Это так называемые сирены.

На описанные неправильности конечностей можно натолкнуться во время родов при подаче тех или иных пособий, например, внутреннего поворота и пригити в замешательство, если о них не знать.

Дальше идут так называемые тератозомы, т.е. уродливости туловища, которые состоят в остановке развития передней брюшной стенки, эвентерации и грыжи внутренностей. К ним принадлежат:

*Aspalasomus*. Эвентерация в нижней части живота. Мочевые, половые органы и кишка открываются тремя разными отверстиями.

*Agenosomus*. Атрофия половых органов.

*Cylosomus*. Боковая эвентерация с атрофией части таза той же стороны.

*Schistosomus*. Передняя брюшная стенка тонка и прозрачна, она может прорваться во время родов и внутренности тогда обнажены. Нижних конечностей нет или есть лишь их рудименты.

*Pleurisomus*. Отсутствие развития грудной стенки, преимущественно с левой стороны. Грыжевое выпячивание плевры. Сердце остается на месте.

*Celosomus*. Тоже самое, но со смещением наружу и сердца.

При недоразвитии передней брюшной стенки и грыжевом выходе брюшных внутренностей наружу пупочного кольца, конечно, нет

и отходящей в норме от пупочного кольца пуповины, так что детское место сидит прямо на пупочной грыже грибом; при этом детское место выходит вместе и одновременно с телом плода, что уже не может считаться правильным и может повести к задержке части детского места в матке.

Уродства, состоящие в неполном развитии черепной коробки и мозга *Theratencephali*, бывают такие, что не доразвита черепная коробка, но мозг есть—*Eхencephalus*, или недоразвиты и черепная коробка и мозг—*Pseudencephalus*, *Hemicephalus*, или недоразвито и то и другое—*Apencephalus* (безголовый). Лицевые части при этом могут быть развиты. Экзенцефалики бывают такие, что позвоночный канал не тронут, цел, к этим экзенцефаликам принадлежат:

*Natencephalus*. Недоразвитие черепной коробки в затылочной части, где черепная коробка открыта, из отверстия выступает грыжевое выпячивание мозга.

*Proencephalus*. Череп открыт в лобной части, мозговая грыжа—спереди.

*Rodencephalus*. В лобно-теменной части небольшое отверстие, через которое вышла часть мозга, образующая шарообразную массу, соединенную с полостью черепа тонкой ножкой.

*Huregencephalus*. Черепного свода мало. Мозг образует массу не на ножке, помещенную над остатками черепа и немного кзади.

Бывает, что не только открыт череп, но и канал позвоночника, так что обнажены спинномозговые оболочки на большом или меньшем протяжении, названия этих уродств такие:

*Iniencephalus*. Грыжевая опухоль распространяется и на спину. Это нотенцефалы, у которых есть в то же время и расщепление позвоночника.

*Eхencephalus*. Черепа почти нет, позвоночник расщеплен. Мозг позади головы на спине. Это гиперенцефалы, у которых недостает и задней стенки позвоночника.

*Pseudencephalus*.—недоразвитие черепа и мозга, вместо которого находится лишь сосудистое возвышение. Частные названия их следующие:

*Nosencephalus*. Череп весь мал, недоразвит и открыт в лобнотемянной части.

*Thlipsencephalus*. Открытие черепа распространяется до затылка, сосудистое возвышение вместо мозга, грибовидно плоско выпячивающееся, дает впечатление как будто-бы мозг придавлен.

*Derencephalus*. Череп открыт совсем, а канал позвоночника открыт только в шейной части.

Отсутствие или недоразвитие черепа есть обстоятельство, не отягощающее само по себе роды, а скорее облегчающее их, так как нет самой крупной и твердой части плода. Но в тех случаях, когда роды почему-нибудь затягиваются, зачастую происходит ошибка в диагностике, а это ведет к тому, что помогающий персонал идет по ложной дорожке, а это всегда вредит больной.

В нашем материале за те же 28 лет, за которые были собраны случаи гидроцефалии, было 47 случаев недоразвития черепа. В одном из этих случаев при гемицефалии был узкий таз и предлежание лицом. Был произведен поворот с большим трудом; здесь, повидимому, уродство было не распознано, иначе с поворотом не настаивали-бы; в этом случае, если бы нужно было быстро окончить роды, можно было бы вместо трудного поворота просто низвести ручки, этому маленькая плоская головка воспрепятствовать не может, и затем произвести извле-

чение за низведенные ручки, которые в данном случае играли-бы ту же роль, что ножки при предлежании тазовым концом. Такой способ в других случаях мы применяли с успехом, при чем головка рядом с ручками проходила весьма легко и никакой роли в механизме родов не играла и играть не могла. Весь секрет успеха и здесь заключается в распознавании, а распознавание может удасться тогда, когда будет произведено внутреннее исследование не одним пальцем, а четырьмя или пятью, т.е. всей рукой. В одном из случаев нашего материала были даже наложены шипцы, очевидно, вследствие ошибки в диагностике.

Уродства могут и не касаться черепа, а ограничиться другими частями головы (Teratocerphali), лицевыми, например. Эти уродства делятся на два подвида: А. циклоцефаликов и В. отоцефаликов.

А. У циклоцефаликов уродство касается верхней части лица: два глаза соединяются на средней линии. Подразделение циклоцефаликов основывается на степени сближения и слияния глаз, названия этих подразделений следующие:

*Ethmocerphalus*. Оба глаза различимы, но очень сближены; носовая часть лица атрофирована и представляется в виде трубки над глазами.

*Sebocerphalus*. Оба глаза еще различимы, но еще более сближены, чем у этмоцефалов, на носовой части ничего нет. Уродство напоминает вид обезьяны.

Когда бывает один глаз, то получают:

*Rhinocerphalus*. Носовая часть атрофирована, имеет форму трубы.

*Suscocerphalus*. Носовая часть атрофирована совсем, нет и трубы. Отверстия рта может не быть.

Про циклопов говорится в Одисее Гомера.

В. У отоцефалов уши более или менее сближены между собой под головой вследствие атрофии нижней части лица. Недоразвитие распространяется более или менее и на верхнюю часть лица.

*Sphenocerphalus*. Два глаза отделены, рот и нижняя челюсть различимы. Уши сближены или соединены под головой.

*Otocerphalus*. Рот различим, над глазами нет носовой трубки.

*Edocerphalus*. Рта нет. Носовая трубка похожа на мужской член.

*Oroserphalus*. Рта нет, рудимента носа нет. Глазные части одни видны на лице.

*Triocerphalus*. Ни глазной, ни носовой, ни ротовой части лица нет. Голова представляет из себя лишь небольшое шарообразное возвышение над шейной частью. Различимы два ушных углубления.

#### Двойные уродства.

Уродства могут произойти от слияния двух, трех и более организмов. Входят в классификацию только двойные.

*Geoffroy Saint-Hilaire* делит двойные уродства на две большие группы: Аутозитоиды и паразитоиды.

Аутозитоиды образуются от слияния двух организмов приблизительно на равных степенях развития, при чем меньший, неполноразвитой питается на счет большого.

### Аутозитонды.

Разделяются тройким образом.

Во первых, два организма одинаково развитых соединены какою-нибудь частью тела, это тератопаги.

Во вторых, два организма раз'единены в нижних частях тела и слиты на большем или меньшем протяжении, начиная от головы и до пупка. Тератодельфы.

В третьих, головные части раз'единены. Слияние касается нижней части туловища на более или менее значительном протяжении, начиная снизу вверх. Это—тератодимы.

Тератопаги разделены на 2 группы, судя по расположению пупка. Евзомфалии с двумя пуповинами.

*Rugoragus*. Соединены на уровне ягодиц.

К пигопагам нужно отнести богемских сестер Розу и Иозефу. Роды этих близнецов произошли таким образом, что с начала показалась голова Розы, потом 2 пары ног, и наконец туловище и голова Иозефы. Первый месяц их питали из бутылочки, потом их кормила мать в течение двух лет, потому что врач сказал, что при другом питании они могут умереть. В возрасте одного года они начали ходить, двух лет говорить. Они лазили по деревьям. 12-ти лет Роза была больна, по их словам, дифтерией. Иозефа осталась здорова, но в этом же году сильно испугалась собаки и в течении 13 недель страдала хореей. Менструировать начали обе сестры 13 лет и 11 месяцев, правильно, одновременно через 4 недели. При наступлении месячных они страдали часто болями в пояснице и внизу живота, но эти боли чувствовались не одновременно обоими, а попеременно то Розой, то Иозефой. За 4 года перед тем Роза страдала катарром кишек, который сопровождался отсутствием аппетита, болями и поносом. Так как позыв на испражнение чувствовался обоими сразу, и они имели один общий задний проход и во всяком случае или общую прямую кишку, то понятно, что среди поноса появлявшееся оформленное испражнение исходило из здорового кишечника Иозефы.

Обе чувствуют позыв на испражнение одновременно. Иннервация сфинктера у каждой очевидно отдельная, но в силу привычки всегда происходит вместе, так как акт испражнения общий. На месте соединения обоих средних ног есть зона общей чувствительности на протяжении 3—4 сант. В остальном чувствительность вполне разделена. Частота пульса всегда различна, у Розы чаще, чем у Иозефы. Засыпают не одновременно, также и просыпаются не в одно время; иногда одна должна будить другую, если время вставать. Еда происходит конечно одновременно, но аппетит различен \*).

*Metopagus*. Соединены лбами.

*Serhalopagus*. Соединены так, что лоб одного слился с затылком другого.

Маномфалии—с одной общей пуповиной.

*Ischiopagus*. Соединены нижними окончаниями тазов, расположены по одной плоскости лицами, обращенными в одну сторону.

*Xiphopagus*. Соединены, начиная с нижней части грудины, до пупка.

Ксифопаги помимо своей жизнеспособности еще отличаются тем, что иногда могут быть разделены хирургическим путем. Известно, что Сиамские близнецы Янк и Энк жили 62 года.

\*) Strassman. Handb. d. Geburtsh. v. Winkels 1740.



Врачу Böhm'у удалось проделать операцию разделения ксифопагов над маленькими детьми. Ему пришлось перерезать кожный мост и хрящ соединяющий мечевидные отростки. Раны зажили удовлетворительно. Но один ребенок умер на 4 день, а другой жив, 5-ти лет он был хорошо развит (девочка).

Davidson сообщает случай неудавшегося раз'единения ксифопагов; во время операции был замечен тяж в 10 сант. длины и 3—4 сант. ширины, соединяющий оба печени, операция была прервана. Операция над этими бразилианскими близнецами была произведена уже после 5 летнего возраста. В отношении тела близнецы не зависели друг от друга: в то время как один заболел инфлюенцей с повышением  $t^0$  40,2, другой остался здоров с  $t^0$  36—37. Когда же давали одному салициловый натр или иодистый калий или метиловую синьку, то эти вещества появились в моче у обоих, следовательно, соединение между кровеносными системами было.

В Рио-де-Жанейро такую же операцию произвел Dr. Charreau—Prévost. Один ребенок остался жив, другой умер через 5 часов после операции.

Doуen в 1902 году разделил ксифопагов Додикю и Родикю. Целью операции служило не только разделение, но и еще спасение Родики, так как у Додики образовался туберкулезный перитонит, возникла опасность перехода туберкулеза к сестре. Додика умерла, а Родика осталась жива.

Sternopagus. Соединены на всем протяжении грудины, обращены лицом к лицу.

Jnioris. Слияние такое, что не получилась вполне двойная голова. С одной стороны полное лицо, с другой некоторая часть лица с одним глазом и с двумя ушами, или с одним ухом.

Synotus. На лицевой поверхности только одно ухо по средней линии.

Моноцефалии имеют по виду одну голову, в которой только при анатомическом исследовании можно определить следы раздвоения. Настоящее же раздвоение наступает ниже.

Deгаdelphus. Раздвоение начинается только с шейной части.

Toгаdelphus. Две грудных клетки кажутся слившимися в одну.

Synadelphus. Слияние туловищей на всем протяжении до таза. Следовательно, уродство состоит в том, что имеется 4 ноги.

#### Тератодимы.

Они представляют явление обратное тератодельфам. Головные концы разделены, независимы, слияние—в тазовой части. Бывают:

Сисомы. Туловище общее, две головы, но на общем туловище легко различимо слияние двух туловищ. Ноги две. Частные названия их:

Psodymus. Два тела различаются начиная с поясничной части.

Xурhodymus. Различение двух тел начинается с верхней части груди.

Derodymus. Разделение начинается с шеи. Следовательно, 2 головы, но лишь две руки, два плеча. В 16 столетии (по Jacob Rueff) деродим жил более 30 лет. Ел и пил двумя ртами. Голос и речь звучали из двух ртов одновременно в одном тоне, как будто бы это выходило из одного рта.

*Моносомы*: одно туловище, следы раздвоения можно найти лишь при помощи анатомического исследования. Судя по степени слияния голов частные названия следующие:

*Atlodymus*. Две головы соединенные на уровне первого позвонка. *Atlas* один, но составлен из слияния двух.

*Iniodymus*. Две головы соединены заднебоковыми частями. Два лица, между ними видно одно или два уха.

*Orodymus*. Разделение голов еще меньше. Два лица слились. Два средних глаза соединены в одной орбите.

### Паразитиды.

*Heteroragus*. Придаток, лишенный головы и членов, приращен к передней поверхности развитого тела.

*Heteradelphus*. Придаток представляет из себя туловище без головы и конечностей, присоединенный также к передней поверхности.

*Heberodymus*. Придаток представляет из себя неразвитую голову, держащуюся на рудиментарных шеи и груди.

*Heteralienus*. Паразит состоит из прибавочной головы, которая прикрепляется своим теменем к темени развитого тела.

*Eprignathus*. Прибавочная неразвитая голова присоединена к твердому небу главной головы.

*Hurognathus*. Прибавочная голова присоединена к нижней челюсти главной головы.

*Aygnathus*. Прибавочная голова представляет из себя лишь нижнюю челюсть, присоединенную к челюсти головы. Бывают также уродства с прибавочными членами (*Polymelus*). Частные названия их следующие:

*Rygomelus*. Прибавочная конечность кзади или между нижними конечностями.

*Gastromelus*. Прикрепление к животу.

*Natomelus*. Прикрепление к спине.

*Scephalomelus*. Прикрепление к голове.

*Telomelus*. Прикрепление к самой конечности.

*Endosumienus*. Паразит внутри главного тела под кожей или в полости живота, напр. дермоидная киста яичника.

Роды двойных уродств часто происходят самопроизвольно, так как дети обыкновенно не велики. Установки какихнибудь правил и законов при родах быть не может: так разнообразно они могут происходить в каждом отдельном случае. Если встречается препятствие при родах, то лучше всего поставить правильный диагноз, что достигается введением руки. Оперативная помощь в случае не преодолимого препятствия должна быть направлена на уменьшение объема плодов, так как с их жизнью считаться не приходится. Само собой понятно, что если диагноз поставлен, то все серьезные операции над матерью, как то Кесарское сечение, симфизетомия и пр., исключаются.

При нашем изучении клинического материала, касающегося родов при уродствах плода, ярко выступила необходимость улучшения практики распознавания состояния плода. Мы присоединяемся к мнению Winckel'я и Ahlfeld'a, состоящему в том, что в сомнительных случаях нужно прибегать к внутреннему исследованию рожениц полной рукой. Главу об уродствах мы заканчиваем следующим выводом. При подозрении на уродство плода единственно верным методом, дающим возможность точно ознакомиться с особенностями плода, является введение 2-х, 4-х пальцев и даже всей руки в полость матки, если того требуют обстоятельства; для этого лучше применять короткое хлороформирование, которое во время родов обыкновенно не ведет к вредным последствиям и, наоборот, часто исправляет характер схваток.

## ДОБАВЛЕНИЯ.

### К диагностике беременности.

Считаю необходимым упомянуть о некоторых методах биологически-серологических определений наличия беременности у женщин. Имею в виду, главным образом, многоиспытанный различными исследователями метод Abderhalden'a в его двух модификациях:

1. Метод диализирования.
2. Оптический метод.

Подвергнутый в ряде лет многообразным изменениям со стороны самого Abderhalden'a, как с технической стороны, так и со стороны теоретических обоснований и бесчисленным проверкам со стороны других исследователей, этот метод в его практическом значении, как безусловно верное средство определения беременности и беременного состояния у женщин, в настоящий момент должен получить несомненно отрицательную оценку. Обоим его модификациям не может быть приписано значения надежного средства распознавания беременности. Положительная реакция не указывает с безусловностью на наличие беременности, так как и в ряде заболеваний полового аппарата могут получаться положительные реакции. И только при отрицательной реакции беременность с довольно большой вероятностью исключается.

Надо заметить при этом, что техническая сторона этих методов так сложна, так требовательна к пунктуальнейшему выполнению мельчайших подробностей практически выработанных манипуляций, так полна возможности незаметно впасть в какую-либо из сторожащих повсюду погрешностей, что по единодушному заключению проверявших этот метод он в обычных условиях практической жизни неприменим со сколько-нибудь надежными результатами и остается достоянием учреждений, могущих иметь специально изучению этого метода посвященного высококвалифицированного биолога.

Поэтому в рамках настоящей работы нет ни возможности, ни смысла излагать эти методы в подробности, и мы ограничимся лишь указаниями принципиальной стороны. Тому же, кто захотел бы продуктивно применять эти методы, необходимо не только подробнейшее ознакомление с мельчайшими деталями, но и практическое изучение пользования ими под вполне компетентным руководством.

**1. Метод диализирования.** Принципом является определение наличия в крови беременной ферментов, разрушающих белки плаценты. Основывается метод на том факте, что белок, как коллоид, не диффундирует чрез животные перепонки, но уже первые продукты его распада — пептоны диализируют, как способные к диффузии кристаллоиды.

В приготовленный для диализа сосуд помещают 1,5 куб. сант. свободной от гемоглобина и форменных элементов вполне стерильной сыворотки, прибавляют 0,5 влажного или 0,1 сухого субстрата пла-

центы; сыворотка должна быть вполне освобождена от тех растворимых в воде веществ, которые дают синее окрашивание при кипячении с нингидрином. Если после 16—24 часов пребывания в термостате при 37° С. в диализате определяются вещества, дающие биуретовую реакцию или синее окрашивание с нингидрином, то реакция считается положительной и исследуемая сыворотка содержит активные, разрушающие белок, ферменты, а потому указывает на возможность наличия или недавнего окончания беременности.

**2. Оптический метод.** При этом методе употребляют не белок планценты, а полученный из него пептон. Смесь сыворотки и пептона исследуется на вращение плоскости поляризации в поляризационном аппарате. Если отсутствуют разрушающие белок продукты распада белка ферменты, то вращение плоскости поляризации при наблюдении в течение 36—48 часов не происходит. Главный источник ошибок кроется в трудности приготовления из плаценты пептона, что требует продолжительного специального обучения. Укажем здесь еще на биологическое исследование посредством пробной гликозурии. Kamnitzer и Joseph изготовили для более удобного применения флоридзиновой пробы на гликозурию строго дозированную смесь флоридзина и новокаина в растворе. Она находится в продаже под названием матурина.

Проба с матурином производится следующим образом. Впрыскивается внутримышечно ровно 1 куб. сант. жидкости, непременно утром натощак. Перед инъекцией заставляют помочиться и выпить 200 куб. сант. не подслащенной жидкости (вода, кофе, чай). После инъекции заставляют мочиться 3 раза с промежутком в полчаса и исследуют реактивом Nylander на сахар. После первого мочеиспускания заставляют снова выпить 200 куб. сант. не подслащенной жидкости. Присутствие сахара в одной из трех проб говорит за беременность.

При этом нужно быть уверенным в отсутствии приемов ряда веществ, так же дающих потемнения с нилендеровским реактивом, как то: антипирин, салициловые препараты, камфора, хлороформ, экстракт гипофиза, препараты надпочечников, сахарин, хлорал-гидрат и др. В настоящий момент высказаться о действительном значении этого метода для тех случаев, где беременность при обычном определении кажется сомнительной, не имеется еще достаточно убедительных, покоящихся на обширном материале обследований. В совершенно ином свете представляется в настоящее время диагностика беременности посредством рентгенографии. Нахождение на снимке хотя бы одной незначительной части скелета плода доказывает увеличение матки вследствие беременности. Larz Edling (Ueber die Anwendung des Röntgen erfahrens bei der Diagnose der Schwangerssch. Vortschritt. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen B. d. 17) на обширном материале доказал, что уже с конца второго и начала третьего месяца беременности можно получать достаточно удовлетворительные снимки внутриматочных плодов. Он даже утверждает, что в первую половину возможно распознавание многоплодной беременности. При правильной технике можно не бояться каких либо последствий для плода. (Handbuch d. Geb. v. Döderlein 1924).

Техника чрезвычайно подробно и удачно разработана за последнее время особенно Warnecros ом, так что ему удается легко на снимке дифференцировать детские кости от материнских, благодаря чему получается очень пластичная картина. Здесь не место входить в подробности этой весьма сложной техники, которая со всей тщательностью изложена в работе Warnecros'a «Schwangerschaft und Geburt im Röntgenbilde» Wiesbaden, j Bergmann, 1918).

### К механизму родов.

За последнее время подвергается пересмотру целый ряд вопросов, связанных с обычно установившимися представлениями о механизме родов во всем его объеме и в частности об изгоняющих силах, характере их и направлении их действия. Этому в особенности способствует возможность снятия рентгеновских снимков в любой момент родового акта. Делаются попытки на добытых таким путем снимках фактически обосновать объяснения многосложного процесса родов. Особенно много в этом отношении труда и энергии вложил Warnecros (*Schwangerschaft und Geburt im Röntgenbilde*).

С другой стороны попытку своеобразных объяснений механизма родов дает Н. Sellheim, выступивший между прочим с подробной критикой воззрений Warnecros'a, документированных рентгеновскими снимками, на съезде немецкого о-ва гинекологов в 1922 г. в Инсбруке (*Arch. f. Gyn. B. 117*). Обмен мнений между ними не привел ни к малейшему соглашению по самым капитальным пунктам, при чем опорой этих противоположных заключений служили одни и те же снимки. С теориями того и другого, между прочим, в существенных вопросах разошелся много поработавший в этом направлении Mueller (*München*). Дело в том, что при современной технике снимков требуется значительная доля субъективности в толковании изменяющихся перспективных отношений, получаемых на снимке и не соответствующих в точности расположению частей снимаемого субъекта. Необходимость внесения этих поправок и поправок на вынужденное положение женщины при съемках настолько усложняют однообразную ориентировку, что один и тот же снимок людьми большого опыта и навыка толкуется вполне добросовестно в различном смысле в сильной зависимости от индивидуальности наблюдателя. Из всего вышесказанного явствует, что не настало еще время, когда упомянутые очень существенные и важные поправки к механизму родов могли бы быть положены целиком в основу изменения в руководстве, как вполне твердо обоснованные факты и их объяснения, без новой проверки их рядом исследований, произведенных с возможной полнотой и беспристрастностью суждения. Решение этих вопросов в ту или иную сторону есть дело будущего, а трактовка их есть не дело руководства. Желающие ознакомиться с этими взглядами и данными могут обратиться к цитированным выше работам.

### К методам исследования рожениц.

За последнее десятилетие, преимущественно в Швейцарии, в обход внутренним исследованиям через влагалище в целях наиболее совершенного предохранения от инфекции получил самое широкое применение метод исследования через прямую кишку.

По авторитетному сообщению Kehr'er'a (*Arch. f. G.-Bd 117*) первым предложил этот метод Kroenig еще в 1893 году. Он вызвал большое увлечение, но затем был снова оставлен и лишь немногие, как Pankow, Sellheim и Gauss условно его допускали. Сам Kehr'er, начиная с 1910 г., непрерывно пользуется этим методом, при чем им проведено более 25.000 родов почти исключительно с применением одного лишь ректального исследования. Он полагает, что лишь его всеобщее распространение может содействовать дальнейшему понижению процента послеродовых заболеваний.

Guggisberg (Bern) со своей стороны провел этим методом 12.000 родов, почему считает вправе сделать окончательную его оценку. В 91% случаев вполне удалось обойтись одним этим методом. Под его руководством врачи, студенты и акушерки легко приобретали навык в получении надежных результатов. Предлежащая часть определяется легко. Также хорошо определяется положение и вставление головки. При известном навыке удастся точно прощупать швы и роднички. Различение ягодиц от головки вполне возможно при вступлении предлежащей части в полость таза.

Опасности поставить диагноз слишком поздно в интересах матери и плода не существует. Распознавание выпадения мелких частей и пуповины при внимательном отношении всегда удается, при чем смертность детей от выпадения пуповины не выше, чем при влагалищном исследовании.

Отношение мягких частей, поскольку это нужно для родов, не трудно определимо. Большинство акушерок научаются точно распознавать величину раскрытия. Только определение целостности вод и разрыва пузыря в некоторых случаях затруднительно, хотя не играет большой роли. Также удобно определимо состояние таза, невозможность же более точных измерений несущественна, тем более, что прием Müller'a с пробным вдавливанием головки во вход таза удается в совершенстве. Определение предлежания последа наталкивается на затруднения и Guggisberg считает для акушерок его недоступным. Но вагинальные исследования акушерками при подозрении предлежания последа должны быть запрещены. Картина выясняется из наличия кровотечения.

Guggisberg считает при нормальных родах этот метод вполне заменяющим влагалищное исследование. С 1911 года этот метод изучается всеми акушерками и по его анкете к 1922 году 70% из них остались при этом методе. Послеродовых заболеваний при влагалищном исследовании 11,2%, при ректальном—5,5%. Смерть от сепсиса при влагалищном—0,12%, при ректальном—0%.

На основании всех этих соображений Guggisberg (Arch. f. G.-Bd. 117) выставляет следующие положения:

Влагалищное исследование *sub partu* должно быть акушеркам воспрещено: всякие нормальные роды вполне удовлетворяются этим методом, всякие патологические достаточно распознаются.

Студенты должны быть точно обучены этому методу, кто умеет исследовать ректально, тот этим самым умеет и влагалищно. Врач только тогда должен исследовать влагалищно, когда ректальное исследование не дает надежного результата, и когда предстоит оперативное вмешательство. В таком же смысле в оценке значения исследования через прямую кишку высказались Pankow, Beutner (Женева), Klein (Прага) и Kehrler (Дрезден).

### Токсикозы беременности.

В этом добавлении мы принуждены группировать по иному принципу ряд заболеваний беременных, нашедших уже раньше место в предшествующем изложении в соответствующих главах. Дело в том, что клинически и житейски заболевания, именуемые токсикозами, имеют между собой громадное различие по серьезности, часто грозности процесса и соответственно этому и различие в той ответственности, какая падает на врача. Поэтому такие заболевания должны быть в курсе выделены особо выпукло и, следовательно, в самостоятельных

главах. Так это и делается до сих пор даже в таких обширных специальных и всеобъемлющих предметах трудах, как напр., издание 1924 г. «Handbuch der Geburtshilfe» Döderlein, где эклампсия трактуется в отделе токсикозов довольно сжато (см. т. 11 стр. 340); о ней же вполне самостоятельно трактует в особой обширнейшей главе P. Zweifel (стр. 703—759). К тому же вопрос о том, какие заболевания относить к токсикозам, по сей день остается чрезвычайно субъективным, в зависимости от личной склонности автора. Что разуметь под токсикозами? Обычно под этим названием скрывается убеждение, что данное заболевание вызывается токсином, образующимся в материнском или детском организме в процессе развития беременности. Следовательно токсикозам и беременных можно назвать особый вид аутоинтоксикаций, связанных со всею совокупностью изменений обмена веществ в беременном состоянии. Но спрашивается, ведом ли нам хотя бы в общих чертах, хотя бы для одного какого-либо заболевания, относимого к группе токсикозов, токсин, его вызывающий. До сих пор неведом. Многими высказывается предположение, что дело здесь не в каком-либо специфическом токсине, а в общем изменении физико-химического состава крови и соков организма.

Все это в связи с отсутствием постоянных патологических изменений органов, делает возможным лишь установление клинических симптомокомплексов, а потому и группировать в значительной степени приходится произвольно.

Мы позволяем себе при классификации токсикозов беременных воспользоваться в несколько измененной группировке, выставленной в новейшем виде классификацией Seitz'a, хотя, конечно, и она не лишена недостатков, неразрывно связанных с существом этого во многом и основном неясного вопроса. В основу этой классификации полагаются клинические симптомокомплексы сообразно преимущественным отклонениям в функции тех или иных жизненных систем заболевшего организма беременной женщины.

Сообразно этому является дозволительным привести нижеследующую схему классификации:

- 1) Отечно нефритические и эклампсические токсикозы.
- 2) Остеомалация беременных.
- 3) Невро-психопатия беременных (неукротимая рвота и др.).
- 4) Дермопатия беременных.
- 5) Гепатопатия беременных.
- 6) Гематопатия беременных.

**В первую группу** относятся обыкновенно те клинические симптомокомплексы, которые дают картину эклампсии, *prae-eclampsiae* или *eclampsismus* (по терминологии Bar a), гипертензии кровяного давления, нефропатия беременных, альбуминурии и *hydrops* беременных. Все эти клинические симптомокомплексы является целесообразным объединить в одну общую группу не потому чтобы в основе их был доказан или указан единообразный их вызывающий био-химический агент или же опреялись единообразные патолого-анатомические изменения органов, а потому, что клинически они связаны между собой бесконечным разнообразием переходных форм, так что эти болезненные симптомокомплексы нередко переходят друг в друга. Так гиперекстензия или повышение кровяного давления у беременной, не представляя сама по себе болезни, приобретает большее клиническое значение в ряду токсикозов беременных. Незначительные повышения кровяного давления представляют довольно частые явления к концу беременности и во время родов. Как верхнюю границу



физиологического повышения кровяного давления при беременности за последнее время принято считать не выше 140 м. м. ртутного столба, большинство считают за таковую 130 м. м. Насколько существенную роль в деле диагноза и прогноза играет состояние кровяного давления беременных, указывает следующая таблица, составленная Albeek (Cit. no Seitz'y).

Высота давления	Число сл.	Эклам.	процент
110—120	559	1	0,18
130—140	193	4	2,07
140—150	85	9	1,06
150—160	21	13	62 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
160—200	31	23	74 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Отсюда наглядно выступает тот факт, что по мере повышения кровяного давления прогрессивно возрастает частота таких серьезных осложнений, как эклампсия и ее предвестники. Такое же значение имеет состояние кровяного давления и в случаях альбуминурии и нефропатии беременных. Взаимоотношения и связанность этих состояний между собой, их изменчивость, непостоянство, отсутствие между ними резких границ, клинические картины и их относительное значение и относительная важность в патологии беременности, все это уже нашло себе выражение в соответствующих главах и здесь не место новым повторениям.

**Во вторую группу** входит поражение костной системы беременной—именно остеомалация. Отнесение этой формы заболевания к группе токсикозов требует оговорки и мы позволим себе привести здесь с возможной подробностью то соображение, которое дает автор приведенной нами классификации Seitz. Заболевание это, говорит Seitz с равным правом могло бы быть отнесено к отделу внутрисекреторных изменений в виду несомненной связи этого заболевания с функцией яичника (лечебное значение кастрации) и других внутрисекреторных желез (благоприятное действие на болезнь адреналина по Christofletti) или в отдел расстройства обмена в виду несомненных изменений в обмене кальция.

В известных пределах является произвольным, относить ли то или иное заболевание к расстройству обмена веществ или к токсикозам. В целом ряде случаев мы никогда не имеем возможности с положительностью утверждать, преобладает ли в данном случае расстройство обмена или токсическое влияние.

В частности при изучении патогенеза остеомалации можно было бы ухватиться, как за причинный момент, за расстройство обмена кальция, но дело в том, что избыточное выделение кальция наблюдается лишь приблизительно в половине случаев, в ряде же случаев даже констатирована его задержка в организме. Очевидно он отлагается в других тканях. С другой стороны рядом с указанными выше расстройствами внутрисекреторной деятельности, несомненно, доказано изменение состава крови и соков организма, именно ацидоз крови. На этом-то основании заболевание остеомалацией и может быть отнесено в главу токсикозов как аутоинтоксикация организма в широком смысле.

Конечно, эти соображения Seitz'a во многом спорны, как и почти все вопросы, связанные с существом и этиологией остеомалации, но мы, приводя его классификацию, считаем необходимым привести эти соображения, не входя в их подробную критику. Картина болезни, ее значительная редкость, значение в деле деформации таза и другие вопросы приведены в соответствующей главе.

**В третью группу** невро и психопатии беременных относятся многочисленные симптомокомплексы, с которыми мы отчасти уже познакомились. Эти патологические уклонения могут касаться как цереброспинальной, так и вегетативной системы. Со стороны цереброспинальной нервной системы при беременности нередко наблюдаются значительные уклонения психической деятельности и настоящие психозы, о которых здесь не место распространяться. Укажем на возможность появления разнообразных невритов, даже в форме полиневрита. Особенно вызывает опасение neuritis optica, ведущий к временной амблиопии и амаврозу. Понятно, что для причисления таковых заболеваний к токсикозам, связанным с беременностью, требуется исключение других этиологических моментов.

Со стороны вегетативной нервной системы к разряду токсикозов относится уже ранее рассмотренные emesis и hyperemesis и другие более легкие функциональные расстройства желудочно-кишечной системы. Первичным в них является повышение рефлекторной раздражительности вегетативной первой системы (vagus и рвотный центр), а вторичным, хотя и очень важным, психический момент.

**В четвертую группу** дерматопатии беременных относятся многочисленные кожные поражения, связанные с процессом беременности и произвольно прекращающиеся с ее окончанием или прекращением. Сюда относятся Urticaria, eczema, herpes, prurigo, pruritus и особенно опасная форма Impetigo herpeti formis часто ведущая к смерти. При этой форме нельзя долго медлить с применением консервативных методов лечения и приходится прерывать беременность. Более подробное изложение этой главы вышло бы из намеченных рамок руководства, и желающие могут обратиться к специальным по этой главе работам.

**В пятую группу** нами отнесены те токсикозы беременных, которые характеризуются отклонениями от нормы функции печени, под общим названием гепатопатии беременных. Среди этих токсикозов отчетливее всего выступают две клинические формы: токсическая желтуха беременных и острая атрофия печени. Что касается токсической желтухи, то для постановки соответствующего диагноза является необходимым исключить все остальные моменты этиологии, могущие вызвать желтуху и у беременной (как случайное совпадение): Cholelithiasis, Cholezystitis, Icterus catarrhalis.

Понятно, что зачастую диагноз оказывается возможным лишь при вскрытии, но в литературе имеются описания случаев, где именно желтуха у беременной была главным симптомом, при чем обычные, производящие желтуху моменты при самом тщательном обследовании отсутствовали. Характерным для этих форм является склонность к рецидивированию при следующих беременностях и произвольное исчезновение желтухи после родов. Форма этого заболевания чрезвычайно легко, можно сказать, незаметно переносится беременной и потому Seitz называет ее icterus gestationis levis. Этиологически можно думать о появлении в крови и соках организма продуктов, повышающих раздражительность нервов, иннервирующих желчные пути. Эта форма никогда не переходит в желтуху атрофию печени. Для плода же это заболевание неблагоприятно, так как обычно наступают преждевременные роды и значительное число детей рождается мертвыми. На ряду с этой формой Seitz выделяет под названием Icterus gestationis toxicus особую форму, характеризующую тяжелое заболевание. Клинически имеется сильная желтуха, с резко выраженными общими токсическими явлениями: тяжелый упадок сил до полной прострации, иногда присоединяется рвота, но

не обязательно. Патолого-анатомически эта форма характеризуется диффузным жировым перерождением печеночных клеток без значительных некрозов и без сморщивания печени. Предсказание очень серьезно и для спасения матери часто необходимо прерывать беременность.

Наиболее ярко-очерченную картину представляет так называемая острая желтая атрофия печени. Обычно полному развитию болезни предшествует незначительная желтуха. Затем, часто вполне внезапно, желтуха усиливается, является отвращение к пище, появляются подергивания отдельных мышц, маниакальное возбуждение или Delirium, иной раз рвота и эпилептические припадки и в течение немногих дней больная гибнет в коматозном состоянии. При объективном исследовании печень болезненна, ее границы быстро уменьшаются. В моче выделяется тирозин и лейцин. В кале наблюдается примесь крови.

При вскрытии печень представляется уменьшенной часто более, чем вдвое и она и все ткани интенсивно окрашены в желтый цвет. Уменьшение печени обусловлено жировым перерождением и некрозом значительной части печеночных клеток, при чем некрозы сильнее в центральных частях печеночных долек.

Прогностика очень плоха. Только своевременное прерывание беременности дает некоторую надежду на возможность выздоровления.

Много споров вызывал и продолжает вызывать вопрос о том, существуют ли, как правило, изменения в функции и морфологии печени в связи с нормальной беременностью. Другими словами, есть ли основание признавать так называемую «печень беременных». Обстоятельная работа Hofbauer'a, посвященная этому вопросу, казалось бы дававшая право на положительный ответ в этом смысле, не была в своих результатах подтверждена многочисленными исследованиями других авторов. Но тем не менее многочисленные работы последнего времени по исследованию состояния функции печени при беременности устанавливают ряд отклонений. Хотя морфологические изменения структуры выражаются и то иногда лишь в легкой форме жировой инфильтрации. Так установлена при беременности способность печени превращать левулезу в правовращающий виноградный сахар. Замечается обремененность работы печени, выражающаяся в усиленной выработке билирубина, обычно компенсируемой усиленным выделением мочи и кала, но иногда и сопровождающейся увеличением содержания билирубина в крови. Распад белков, физиологически связываемый с деятельностью печени при нормальной беременности особых изменений не претерпевает. (Seitz). Но зато при токсикозах, как мы уже видели раньше—при неукротимой рвоте, при эклампсии (Schmorl), при гепатопатии—функция печени претерпевает глубокие и ответственные для жизни изменения.

В шестую и последнюю группу относится гематопатия—изменения в крови в связи с токсикозами беременности. Наиболее резкая форма изменения крови—анаемия perniciosa—нашла себе изложение в соответствующей главе курса. Здесь же мы позволяем себе указать на явления гемолиза, наблюдающиеся при токсикозах, а именно при эклампсии, неукротимой рвоте, токсическом Icterus и при атипических эклампсиях. Также не лишнее упомянуть об интересных случаях рецидивирующей гемоглобинемии и гемоглобинурии. (O. Schäffer). Новейшие исследования, между прочим, показали, что выделяется не гемоглобин, как думали, а гематин.

В заключение считаем необходимым еще раз подчеркнуть, что в виду нашего полного неведения ни для одного из этих симптомокомплексов

биохимического агента, их обуславливающего, отнесение их в группу токсикозов основывается, с одной стороны, на клинической картине, соответствующей нашим представлениям об аутоинтоксикации вообще, а с другой—на факте их преимущественного или исключительного появления в беременном состоянии и склонности исчезать при окончании беременности или искусственном ее прекращении. Так как окончание беременности характеризуется удалением из организма матери плода и плаценты, то и источником образования ядовитых продуктов предполагается плод и плацента. За последнее время все более накапливается ряд оснований, заставляющих считать ответственным в этих заболеваниях именно расстройство нормальной функции плаценты. Входить в подробности этого сложного и находящегося еще в процессе разработки вопроса мы находим несвоевременным и нецелесообразным, выходящим из рамок задач, поставленных нами к выполнению в нашем руководстве.

### К главе о *placenta praevia*.

Считаем необходимым сделать следующие добавления, касающиеся именно терапии при *placenta praevia*. Этот вопрос подвергся тщательному обсуждению на съезде гинекологов в Инсбруке в 1922 году. В своем докладе на эту тему Stoeckel на собственном материале приводит смертность матерей при родоразрешении путем кесарского сечения 3% (1 сл. на 31 сл.), при применении иных методов—11% смертн. (15:137). Смертность детей при кесарском сечении равна 0%, при иных методах—58% для доношенных, и 44,4% против 74,6% для недоношенных. Кесарское сечение применяется при живом или жизнеспособном плоде, когда весь или большая часть маточного зева прикрыта лежащим детским местом и когда не было инфекции со стороны матери.

В последовавших затем докладах и дискуссии, в которых принимали участие Jaschke, Doederlein, Bumm, Küstner, Sellheim и др. обнаружился довольно единодушный сдвиг в сторону расширения показаний к применению кесарского сечения при *placenta praevia* в соответствии с приведенными уже выше положениями Stoeckel'a, но в это же время единодушно звучало предупреждение против попыток вывести применение кесарского сечения за пределы специальных клиник. В обычной практике, как и прежде, должны применяться иные методы, при чем большинство отдавало предпочтение метрейризу. Из методов кесарского сечения всеобщим предпочтением пользуется интраперитонеальное цервикальное сечение. Интересно отметить сообщение, что для цервикального сечения (экстра- или интраперитонеального) по последним значительным сопоставлениям Küstner'a, Fram'a, Baisch'a, Walthrd'a и др. смертность вообще колеблется от 1,5—2%, а в частности и для *placenta praevia* не превышает 3,6%. Также следует отметить требование, чтобы всякий подозрительный на предлежание детского места случай немедленно без всяких предварительных манипуляций, как-то тампонаций, и без внутреннего исследования направлялся акушерками в лечебное заведение, ибо только при таких условиях можно ожидать понижения смертности как материнской, так и детской, сравнительно с теперешним положением вещей.

---

## К послеродовой инфекции.

### Определение вирулентности стрептококка.

Чрезвычайно большой как теоретический, так и практический интерес в смысле возможно точной прогностики и рациональной терапии послеродовой инфекции представляют стремления своевременного определения вирулентности бактерий, в частности стрептококка, являющихся возбудителями данного заболевания. Многочисленные попытки в этом направлении, в том числе и лецитиновая проба по Fromme, после первых блестящих надежд приводили к полному разочарованию, не говоря уже о том, что сама сложность и длительность потребных манипуляций делали эти методы практически мало применимыми, с одной стороны требуя большой опытности в этом деле со стороны исследующего, с другой—поздним ответом, делаая невозможным своевременное оказание больной сообразной с данными исследования терапии. За последнее время, однако, обозначились в этом вопросе два направления, лишенные указанных недостатков и обещающие возможность определения вирулентности просто и быстро. Это с одной стороны метод определения вирулентности стрептококка в отделяемом половых органов (Karl Ruge II Arch. f. gyn. B. d. 120), с другой—метод определения вирулентности бактерий, уже находящихся в крови больной по Philipp'u.

На основании собственных наблюдений 200 случаев Ruge пришел к заключению, что для решения вопроса о вирулентности решающее значение имеет отношение бактерий к соединению их с кровью больной в течение ближайших часов после такового смешения: если в течение первых трех часов после смешения с кровью бактерии разрастаются—это говорит за несомненную вирулентность. Если разрастание наблюдается спустя три—четыре часа—это указывает на вирулентность слабую. Более позднее разрастание или исчезновение бактерий в пробе говорит за отсутствие вирулентности.

Самая проба устанавливается следующим образом: берется два—три платиновые ушка секрета из половых органов и прививаются в  $\frac{1}{2}$  куб. ст. свежее взятой и взбалтыванием дефибрированной крови больной. Из этой смеси берется одно ушко на стерильное предметное стекло, прикрывается стерильным покровным стеклом, заделывается воском, помещается на микроскоп с нагреванием и в течение ближайших трех часов производятся многократные контрольные наблюдения изменений в препарате. Метод этот может быть модифицирован таким образом, что вместо прямого наблюдения под микроскопом из указанной смеси тотчас же делается окрашенный микроскопический препарат, а смесь помещается в термостат и по прошествии трех часов из нее, в свою очередь, готовится микроскопический препарат. Оба эти препарата сравниваются между собой на содержание бактерий.

Метод определения вирулентности бактерий в крови по Philipp'u является в следующем виде: из свежее взятой крови больной берутся  $1\frac{1}{2}$  куб. сант. и по смешении с 8 куб. ст. агара делается пластинчатая разводка. Остальная кровь помещается в термостат и из нее по прошествии трех—четырех часов готовят такие же пластинчатые разводки. Увеличение роста бактерий на последних пластинках по сравнению с первой говорит за вирулентность.

И этот метод допускает упрощение в том смысле, что несколько куб. сант. взятой крови подвергаются центрифугированию в пробирке,

затем помещается в термостат. Если через 10, 15 и самое позднее 20 часов в окрашенном препарате, взятом из пограничного между осевшими кровяными шариками и сывороткой слоя, определяется значительное число стрептококков, то это указывает на вирулентность. Отсутствие стрептококка доказывает его авирулентность. Указанные методы по заключениям их авторов дают возможность точно наблюдать борьбу, происходящую между кровью и бактериями, переход вирулентных бактерий в невирулентные; приобретение вирулентности ранее безвредными бактериями и видоизменение соотношений сил в этой борьбе бактерий с кровью.

Последующие наблюдения в значительной степени, повидимому, оправдывают соображение авторов. Конечно, для окончательного суждения время еще не настало. Но мы сочли необходимым на этих методах остановиться потому, что они подкупают своей простотой и быстротой получаемого результата, что делает их испытание весьма доступным при обычных средствах родильных учреждений. Поэтому проверка надежности этих методов не только желательна, но и необходима в широких размерах, что одно только и может дать возможность окончательно их оценить.

#### К оперативному лечению послеродового перитонита.

После долгого периода разочарования, господствовавшего в этом вопросе, за последнее время последовало довольно значительное оживление надежд, связанных с применением чревосечения при воспалении брюшины вообще и послеродовом, в частности; существенным нововведением в методе является вливание эфира в брюшную полость. В общих чертах метод складывается из следующих моментов (Warnekros, Benthin, Latzko):

- 1) Возможно ранняя диагностика путем пробной пункции живота при подозрении на воспаление брюшины.
- 2) Немедленная операция при достаточном подозрении на наличие воспаления брюшины.
- 3) Люмбальная анестезия взамен общего наркоза для исключения токсического действия на сердечную мышцу и иные жизненно важные органы.
- 4) Самая операция состоит лишь в разрезе брюшных стенок и дренировании. Никаких разделений сращений, никаких промываний, никакого механического удаления гноя; устранение сложных воздействий, как напр. профилактическая энтеростомия, по их опасности и бесполезности. Дренирование заднего дугласового пространства и боковых частей с выведением дренажей через нижний угол раны.
- 5) Вливание в брюшную полость 200 куб. сант. эфира чрез стеклянную воронку, вставленную в почти уже зашитую брюшную рану и немедленное наложение имеющейся наготове повязки.
- 6) Самое тщательное ведение послеоперативного периода: немедленно после операции подкожное впрыскивание соляного раствора, с прибавлением адреналина, в количестве 1 литра. Поддержка сердечной деятельности в течение 24 часов попеременным впрыскиванием каждые два часа камфоры, кофеина и дигалена. Доставка жидкости чрез постоянное ректальное вливание. Для облегчения дыхания высокое положение верхней части тела. Согревание тела и гиперемизирование брюшной полости теплом (Glühbogen). Удаление дренажей на 4—5 день и замена их тонкими полосками марли.

Latzko приводит 270 случаев свободного гнойного перитонита, леченного оперативно с общим процентом выздоровления 22,8%.

Применение эфира в брюшную полость повысило число выздоровлений до 30%.

Применение вливаний эфира находит себе теоретическое оправдание в изысканиях Philipp'a, показавших, что пары эфира обладают большой бактерицидной силой даже по отношению к высоковирулентным бактериям. Кроме того не исключена возможность и благоприятных химико-физических раздражений.

Как бы сдержанно ни относиться к достигнутым до сих пор результатам, но полная безнадежность консервативного отношения и простота новых методов оперативного вмешательства делают настойчиво желательным продолжение наблюдений в этом направлении. Особенно ободрающе действует заявление Latzko, что чистые стрептококковые перитониты и те дают 21,6% выздоровления.

#### К главе о щипцах.

#### Щипцы Kjelland'a.

За последнее время с момента опубликования Kjelland'ом 1916 г. своей новой модели щипцов, вопрос о их пригодности и преимуществе перед обычными щипцами служит предметом значительного числа сообщений и обсуждений в ученых о-вах. Мы по особым соображениям, не только нами разделяемым, не нашли удобным говорить о них в соответствующей главе руководства, предназначенного для студентов и начинающих врачей. Дело в том, что поводом к изобретению новой модели для щипцов служило желание иметь среди набора акушерских инструментов не только инструмент влекущий, но и ротирующий, допускающий возможность искусственного изменения неправильного расположения и положения головки и сознательное проведение головки в наиболее подходящих размерах таза. Этому же способствовала и неудовлетворительность результатов наложения щипцов на высокостоящую головку. Но именно этот характер поставленных к разрешению путем щипцов Kjelland'a задач такого свойства, что требуются весь опыт и все глубокое знание широко образованного и искушенного долгой акушерской деятельностью и мыслями специалиста, чтобы попытки применения этого инструмента были и безопасны и успешны. Самая точная ориентировка в положении отдельных опознавательных пунктов головки, оценка способности ее к конфигурации, состояние и размеры таза и его форма, определение в каждом отдельном случае наиболее удобных для проведения головки размеров таза, да и сама техника наложения этих щипцов — все это не для учащагося и не для начинающего врача.

Основным принципом щипцов Kjelland'a является соединение осевой трaкции с ротационными движениями головки при возможности захватывания ее в бипаритальных и бималлярных размерах при косом или поперечном ее положении во входе или полости малого таза. Для этой цели щипцы эти есть, в сущности, прямые, иными словами, не имеют тазовой кривизны. При наложении их передняя ложка вводится в прямом размере таза своею вогнутостью обращенная вперед. По введении ее в полость матки между головкой и стенкой матки делается поворот ложки вокруг ее оси на 180 градусов, и таким образом головная кривизна прилегает к боковой части поперечно стоящей головки. Задняя ложка продвигается со стороны промежности головной кривизной обращенной вперед. Мы считаем здесь неуместным входить во все подробности сложной и ответственной техники применения этих щипцов

и считаем своим долгом настойчиво рекомендовать желающим их испробовать внимательно проштудировать работу самого Kjelland'a (Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1916 B d. 43).

Сферой применения специально шипцов Kjelland'a по современным данным надо считать те акушерские случаи, где мы являемся вынужденными и накладывать шипцы на головку, стоящую косо или поперек во входе таза при отсутствии значительных пространственных несоответствий.

Здесь, поскольку говорят имеющиеся до сего времени сообщения, шипцы Kjelland'a имеют явное преимущество перед шипцами с осевой траекцией (Tarnier и др.), заключающееся главным образом в том, что захваченная в бипаритальных и бималлярных размерах головка выводится путем приспособления ее размеров к наиболее выгодным размерам таза. Во всех остальных случаях, где может быть показано применение шипцов, эти преимущества шипцов Kjelland'a или спорны, или просто отсутствуют.

Мы считаем своим долгом подчеркнуть, что применение шипцов Kjelland'a ни в коем случае не должно служить поводом к расширению круга показаний к применению шипцов на высоко-стоящую головку. Наложение шипцов на головку, стоящую подвижно над входом в таз по справедливости считается всеми выдающимися авторитетами акушерства подлежащим исключению из сферы операций. Но и наложение шипцов на головку уже стоящую во входе таза должно быть ограничено теми вынужденными случаями, где при живом плоде имеются неблагоприятные условия для иных методов родоразрешения, как-то: инфекция матери, изменение сердцебиения плода, внешние неблагоприятные условия обстановки, кровотечение и др. Здесь наложение шипцов должно рассматриваться как попытка спасти жизнь плода, минуя перфорацию, и здесь то шипцы Kjelland'a, повидимому действительно незаменимы. Надежда обойтись шипцами Kjelland'a в обход кесарскому сечению по относительным показаниям, как и раньше, не должна иметь места. Только там, где уже в процессе родов замечаются такие отклонения от нормы, которые уже не могут быть исправлены иным путем, наложение шипцов Kjelland'a на головку, стоящую во входе в таз является вполне показанным. Что касается исправления расположения или положения головки уже в полости малого таза (косые, поперечное стояние головки, задний вид затылочного, различные степени разгибания головки), то в этих случаях, повидимому, не имеется оснований считать шипцы Kjelland'a способными вытеснить обычные шипцы, принимая во внимание, что для всех этих манипуляций требуется и большое знание и большой опыт и в значительной степени индивидуальные способности и виртуозность акушера. Во всяком случае, в выборе той или иной модели шипцов всегда будут в этих случаях играть большую роль субъективные свойства врача.

Еще раз повторяем, что шипцы Kjelland'a, не должны служить поводом к расширению показаний к шипцам в сторону ограничений кесарских сечений, а лишь к сужению сферы крушащих операций, не щадящих жизнь плода.

Раз зашел вопрос о шипцах Kjelland'a, то чувство простой справедливости заставляет указать, что идея прямых шипцов ряд десятилетий тому назад была осуществлена Лазаревичем, который, начиная с 1891 г. разнообразно модифицировал их, приспособляя к тем требованиям, которые им предъявлялись как к наиболее совершенному типу шипцов. В этом отношении любопытно привести его подлинные слова: «шипцы должны быть прямые для того, чтобы явилась возможность



извлекать высокостоящую головку» и далее: «при действии же прямыми щипцами является полная возможность давать движению головки правильное направление, соображаясь с направлением стенок родового пути, доступных непосредственному исследованию осязанием и с направлением самих щипцов, которые будучи прямыми во всю длину, указывают направление их движения, а следовательно и движения головки». Особенность последней модели щипцов Лазаревича помимо указанного отсутствия тазовой кривизны состоит в отсутствии перекидывания ложек для избежания чрезмерного сдавливания головки и особым устройством замка. Подробности можно найти в «Курсе акушерства» Лазаревича, II часть, изд. 1891 года. Так давно уже Лазаревич указывает на преимущество прямых щипцов в тех самых случаях, в которых ныне фигурируют щипцы Kjelland'a, но по странному капризу судьбы все многолетние усилия Лазаревича окончились неудачей; щипцы его были надолго забыты, чтобы чрез ряд десятилетий им лелеянная мечта осуществилась в несколько иной модификации в щипцах Kjelland'a.

---

## ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

А.	Часть.	Стр.		Часть.	Стр.
Абсолютная молочная диета . . . . .	II	178	Arcus tendineus . . . . .	I	14
Абсолютные показания к Кесарск. сечению . . . . .	II	304	Area embryonalis . . . . .	I	63
Абсолютные показания к профи- лактич. повороту . . . . .	II	287	Areola . . . . .	I	35
Абсолютное сужение таза . . . . .	II	29	Артерии новорожденного . . . . .	I	176
Агглютины . . . . .	II	143	Arteriae umbilicales . . . . .	I	176
Агрессивы . . . . .	II	143	Асептика при искусственном вы- кидыше . . . . .	II	247
Азотистый обмен при беремен- ности . . . . .	I	53	Асептика жилого помещения . . . . .	I	141
Акте схваток . . . . .	I	90	Асептика наружных половых ор- ганов . . . . .	I	140
Активные движения плода . . . . .	I	81	Асептика при родах . . . . .	I	139
Акушерский инструментарий . . . . .	II	241	Асептика родильниц . . . . .	I	167
Акушерские операции . . . . .	II	241	Асептическое образование тром- бов . . . . .	II	168
Акушерская сумка . . . . .	II	241	Асептический умывальник . . . . .	I	142
Алексины . . . . .	II	243	Асинклитическое вставление . . . . .	I	115
Альбинурия беременных . . . . .	II	175	Аспирин . . . . .	I	168
Альбинурия во время родов . . . . .	II	179	Ассиметрический плоский рахи- тический таз . . . . .	II	23
Альбинурическая плацента . . . . .	II	224	Ассиметрический таз . . . . .	II	64
Альбинурия при эклампсии . . . . .	II	110			65
Аллантоис . . . . .	I	66	Асфиксия второй степени . . . . .	I	189
Амауроз при альбинурии . . . . .	II	176	Асфиксия новорожденного . . . . .	I	187
Амнион . . . . .	I	64	Asphyxia pallida . . . . .	I	189
Амниотическая гидроррея . . . . .	II	222	Асфиксия первой степени . . . . .	I	189
Amniorrages . . . . .	I	169	Асфиксия плода при болезнях ма- тери . . . . .	I	189
Анаемия perniciosa беременных . . . . .	II	184	Асфиксия при выпадении пупо- вины . . . . .	I	189
Анатомия беременности в зача- точном роге . . . . .	II	204	Асфиксия при быстрых родах . . . . .	II	9
Анатомические особенности утро- бного плода . . . . .	I	73	Асфиксия при неправильностях 5 момента родов . . . . .	II	88
Анатомия таза . . . . .	I	1	Асфиксия при преждевременном отделении детского места . . . . .	I	189
Английский замок щипцов . . . . .	II	265	Асфиксия при ягодичных родах . . . . .	I	189
Анаэробные бактерии . . . . .	II	140	Асфиксия при предлежании детск. места . . . . .	I	189
		159	Асцит новорожденного . . . . .	I	187
Антеверзия матки при рахитиче- ском тазе . . . . .	II	29	Asynklittismus anterior . . . . .	II	86
Anteversio pelvis . . . . .	II	66	Asynklittismus posteiior . . . . .	II	86
Anteversio-flexio uteri gravidi . . . . .	II	192	Атоническое кровотечение после выкидыша . . . . .	II	231
Антефлексия при родах . . . . .	II	194	Атония матки . . . . .	II	136
Антефлексия при сужении таза . . . . .	II	194			137
Антипирин при неукротим. рвоте . . . . .	II	181	Атрофия желточного пузыря . . . . .	I	65
Антистрептококковая сыворотка . . . . .	II	167	Атрофия serotinae . . . . .	II	135
Аппарат Bossi для расширения шейки . . . . .	II	313	Аутозитоиды . . . . .	II	407
		314	Аутоинтоксикация при экламп- сии . . . . .	II	109
Аппарат Морозова . . . . .	II	145	Ацетонурия беременных . . . . .		
		146			
Антисептика при родах . . . . .	I	139			
Арноэ новорожденного . . . . .	I	187			
Аравцев проток . . . . .	I	75			
		176			

<b>Б. В.</b>		Часть.	Стр.	<b>В и V</b>		Часть	Стр.	
Bacillus perfringens . . . . .	II	140	Брюшная беременность . . . . .	II	210			
Bacterium coli . . . . .	II	140	Брюшной тиф беременных . . . . .	II	183			
		143	Брюшная водянка плода . . . . .	II	399			
		159	Буж . . . . .	II	255			
		162	Быстрое расширение матки . . . . .	II	246			
Бактериологическое исследован. при сепсисе . . . . .	II	166	Быстрые роды . . . . .	II	8; 9			
Бактериологическое исследован. при эндометрите . . . . .	II	151	<b>В и V</b>					
Бактериолизины . . . . .	II	143	Vagina septa . . . . .	II	202			
Бактериэмия . . . . .	II	162	Ванна для новорожденного . . . . .	I	181			
Бактерии в околоплодных водах . . . . .	I	70			184			
Баллон Champetier de Ribes'a . . . . .	II	314	Ванна для родильниц . . . . .	I	168			
Баллотирование плода . . . . .	I	81	Ванна при альбинурии . . . . .	II	178			
		87	Ванна при родах . . . . .	I	145			
Бандаж беременных . . . . .	I	59	Варикозные узлы . . . . .	II	188			
Бандаж при антефлексии беремен- ной матки . . . . .	II	194	Вартонова студень . . . . .	I	66			
Бандаж при наружной повороте . . . . .	II	279			69			
Бартолиниевы железы . . . . .	I	16	Vasa omphaloenterica . . . . .	I	65			
Bauchstiel . . . . .	I	64	Введение бужа . . . . .	II	259			
Безымянная кость . . . . .	I	1	Введение второй ложки щипцов . . . . .	II	268			
Безымянная линия . . . . .	I	2	Введение метрейринтера . . . . .	II	260			
Белая линия беременных . . . . .	I	55	Введение первой ложки щипцов . . . . .	II	267			
Белый инфаркт плаценты . . . . .	II	224	Введение руки для поворота . . . . .	II	281			
Бели у беременных . . . . .	II	190	Ведение нормальных родов . . . . .	I	138			
Белковая пища при эклампсии . . . . .	II	118	Ведение периода изгнания . . . . .	I	152			
Белок в моче новорожденного . . . . .	I	177	Ведение периода открытия . . . . .	I	151			
Белок при альбомурии . . . . .	II	176	Ведение последового периода . . . . .	I	158			
Белье в родильном доме . . . . .	I	144	Ведение преждевременных родов . . . . .	II	240			
Беременность . . . . .	I	36	Ведение родов в специальных уч- реждениях . . . . .	I	143			
»    в зачаточном роге . . . . .	II	203	Ведение родов при узком тазе . . . . .	II	33			
»    ложная . . . . .	I	37	Ведение родов при яичниковых кистях . . . . .	II	202			
»    простая . . . . .	I	37	Веки плода . . . . .	I	71			
»    осложненная . . . . .	I	37	Величина близнецов . . . . .	I	169			
»    сложная . . . . .	I	37	Величина матки при беремен- ности . . . . .	I	38			
»    при двойнях . . . . .	I	168	Величина матки при пузырьном завесе . . . . .	II	221			
»    при плоском тазе . . . . .	II	28	Венерин бугорок . . . . .	I	15			
Бинт для родильниц . . . . .	I	168	Венечный шов . . . . .	I	108			
Blastula . . . . .	I	62	Венозные выпрыскивания дестилл. воды . . . . .	II	168			
Бленноррея глаз новорожденного . . . . .	I	179	»    »    кольяргола . . . . .	II	167			
Блуждание оплодотворенного яйца . . . . .	I	62	»    »    ляписа . . . . .	II	168			
Боковое положение при внутрен- нем повороте . . . . .	II	280	Vent'r propendens . . . . .	II	29			
Боковые пузырно-пупочные связ- ки . . . . .	I	76	Vernix caseosa . . . . .	I	71			
Боковые роднички . . . . .	I	108			178			
Болезненные схватки . . . . .	II	1	Вероятные признаки беремен- ности . . . . .	I	87			
Боли в суставах при сепсисе . . . . .	II	164	Верхушка крестца . . . . .	I	3			
Боли при внематочной беремен- ности . . . . .	II	211	Вес близнецов . . . . .	I	169			
Боли при воспалении брюшины . . . . .	II	160	Вес детей . . . . .	I	177			
Боли при разрыве матки . . . . .	II	105	Vesicula germinativa . . . . .	I	34			
Боли при схватках . . . . .	I	91	Вес плода разных сроков . . . . .	I	71			
Большие детородные губы . . . . .	I	15	Ветви щипцов . . . . .	II	261			
Большой косой размер головки . . . . .	I	109	Viburnum prunifolium . . . . .	II	233			
Большой поперечный размер го- ловки . . . . .	I	109	Вирулентность микроорганизмов . . . . .	II	143			
Большой родничек . . . . .	I	108			162			
Большой таз . . . . .	I	7			166			
Боталов проток . . . . .	I	75	Височный шов . . . . .	I	108			
		176	Вкус беременных . . . . .	I	88			
Брюшинный покров матки . . . . .	I	18	Влагалище . . . . .	I	17			

	Часть	Стр.		Часть	Стр.
Влагалище при беременности . . . . .	I	47	Воспалительные заболевания слизистой оболочки матки . . . . .	II	148
Влагалищное Кесарское сечение . . . . .	II	301	Воспалительные изменения в сосудах матки . . . . .	II	137
Влагалищное Кесар. сеч. при эклипсии . . . . .	II	121	Воспалительные септические заболевания легких . . . . .	II	164
Влагалищно-перинеальный разрыв промежности . . . . .	II	92	Вправление пуповины . . . . .	II	367
Влагалищно-пузырный свищ . . . . .	II	95	Время оплодотворения яйца . . . . .	I	61
Влагалищная часть шейки . . . . .	I	18			62
Влагалищный метод при внематочной бер. . . . .	II	217	Вставание при флегмазии . . . . .	II	171
Влияние беременности на фиброму . . . . .	II	195	Вставление головки . . . . .	I	110
Влияние фибромы на беременность . . . . .	II	196	»    »    при плоском тазе . . . . .	II	35
Внематочная беременность . . . . .	II	206	»    »    при обшесуж. плоском тазе . . . . .	II	41
»    »    с живым плодом . . . . .	II	211	Вставление при ягодичном предлежании . . . . .	I	134
»    »    с мертвым плодом . . . . .	II	211	Вступление головки во вход таза . . . . .	I	110
Внешние условия инфекции . . . . .	II	142	Вступление плеч в полость таза . . . . .	I	126
Внутренний зев . . . . .	I	18	Вступление плеч во вход таза при ягодичн. предл. . . . .	I	137
»    »    при беременности . . . . .	I	43	Втирание колларгола . . . . .	II	167
Внутреннее исследование рожениц . . . . .	I	150	Вторая степень разрыва промежности . . . . .	II	91
Внутреннее исследование в послеродовом периоде . . . . .	I	160	Вторая степень сужения таза . . . . .	II	29
Внутреннее кровотечение при разрыве матки . . . . .	II	106	Вторичная слабость потуг . . . . .	II	14
Внутренний поворот . . . . .	II	280	»    »    схваток . . . . .	II	8;10
Внутренний поворот головки . . . . .	I	122	Второй момент механизма родов: . . . . .	I	112
Внутренний поворот головки при лицевом положении . . . . .	I	132	»    »    »    при лицевом пол. . . . .	I	131
Внутренний поворот головки при обшесуженном тазе . . . . .	II	41	»    »    »    при ягодичн. пр. . . . .	I	134
Внутренний поворот плеч . . . . .	I	128	Второй период неукротим. гвоты . . . . .	II	180
Внутренний поворот при поперечном положении . . . . .	II	385	Второй период родов . . . . .	I	152
Внутренний поворот головки при ягодичн. . . . .	I	135	Vulva . . . . .	I	15
Внутренняя поверхность детского места . . . . .	I	69	Vulvo-vaginitis puerperalis . . . . .	II	142
Внутренняя секреция при остеомаляции . . . . .	II	72	Вход в таз . . . . .	I	8
Внутриматочная смерть плода . . . . .	II	130	Выбор ножки при повороте . . . . .	II	281
Внушение при неукротимой рвоте . . . . .	II	182			282
Возбуждение схваток эластическим бужем . . . . .	II	255	Выбор руки для извлечен. ручек . . . . .	II	298
Возбудители воспален. брюшины . . . . .	II	159	Выбор руки при внутреннем повороте . . . . .	II	280
»    »    кольпита . . . . .	II	143	Выведение головки после декапитации . . . . .	II	295
»    »    послеродовых воспал. заболеваний . . . . .	II	140	Выведение ножек из влагалища . . . . .	II	283
Воронкообразно-суженный таз . . . . .	II	68	Вывих бедренных костей . . . . .	II	66
Ворота зародыша . . . . .	I	66	Выворот матки . . . . .	II	139
Ворсинки хориона . . . . .	I	68	Выдавливание молозива . . . . .	I	88
Ворсистая оболочка . . . . .	I	68	Выдавливание последа . . . . .	I	162
Воспаление брюшины после родов . . . . .	II	159	Выделения после выкидыша . . . . .	II	231
»    »    грудных желез . . . . .	II	172	Выжимание плода по Kristeller'у . . . . .	II	14
»    »    миометрия . . . . .	II	150	Выкидыш . . . . .	II	225
»    »    молочных ходов . . . . .	II	172	»    зависящий от яйца . . . . .	II	227
»    »    тазобедренн. сустава . . . . .	II	65	»    при апаемия perniciosa . . . . .	II	185
Воспалительные заболевания после родов: . . . . .	II	140	»    при болезнях отца . . . . .	II	227
Воспалительные заболевания влагалища . . . . .	II	142	»    при болезнях сердца . . . . .	II	226
Воспалительные заболевания околоматочной клетчатки . . . . .	II	155	»    при заболеваниях половых органов . . . . .	II	227
			»    при инфекционных заболеваниях . . . . .	II	226
			»    при механических влияниях . . . . .	II	226
			»    при отравлении . . . . .	II	227
			»    при половых сношениях . . . . .	II	227
			»    при плохом питании . . . . .	II	226

	Часть	Стр.		Часть	Стр.
Выкидыш при раке шейки . . . . .	II	198	Gemelli unifuniculares . . . . .	I	169
» при сифилисе матери . . . . .	II	226	Hemiterii . . . . .	II	403
» при телесных напряжениях . . . . .	II	226	Гемоглобинэмия при сепсисе . . . . .	II	162
» при кори . . . . .	II	183	Гемоглобинурия при сепсисе . . . . .	II	164
» при удалении кисты . . . . .	II	201	Гемолитический стрептококк . . . . .	II	166
» при фиброме . . . . .	II	196	Геморрагический инфаркт плаценты . . . . .	II	224
Выкидыш с повышенной <sup>10</sup> . . . . .	II	240	Гемофилия . . . . .	II	137
Выпадение матки . . . . .	II	139	Hermaproditismus . . . . .	II	403
Выпадение пуповины . . . . .	II	360	Heterotaxis . . . . .	II	403
Выпадение пуповины при двойнях . . . . .	I	174	Гигиена беременности . . . . .	I	58
Выпадение пуповины при сужениях таза . . . . .	II	362	Гигиена родильниц . . . . .	I	167
Выпадение пуповины при узком тазе . . . . .	II	33	Hydrorrhoea uteri gravidi . . . . .	II	222
Выпадение ручки . . . . .	II	281	Hydrothorax новорожденного . . . . .	I	187
		393	Гидроцефалия . . . . .	II	395
Выполаскивание матки при послерод. эндомет. . . . .	II	152	Hilus ovarii . . . . .	I	31
Выпот при перитоните . . . . .	II	160	Гиперекстензия матки . . . . .	I	158
Высвобождение вожек при ягодичном пред. . . . .	I	137	Гипертрофия передней маточной губы . . . . .	II	78
Выскабливание при внематочной беременности . . . . .	II	214	Гликоген при беременности . . . . .	I	54
Выскабливание при выкидыше . . . . .	II	235	Гликозурия беременных . . . . .	I	54
» при послеродовом эндометрите . . . . .	II	152	Гликозурия при сепсисе . . . . .	II	164
» при произв. выкидыша . . . . .	II	253	Глицериновый тампон . . . . .	II	145
Выслушивание . . . . .	I	82	Глобулины при эклямпсии . . . . .	II	114
Высокие щипцы . . . . .	II	275	Глубокие разрывы промежности . . . . .	II	92
» при сужениях 2-й степени . . . . .	II	40	Гниение плода . . . . .	II	130
Высота стояния дна матки после родов . . . . .	I	165	Гнилостный эндометрит . . . . .	II	150
Выход таза . . . . .	I	9	Гнойное воспаление суставов при сепсисе . . . . .	II	164
Выхождение детского места . . . . .	I	159	Гнойники миометрия . . . . .	II	150
		160	Гнойный параметрит . . . . .	II	155
Выхождение отпадающ. обол. при внем. б. . . . .	II	211	Головная боль при альбомурии . . . . .	II	176
Выхождение послерод. при преждевременных родах . . . . .	II	240	» » эклямпсии . . . . .	II	110
Выхождение яйца при выкидыше . . . . .	II	229	Головка доношенного плода . . . . .	I	107
		230			109
			Головная кривизна щипцов . . . . .	II	261
			Головное предлежание . . . . .	I	105
			Гонокки . . . . .	II	140
			Гонококковый эндометрит . . . . .	II	159
			Горячие клизмы при параметрите . . . . .	II	157
			Граафов пузырек . . . . .	I	32
					33
			Горячие спринцования при атонии матки . . . . .	II	138
			Graviditas abdominalis . . . . .	II	207
			» infundibularis . . . . .	II	206
			» interstitialis . . . . .	II	206
					209
			» fimbrio-ovarialis . . . . .	II	206
			» ovarialis . . . . .	II	207
					209
			» tubaria . . . . .	II	206
			» tubaria isthmica . . . . .	II	206
			» tubaria ampularis . . . . .	II	206
			» tubo-abdominalis . . . . .	II	207
			» tubo-ovarialis . . . . .	II	207
					209
Гаверсовы каналы при остеомалиции . . . . .	II	72	Грелка для недоносков . . . . .	I	185
Ganglion cervicale . . . . .	I	103	Грелка Tarnier . . . . .	I	186
Гангренозный эндометрит . . . . .	II	150	Груди . . . . .	I	35
Геботомия . . . . .	II	310	Губы матки . . . . .	I	18
Гематоцеле . . . . .	II	208			
Haematocele lig. lati . . . . .	II	208			
Haematocele retrouterinum . . . . .	II	208			
Гематомы . . . . .	II	95			
Гематомы децидуальной оболочки . . . . .	II	130			
Гематомы при расширении вен . . . . .	II	189			
Gemelli bifuniculares . . . . .	I	169			
Gemelli monamniotes . . . . .	I	169			

**Г, Н и Г**

<b>Д.</b>		Часть	Стр.	<b>Е.</b>		Часть	Стр.
Давящая повязка при мастите . . . . .	II	174	Длина плода в разные сроки . . . . .	I	71		
Движения плода . . . . .	I	81	Длина пуповины ненормальная . . . . .	II	357		
Движения сперматозоидов . . . . .	I	60	Дно матки . . . . .	I	18		
Движение яйца в трубе . . . . .	II	212	Дно таза . . . . .	I	13		
Двойни . . . . .	I	169	Dolores debiles . . . . .	II	10		
Двойное исследование беремен-			Dolores dolorifici . . . . .	II	1		
ных . . . . .	I	84	Dolores praesagientes . . . . .	II	15		
		86	Dolores spastici . . . . .	II	1		
Двухмоментный выкидыш . . . . .	II	230	Дренаж матки . . . . .	II	153		
Девственная плева . . . . .	I	17	Ducti lactiferi . . . . .	I	36		
Decidua vera . . . . .	I	48	Ductus omphalentericus . . . . .	I	66		
Decidua reflexa . . . . .	I	48	Дыхание новорожденного . . . . .	I	176		
Decidua reflexa при трубной бе-			Дыхание плода . . . . .	I	76		
ременности . . . . .	II	207	Дыхание при сепсисе . . . . .	II	164		
Decidua serotina . . . . .	I	48	Дыхание родильниц . . . . .	I	165		
Децидуальная ткань . . . . .	I	48					
Deciduoma malignum . . . . .	II	220	<b>Е.</b>				
Дезинфекция влагалища . . . . .	I	140	Еctropion . . . . .	II	96		
Дезинфекция наружных половых			Eclampsia . . . . .	II	108		
органов . . . . .	I	140	Ectoblast . . . . .	I	63		
Дезинфекция рук . . . . .	I	142	Емкость легких у беременных . . . . .	I	57		
Действие постоянного орошения .	II	147	Endocarditis ulcerosa septica . . . . .	II	164		
Декапсуляция почки при эклям-			Endoblast . . . . .	I	63		
псии . . . . .	II	125	Endometritis decidualis . . . . .	II	222		
Декапитация . . . . .	II	293	Endometritis gangraenosa . . . . .	II	150		
Декапитация при поперечном пол.	II	293	Endometritis exanthematica . . . . .	II	183		
Декапитационный крючок Braun'a	II	294	Endometritis membranacea . . . . .	II	215		
Декапитация при выпадении руч-			Endometritis puerperalis . . . . .	II	148		
ки . . . . .	II	294	Endometritis putrida . . . . .	II	150		
Деление яйца . . . . .	I	62	Endometritis sub partu . . . . .	II	10		
Dermographismus беременных . . . . .	I	55	Еxocoelon . . . . .	I	64		
Детское место . . . . .	I	68	Extirpatio uteri totalis . . . . .	II	107		
Deutoplasma яйца . . . . .	I	33	Extractum fl. Viburni prunifolii . . . . .	II	16		
Дефлексионное положение . . . . .	I	130					
Диагностика предлежания детско-			<b>Ж.</b>				
го места . . . . .	II	323	Железы матки при беременности . . . . .	I	48		
Diameter biacromialis . . . . .	I	137	Железы слизистой оболочки мат-				
» bimastoideus . . . . .	I	137	ки . . . . .	I	1		
» biparietalis . . . . .	I	109	Железы слизистой оболочки шей-				
Diameter bimalaris . . . . .	I	132	ки . . . . .	I	20		
» bitemporalis . . . . .	I	109	Желтое тело . . . . .	I	34		
» bitrochanterica . . . . .	I	134	Желточный пузырь . . . . .	I	63		
» fronto-occipitalis . . . . .	I	109	Желточный ход . . . . .	I	63		
» mento-vertebralis . . . . .	I	137	Желтуха при бактериэмии . . . . .	II	162		
» promonto-pubicum mini-			Желтуха при сепсисе . . . . .	II	163		
» mum . . . . .	II	25	Желтуха новорожденного . . . . .	I	178		
» sacro-ribialis . . . . .	I	134	Желудок новорожденного . . . . .	I	178		
» submento-bregmaticus . . . . .	I	109	Женские половые органы . . . . .	I	15		
» suboccipito-bregmaticus . . . . .	I	109	Жизнеспособность ребенка . . . . .	II	257		
» suboccipito-frontalis . . . . .	I	109					
» suboccipito-mentalis . . . . .	I	137					
Диафрагма таза . . . . .	I	13	<b>З и S</b>				
Диллятаторы шейки . . . . .	II	248	Заболевания женских полов. орг.				
Diplococcus pneumoniae . . . . .	II	159	беременных . . . . .	II	189		
Discus oophorus . . . . .	I	33	Заболевание почек при эклям-				
Distantia bitrochanterica . . . . .	I	83	псии . . . . .	II	113		
Диуретин . . . . .	II	178	Заболевания пиявцы . . . . .	II	223		
Дифтерия влагалища . . . . .	II	144	Задачи на выпадение пуповины . . . . .	II	369		
Дифтеритические налеты влага-					376		
лища . . . . .	II	144	Задачи на лобное положение . . . . .	II	85		
Диета беременных . . . . .	I	58	» на многоводие . . . . .	II	350		
Диета при альбуминурии . . . . .	II	177					
Диета при эклампсии . . . . .	II	117					
Диета родильниц . . . . .	I	168					



	Часть.	Стр.		Часть.	Стр.
Инструкция акушеркам . . . . .	I	145	Истинная конъюгата . . . . .	I	83
Инструментальный акушерский набор . . . . .	II	242	Истинные узлы пуповины . . . . .	II	84
Инструментальное измер. конъюгаты . . . . .	II	26	Ischio pubiotomia при кососуженной тазе . . . . .	II	359
Инструменты для аборта . . . . .	II	243			
Инсульт при внематочной бер. . . . .	II	210	<b>К и С.</b>		
Инсуффлятор Ribemont-Dessaignes . . . . .	I	199	Cavum ischio-rectale . . . . .	I	15
Интерстициальный мастит . . . . .	II	173	Кал новорожденного . . . . .	I	177
Интоксикация при альбуминурии . . . . .	II	176	Канал аллянтоиса . . . . .	I	67
Инфаркт плаценты . . . . .	II	223	Канал шейки . . . . .	I	18
		22.	Капилляры новорожденного . . . . .	I	176
Инфекция во время родов . . . . .	II	148	Катетер при асфиксии . . . . .	I	191
> полости матки . . . . .	II	148	Кастрация при остеомалации . . . . .	II	72
> после родов . . . . .	II	140	Кесарское сечение на умершей . . . . .	II	305
> при выкидыше . . . . .	II	231	>    >    > классическое . . . . .	II	301
> при двойнях . . . . .	I	174	Кесарское сечение при коксалгическом тазе . . . . .	II	65
> при образовании тромбов . . . . .	II	168	Кесарское сечение при кососуж. тазе . . . . .	II	63
> при раке шейки . . . . .	II	199	Кесарское сечение при остеомалации . . . . .	II	74
> разрывов маточной шейки . . . . .	II	144	Кесарское сечение при placenta praevia . . . . .	II	305
> чрез воздух . . . . .	II	149	Кесарск е сечение при поперечносужен. тазе . . . . .	II	68
Инцизия при сужениях шейки . . . . .	II	79	Кесарское сечение при предлеж. детск. места . . . . .	II	330
Искривление позвоночника . . . . .	II	61	Кесарское сечение при раке шейки . . . . .	II	200
Искусственный выкидыш . . . . .	II	227	Кесарское сечение при спондилолистозе . . . . .	II	72
		244	Кесарское сечение при сужениях 2-й ст. . . . .	II	39
Искусственный выкидыш при неукротимой рвоте . . . . .	II	182			40
		244	Кесарское сечение при сужениях 3-й ст. . . . .	II	38
Искусственный выкидыш при retroflexio uteri gravidi . . . . .	II	192	Кесарское сечение при сужениях шейки . . . . .	II	79
Искусственный выкидыш при туберкулезе . . . . .	II	186	Кесарское сечение при фиброме . . . . .	II	198
Искусственный выкидыш при инных показаниях . . . . .	II	244	Кесарское сечение при эклампсии . . . . .	II	305
Искусствен. сгибание головки при ягод. род. . . . .	II	90	Кефалотриб . . . . .	II	293
Искусственные преждевр. роды . . . . .	II	257	Кефалотриция . . . . .	II	293
Искусствен. преждевр. роды при болезнях матери . . . . .	II	258	Киста яичника при беременности . . . . .	II	200
Искусствен. преждевр. роды у первобеременных . . . . .	II	258	Кистозные опухоли яичника при пузырьном заносе . . . . .	II	200
Искусствен. преждевр. роды при привычной смерти плода . . . . .	II	258	Кистозное перерождение почек плода . . . . .	II	400
Искусствен. преждевр. роды при средних сужениях таза . . . . .	II	257	Кифоз . . . . .	II	68
Искусствен. преждевр. роды при эклампсии . . . . .	II	119	Кифовический таз . . . . .	II	68
Искусственное расширение шейки при предлежании детского места . . . . .	II	325	Кишечник беременных . . . . .	I	60
Исправление наклона таза . . . . .	II	87	Кишечник родильниц . . . . .	I	165
Исправление неправильностей 2-го момента родов . . . . .	II	87	Клиитор . . . . .	I	16
Исправление поперечного положения . . . . .	II	385	Кнопки Micheli'a . . . . .	II	92
Испражнения новорожденного . . . . .	I	177	Кожа новорожденного . . . . .	I	177
Исследование беременных . . . . .	I	74	Кожистая оболочка . . . . .	I	68
> крови при сепсисе . . . . .	II	166	Кожные железы плода . . . . .	I	77
> рожениц . . . . .	I	145	Коксалгический таз . . . . .	II	65
> чрез влагалище беременных . . . . .	I	84	Количество теряемой при родах крови . . . . .	II	137
			Коллиргод при сепсисе . . . . .	II	167
			Colpus ganglia nosa . . . . .	II	144
			Colpitis granulosa . . . . .	II	190



	Часть.	Стр.		Часть.	Стр.
Colpitis diffusa . . . . .	II	142	Крестцовый гребешок . . . . .	I	4
Colpitis puerperalis . . . . .	II	142	Крестцовые крылья . . . . .	I	3
Кольпейрингер Браун'a . . . . .	II	314	Крестцово-подвздошное сочлене-		
Кольцевое сужение влагалища . . . . .	II	79	ние . . . . .	I	4,5
Кольцо сокращения . . . . .	I	96	Крестцовые рога . . . . .	I	4
		97	Кривая схваток . . . . .	I	90
Кольцо . . . . .	II	2	Крик новорожденного . . . . .	I	187
Кольцевое сужение матки при			Кроватка для новорожденного . . . . .	I	184
повороте . . . . .	II	283	Кровеобращение утробного плода	I	75
Кольцо сокращения при разры-			Кровоизлияние в мозг при эклям-		
вах матки . . . . .	II	104	псии . . . . .	II	111
		105	Кровоупускание при эклямпсии . . . . .	II	117
Коляска новорожденного . . . . .	I	181			120
Комбинированное исследование . . . . .	I	84	Кровотечение в последовом пери-		
Комбинированный поворот . . . . .	II	286	оле . . . . .	I	163
Компактный слой отпадающей			Кровотечение в третьем периоде		
оболочки . . . . .	I	48	родов . . . . .	II	136
Конглоутинация наружного отвер-			Кровотечение после tetanus uteri	II	6
стия матки . . . . .	II	77	» при атонии матки . . . . .	II	136
Condylomata accuminata . . . . .	II	190	» при брюшном тифе . . . . .	II	183
Консервативное лечение выкиды-			» при выкидыше . . . . .	II	227
ша . . . . .	II	233			230
» . . . . . разры-			Кровотечение при введении бужа	II	259
» . . . . . вов матки	II	107	» при Кесарском се-		
» . . . . . эклямпсии	II	122	чении . . . . .	II	303
Консистенция матки . . . . .	I	38			304
» . . . . .	II	245	Кровотечение при неполном отде-		
Консистенция шейки при берем.	I	38	лении детского места . . . . .	II	135
Конъюгата диагональная . . . . .	I	9	Кровотечение при осипе . . . . .	II	184
» истинная . . . . .	I	9	» при предлежании		
» наружная . . . . .	I	9	детского места . . . . .	II	321
Копьевидный прободник Blot . . . . .	II	288			323
Копчик . . . . .	I	4	Кровотечение при произв. выки-		
Корень пуповины . . . . .	I	69	дыша . . . . .	II	254
Кормление грудью . . . . .	I	184			256
Кормление туберкулезных . . . . .	II	186	Кровотечение при пузырьном за-		
Корнцанг . . . . .	II	249	носе . . . . .	II	220
		250	Кровотечение при разрыве матки	II	106
Coryna radiata . . . . .	I	33			107
Короткость пуповины . . . . .	II	139	Кровотечение при разрыве трубы	II	208
		357	» при разрыве шейки . . . . .	II	136
Corpus albicans . . . . .	I	35	» при раке шейки . . . . .	II	199
Corpus luteum . . . . .	I	35	» при трубном выки-		
Корь беременных . . . . .	II	183	дыше . . . . .	II	208
Косое вставление головки . . . . .	I	115	Кровотечение при симфизеотомии	II	309
Кососуженный анкилотический			Кровь при anaemia perniciousa . . . . .	II	185
таз Naegele . . . . .	II	61	» при бактериэмии . . . . .	II	162
Кососуженный сколиотический			» у новорожденных . . . . .	I	176
таз . . . . .	II	64	Кровяное давление при эклямпсии	II	110
Косые положения . . . . .	I	104			111
Косые размеры таза . . . . .	I	9	Кровяной занос . . . . .	II	130
		84	Круглая маточная связка . . . . .	I	20
Cotyledones . . . . .	I	68	Круглая связка печени . . . . .	I	176
		69	Кугельцаг . . . . .	II	247
Краевое прикрепление пуповины	I	69	Культы при операции Рого . . . . .	II	307
Краниоклазия . . . . .	II	291	Cumulus ovigerus . . . . .	I	33
Краниокласт Браун'a . . . . .	II	291	Купание беременных . . . . .	I	59
Краниотомия . . . . .	II	287	Куретка . . . . .	II	249
» живого плода . . . . .	II	288			
» мертвого плода . . . . .	II	288			
Красные кровяные шарики при					
бактериэмии . . . . .	II	162			
Крестец . . . . .	I	3	Ладьевидная ямка . . . . .	I	16
Крестцовая впадина . . . . .	I	4	Laminae . . . . .	II	246
Крестцово-копчиковое сочленение	I	6			313
			Лангансов слой . . . . .	II	219

Л

	Часть.	Стр.		Часть.	Стр.
Lanugo . . . . .	I	71	Лечение при коксалгическом тазе	II	65
Легкие утробного плода . . . . .	I	73	» » многоводии . . . . .	II	350
Легочная эмболия . . . . .	II	169	» » ненормальной величине плода . . . . .	II	402
Лейкопения при сепсисе . . . . .	II	163	Лечение при неполном отделении детского места . . . . .	II	135
Лейкоцитоз при сепсисе . . . . .	II	163	Лечение при общесуженном плодном тазе . . . . .	II	42
Лечение альбуминурии . . . . .	II	178	Лечение при общесуженном тазе » » предлежании пуповины . . . . .	II	41 365
» anteversio-flexio беременной матки . . . . .	II	194	Лечение при преждевременных родах . . . . .	II	240
Лечение асфиксии I-й степени . . . . .	I	190	Лечение при приращении детского места . . . . .	II	136
» асфиксии II-й степени . . . . .	I	192	Лечение при раке шейки » » сужениях таза » » сужениях I-й степени . . . . .	II II II	199 38 40
» атонии матки . . . . .	II	137	Лечение при сужениях II-й степени . . . . .	II	38
» бактериэмии . . . . .	II	166	Лечение при сужениях III-й степени . . . . .	II	38
» болезненных схваток при родах . . . . .	I	168	Лечение при тазе с двухсторонн. вывихом бедра . . . . .	II	67
Лечение внематочной беременности . . . . .	II	215	Лечение при экламптических судорогах . . . . .	II	118
Лечение внематочной беременности поздних сроков . . . . .	II	218	Лечение при продолжающейся внематочн. бер. . . . .	II	216
Лечение воспаления брюшины » выкидыша » выворота матки » выпадения пуповины » выпадение ручки » гематосальпингса » гематомы » гематоцелы » гнойного мастита » зуда половых органов » интерстициальной беременности . . . . .	II II II II II II II II II II	161 233 139 366 394 217 95 217 174 190 216	Лечение пузырного заноса » разрывов матки » расширения вен » ретроверзии бер. матки » саливации » свободного кровот. при внемат. бер. . . . .	II II II II II II II	221 107 189 192 182 216 188
Лечение кольпита беременных » лобного положения » лохиометры » маловодия » неполных разрывов матки . . . . .	II II II II II	190 84 154 352 107	Лечение сифилиса беременных » слабых потуг » слабых схваток » слишком сильных схваток » схваток беременных » судорожных схваток » трещин сосков » трубного выкидыша » фибромы при беременности . . . . .	II II II II II II II II	188 14 12 9 16 5 174 217 197
Лечение неправильностей 3 го момента родов . . . . .	II	88	Лечение флегмазии » эклиампсии » » по Строганову . . . . .	II II II	170 117 120
Лечение неукротимой рвоты » остеомалации » параметрита » пернициозной анемии » поперечного положения » послеродового кольпита » послеродового эндометрита . . . . .	II II II II II II	180 74 156 185 384 145 153	Лечение эклиампсии по Zweifel'у Lig. cardinalia uteri . . . . . Lig. ileo-femorale . . . . . Lig. musculosum utero-inguinale . . . . . Lig. ovaria proprium . . . . . Lig. sacro-uterina . . . . . Lig. suspensorium ovarii . . . . . Lig. transvers. colli . . . . . Lig. vesico-umbilicalia lateralia . . . . . Ликоподий . . . . . Лимонная кислота . . . . . Лимфяноит грудных желез . . . . . Ляния Fagge . . . . .	II I II I I I I I I I I I	124 28 21 21 29 30 27 29 31 28 76 182 179 172 31
Лечение послеродового эндометрита по Отту . . . . .	II	153			
Лечение преждевременного отделения детского места . . . . .	II	344			
Лечение предлежания детского места . . . . .	II	324			
Лечение препятствий со стороны шейки . . . . .	II	78			
Лечение при беремен. в зачаточном роге . . . . .	II	206			
Лечение при внутриматочной смерти плода . . . . .	II	133			
Лечение при гидроцефалии » » двойнях » » запоздалом разрыве пузыря . . . . .	II I II	398 174 355			
Лечение при insertio velamentosa » » кисте беременных » » кифотическом тазе . . . . .	II II II	357 201 69			



	Число	Стр.		Часть	Стр.
Многоплодная беременность . . . . .	I	168	Нагноение при параметрите . . . . .	II	155
Мозговая грыжа . . . . .	II	399	Нагрубание грудей . . . . .	I	168
Мозг при эклампсии . . . . .	II	112	Надвлагалищная часть шейки . . . . .	I	18
Мозговые явления при сепсисе . . . . .	II	164	Надкрестцовая ямка . . . . .	I	9;83
		165	» . . . . .	II	24
Мозговой слой яичника . . . . .	I	32	Надрезы шейки по Дюрсену . . . . .	II	315
Mola carposa . . . . .	II	130	Надрывы влагалищной части шейки . . . . .	II	96
Mola hydridosa . . . . .	II	219	Назначение околоплодных вод . . . . .	I	71
Молниеносный сепсис . . . . .	II	165	Наклонение крестца при рахите . . . . .	II	22
Молозиво . . . . .	I	88	Наклонение рахитического таза . . . . .	II	23
Молоко туберкулезных . . . . .	II	186	Наклонение таза . . . . .	I	10
Молочная диета при эклампсии . . . . .	II	117	Наконечник с двойным течением . . . . .	II	152
Молочная железа . . . . .	I	35	Налеты при кольпите . . . . .	II	142
Молочная лихорадка . . . . .	II	172	Наложение петли на ножку . . . . .	II	284
Молочный режим при неукротимой рвоте . . . . .	II	182	Наложение щипцов . . . . .	II	262
Моменты механизма родов . . . . .	I	129	» . . . . . на головку в . . . . .		
Моменты наложения щипцов . . . . .	II	266	выходе таза . . . . .	II	270
		270	Наложение щипцов на головку . . . . .		
Монгомеровы тельца . . . . .	I	35	в косом и попер. разм. . . . .	II	271
Motula . . . . .	I	62	Наложение щипцов на головку . . . . .		
Морфий при эклампсии . . . . .	II	120	во входе таза . . . . .	II	275
Моча беременных . . . . .	I	53	Наложение щипцов на головку . . . . .		
Моча новорожденного . . . . .	I	177	при заднем виде . . . . .	II	273
Моча при альбуминурии . . . . .	II	176	Наложение щипцов на последующую . . . . .		
Моча при сепсисе . . . . .	II	164	головку . . . . .	II	277
Моча при эклампсии . . . . .	II	114	Наложение щипцов в косом раз- . . . . .		
Мочиспускание родильниц . . . . .	I	165	мере таза . . . . .	II	263
Мочиспускательный канал . . . . .	I	17	Наложение щипцов в косом раз- . . . . .		
Мочекислые инфаркты у новорожденного . . . . .	I	177	мере таза при лицевом пол. . . . .	II	276
Мочеотделение плода . . . . .	I	77	Наложение щипцов в передне-зад- . . . . .		
Мумификация плода . . . . .	II	131	нем размере таза . . . . .	II	262
Мумификация пуповины . . . . .	I	182	Наложение щипцов при лицевом . . . . .		
Musculus constritor vaginae . . . . .	I	15	предлежании . . . . .	II	276
» ischio-cavernosus . . . . .	I	15	Наложение щипцов при прямом . . . . .		
» ileo-coccygeus . . . . .	I	14	задне затылочн. пол. . . . .	II	274
» ischio-coccygeus . . . . .	I	14	Наложение щипцов Tarnier . . . . .	II	265
» levator ani . . . . .	I	13	Направление влекущей силы щип- . . . . .		
» obturator internus . . . . .	I	13	цов . . . . .	II	264
» psoas major . . . . .	I	13	Направление кривизны щипцов . . . . .	II	276
» pubo-coccygeus . . . . .	I	14	» острия прободника . . . . .	II	289
» pyriformis . . . . .	I	13	» разреза при Кесар- . . . . .		
» retrouterinus fasciae pelvis . . . . .	I	28	ском сечении . . . . .	II	304
		161	Направление тракций . . . . .	II	270
Musculus sphincter ani externus . . . . .	I	15	Наркоз при повороте . . . . .	II	283
» transversus perinei . . . . .	I	15	Наркотики при схватках . . . . .	II	6
Мытье влагалища при родах . . . . .	I	140	» . . . . . неукротимой рво- . . . . .		
Мытье наружных половых органов . . . . .	I	142	те . . . . .	II	181
» рожениц . . . . .	I	142	Наркотики при эклампсии . . . . .	II	119
» тела родильниц . . . . .	I	168	Наружная конъюгата . . . . .	I	83
Мышечная система матки . . . . .	II	1	Наружный зев матки . . . . .	I	18
Мышечный слой матки . . . . .	I	18	Наружный зев при беременности . . . . .	I	42
		20	Наружное исследование в после- . . . . .		
Мышечный слой трубы . . . . .	I	29	довом периоде . . . . .	I	160
Мышцы внутри малого таза . . . . .	I	7	Наружное исследование рожениц . . . . .	I	145
» промежности . . . . .	I	15	» . . . . .		
» шейки матки . . . . .	I	24	по Leopold'y . . . . .	I	146
Мягкие родовые пути . . . . .	I	13			148
Мясистый занос . . . . .	II	130	Наружное исследование рожениц . . . . .		
			по Pinard'y . . . . .	I	148
<b>Н.</b>			Наружное отверстие мочеиспус- . . . . .	I	17
Набор инструментов . . . . .	II	241	Наружный поворот . . . . .	II	278
Нагноение при мастите . . . . .	II	173	Наружный поворот головки . . . . .	I	128

	Часть	Стр.		Часть	Стр.
Наружный поворот на головку . . . . .	II	279	Низведение ножки . . . . .	II	285
Наружный поворот головки при лицевом положении . . . . .	I	134	Низведение ножек при слабых схватках . . . . .	II	10
Наружный поворот при поперечн. положении . . . . .	II	385	Низведение ножки при родах та- зовым концом . . . . .	II	296
Наружный слой мышц задней стен- ки матки . . . . .	I	26	Новорожденного физиология . . . . .	I	175 176
Нарушение плацентарного крове- обращения . . . . .	I	188	Ногоположение . . . . .	I	105
Насечки на шейке . . . . .	II	315	Ногти беременных . . . . .	I	55
» при отеке . . . . .	II	179	Ножницы Siebold'a . . . . .	II	294
Насильственный разрыв матки . . . . .	II	97	Нормальное количество вод . . . . .	I	70
Наследственная передача тубер- кулеза . . . . .	II	186	Нуклеиновая кислота при сепсисе . . . . .	II	168
Негелевское вставление головки . . . . .	I	114	<b>О.</b>		
» . . . . .	II	36	Обвитие пуповины . . . . .	I	188
Недоноски . . . . .	I	185	» . . . . .	II	357
Недоношенный ребенок . . . . .	II	240	Обезболевание родов . . . . .	I	152
Недостатки развития матки у бе- ременных . . . . .	II	202	Об'ективное исследование . . . . .	I	79 145
Нейтрофилы . . . . .	II	143	Обеззараживание влагалища . . . . .	I	140
Некротический процесс в фибро- ме . . . . .	II	195	» . . . . .	I	142
Немедленное родоразрешение при эклампсии . . . . .	II	121	» рук акушерск. персонала . . . . .	I	52
Немецкие щипцы . . . . .	II	265	Обмен веществ при берем. . . . .	I	77
Ненормальная величина плода . . . . .	II	401	» . . . . .	I	70
Неподатливость тазового дна . . . . .	II	79	Оболочки в конце берем. . . . .	I	70
Неполное отделение детского мес- та . . . . .	II	135	Обострение старой инфекции при родах . . . . .	II	141
Неполный поворот головки . . . . .	II	88	Обострение старого эндометрита . . . . .	II	149
» разрыв матки . . . . .	II	105	Образование отдельных частей за- родыша . . . . .	I	63
» трубный выкидыш . . . . .	II	207	Образование сперматозоидов . . . . .	I	61
Неправильности механизма родов . . . . .	II	82	» . . . . .	II	168
» . . . . .	II	82	» тромбов после родов . . . . .	II	96
» 1-го момента ме- ханизма родов . . . . .	II	82	Обратное развитие брюшной стен- ки . . . . .	I	167
» 2-го момента ме- ханизма родов . . . . .	II	86	Обратное развитие матки после родов . . . . .	I	166 167
» 3-го момента ме- ханизма родов . . . . .	II	87	Обстановка родов на дому . . . . .	I	141
» 4-го момента ме- ханизма родов . . . . .	II	88	Общее воспаление брюшины . . . . .	II	159
» 5-го момента ме- ханизма родов . . . . .	II	88	Общесуженный плоский таз . . . . .	II	41
Неправильности механизма родов . . . . .	II	88	Овальное отверстие . . . . .	I	2
» при лицевом пр. . . . .	II	89	Овальное отверстие сердца . . . . .	I	176
» при тазовом пр. . . . .	II	89	Овуляция . . . . .	I	32
Неправильные положения . . . . .	II	104	Одевание недоносков . . . . .	I	185
Неправильность потуг . . . . .	II	1	» новорожденного . . . . .	I	182
Неправильность при прободении . . . . .	II	289	Одежда беременных . . . . .	I	59
Неправильности со стороны таза . . . . .	II	17	Одноядерные эозинофилы . . . . .	II	143
» схваток . . . . .	II	1	Однояйцевые двойни . . . . .	I	169
» членорасположе- ния плода . . . . .	II	393	Околоматочная клетчатка . . . . .	I	19
Нервная система плода . . . . .	I	77	Околоплодные воды . . . . .	I	64 70
Несомненные признаки беремен- ности . . . . .	I	87	Околососковый кружок . . . . .	I	35
Неукротимая рвота беременных . . . . .	II	180	Окончание родов после поворота . . . . .	II	285
Нефротомия при эклампсии . . . . .	II	125	Окраска кожи при бактериэмии . . . . .	II	162
Нижний сегмент матки . . . . .	I	43	Окружность головки . . . . .	I	109
» . . . . .	I	46	» . . . . .	I	109
Нижний сегмент матки . . . . .	II	317	» грудной клетки плода . . . . .	I	109
Низведение матки при атонии . . . . .	II	138	» живота беременных . . . . .	I	55
			» живота рожениц . . . . .	I	150
			Олеонафт . . . . .	I	181
			Омертвление влагалишной части шейки . . . . .	II	97
			Омертвление стенок влагалища . . . . .	II	95
			Омывание наружных половых ор- ганов . . . . .	I	142



	Часть,	Стр.		Часть,	Стр.
Paracolpitis . . . . .	II	144	Перекручивание ножки кисты при берем. . . . .	II	200
Параметрит . . . . .	II	150	Перекручивание оболочек . . . . .	I	163
Parametritis puerperalis . . . . .	II	155	» » пуповины . . . . .	II	356
Парез кишек при перитоните . . . . .	II	160	Переламывание позвоночника . . . . .	II	294
Пар-нхиматозный мастит . . . . .	II	173	Перемещение введенных ложек щипцов . . . . .	II	268
Partus praecipitatus . . . . .	II	8	» » . . . . .	II	276
Partus praematurus . . . . .	II	225	Перемещение щипцов . . . . .	II	274
Патогенез эклампсии . . . . .	II	112	Перерождение сосудов матки . . . . .	II	137
Патологическая анатомия асфиксии . . . . .	I	189	Переход затылочн полож. в прямой задний вид . . . . .	II	87
Патологическая анатомия внематочной бер. . . . .	II	207	Периметрит . . . . .	II	150
Патологическая анатомия преждевременного отдел. дет. места . . . . .	II	343	Период изгнания . . . . .	I	98
Патологическая анатомия эклампсии . . . . .	II	112	» » . . . . .	I	152
Патология беременности . . . . .	II	175	Период изгнания при преждевременных родах . . . . .	II	240
Паузы схваток . . . . .	I	90	Период открытия . . . . .	I	98
Пеленание . . . . .	I	182	» » . . . . .	I	153
		183	Период последовый . . . . .	I	158
Pelvis aequabiliter justo minor . . . . .	II	40	» раскрытия при преждевременных родах . . . . .	II	240
Pelveoperitonitis . . . . .	II	159	Период скрытого возбуждения . . . . .	II	1
Пелсин . . . . .	I	178	Peritonitis saccata . . . . .	II	160
Первая степень разрыва промежности . . . . .	II	91	Peritonitis universalis . . . . .	II	159
Первая степень сужения таза . . . . .	II	29	Перитонические сращения . . . . .	II	160
Первичный хорион . . . . .	I	68	Перувианский бальзам при трещинах сосков . . . . .	II	174
Первое дыхание . . . . .	I	75	Перфорация живого плода . . . . .	II	38
		175	» » матки при искусств. выкидыше . . . . .	II	256
Первое сосание . . . . .	I	184	Перфорация при фиброме . . . . .	II	198
Первородный кал . . . . .	I	177	Перчатки . . . . .	I	145
Первородная смазка . . . . .	I	77	Петли щипцов . . . . .	II	261
		178	Петля для поворота . . . . .	II	280
Первый момент механизма родов . . . . .	I	113	Печень при сепсисе . . . . .	II	164
» » мех. род. при лицевом пред. . . . .	I	130	» при эклампсии . . . . .	II	112
Первый момент мех. род. при ягодичном пред. . . . .	I	135	» новорожденного . . . . .	I	76
Первый период неукротимой рвоты . . . . .	II	180	» плода . . . . .	I	77
Первый период родов . . . . .	I	151	Пила Gigli . . . . .	II	310
Перевод головки из заднего в передний вид . . . . .	II	273	Пилокарпин при эклампсии . . . . .	II	120
Перевод лобного в затылочное положение . . . . .	II	84	Пирамидон . . . . .	I	168
Перевод лобного в лицевое положение . . . . .	II	84	Питание плода . . . . .	I	76
Перевод ручки щипцов . . . . .	II	263	Pituglandol . . . . .	II	13
		273	Pituitrin . . . . .	II	13
Переверот плода . . . . .	I	78	Пищеварение новорожденного . . . . .	I	178
Перевязка пуповины . . . . .	I	179	Пиэмия . . . . .	II	163
		180	» » . . . . .	II	165
Перевязка пуповины по Budin . . . . .	I	181	Пиэмические варьвы . . . . .	II	164
Передача туберкулеза при кормлении . . . . .	II	186	Placenta praevia isthmica . . . . .	II	317
Переднетеменное вставление головки . . . . .	I	114	» » partialis . . . . .	II	317
Переднетеменное вставление при плоском тазе . . . . .	II	36	» » totalis . . . . .	II	317
Передний вид . . . . .	I	106	Плацентарные кисты . . . . .	II	223
» » ягодичного предлежания . . . . .	I	135	Плацентарный круг кровообращения . . . . .	I	75
Передняя губа шейки матки . . . . .	I	18	Плевистое прикрепление пуповины . . . . .	II	356
Перикаись водорода . . . . .	II	145	Plexus fundamentalis uteri . . . . .	I	103
			Плод в разные месяцы беременности . . . . .	I	71
			Плод при внематочной беременности . . . . .	II	210

	Часть.	Стр.		Часть.	Стр.
Плод при выкидыше . . . . .	II	230	Подкладное судно . . . . .	I	142
Плоский нерахитический таз . . . . .	II	28			144
Плоский рахитический таз . . . . .	II	18	Поднятие ног при родах . . . . .	II	87
Поверхностный разрыв промежности . . . . .	II	91	Подслизистый слой мышц матки . . . . .	I	20
Поверхностный эпителий матки при беременности . . . . .	I	48	Позадиматочная мышца . . . . .	I	28
Поворот на головку . . . . .	II	279	Поздние перитониты . . . . .	II	159
> на ножку . . . . .	II	278	Позиции . . . . .	I	105
> без вод . . . . .	II	283	Показания к извлечению после поворота . . . . .	II	285
> головки в щипцах . . . . .	II	272	Показания к искусственному выкидышу . . . . .	II	244
> плечиков в прямой размер по Braxton Hicks'у . . . . .	II	89	Показания к искусству преждевременным родам . . . . .	II	257
		286	Показания к Кесарскому сечению . . . . .	II	304
Поворот последующей головки . . . . .	II	89	> к комбинированному повороту . . . . .	II	286
> при выпадении пуповины . . . . .	II	287	Показания к краниотомии . . . . .	II	288
		366	> к операции Pogg . . . . .	II	307
Поворот при выпадении ручки . . . . .	II	285	> к повороту . . . . .	II	287
		393	> к пубитомии . . . . .	II	310
Поворот при неправильном вставлении головы . . . . .	II	287	> к симфизиотомии . . . . .	II	310
Поворот при неправильном положении . . . . .	II	287	> к щипцам со стороны матери . . . . .	II	277
Поворот при placenta praevia . . . . .	II	285	Показания к щипцам со стороны ребенка . . . . .	I	278
		287	Показания к эмбриотомии . . . . .	II	293
		325			294
Поворот при поперечном положении . . . . .	II	385	Показания к эпизиотомии . . . . .	II	311
Поворот при преждевременном отдел. дет. места . . . . .	II	287			312
		344	Покатая промежность . . . . .	II	94
Поворот при сужении таза . . . . .	II	287	Пол двоен . . . . .	I	169
Поворот при сужениях 2-й степени . . . . .	II	39	Полибласты . . . . .	II	143
Поворот при фибромах . . . . .	II	193	Поливалентная сыворотка . . . . .	II	166
> эклампсии . . . . .	II	287	Полный выкидыш . . . . .	II	230
Повреждение мозга у новорожденного . . . . .	I	187	Полный разрыв матки . . . . .	II	105
Повреждения родовых путей при плоском тазе . . . . .	II	35	> промежности . . . . .	II	94
Повторная внематочная беременность . . . . .	II	208	Полог . . . . .	I	184
Повторное наложение щипцов . . . . .	II	276	Положение женщины при внутреннем повороте . . . . .	II	280
Повышение дна матки в последовом периоде . . . . .	I	161	Положение женщины при родах на боку . . . . .	I	153
Повышение <sup>10</sup> после родов . . . . .	II	140	Положение женщины при родах на коленях . . . . .	II	87
> при асептических родах . . . . .	II	140	Положение женщины при родах на корточках . . . . .	I	153
Повышение <sup>10</sup> при введении бужа . . . . .	II	259			II 87
> <sup>10</sup> > воспалении брюшины . . . . .	II	161	Положение женщины при родах на спине . . . . .	I	153
Повышение <sup>10</sup> при плоском тазе . . . . .	II	37	Положение плода в матке беременной . . . . .	I	77
> <sup>10</sup> > послеродовом эндомиетрите . . . . .	II	149	Положение плода во время родов . . . . .	I	104
Повязка на пуповину . . . . .	I	182	Положение плодов при многоплодной бер. . . . .	I	170
Подбрюшинный слой мышц матки . . . . .	I	20	Положение ребенка при разрыве матки . . . . .	II	107
Подбрюшинная фиброма . . . . .	II	196	Полость матки . . . . .	I	18
Подвздошный бугорок . . . . .	I	3	> таза . . . . .	I	10
Подвздошная впадина . . . . .	I	1	Полукольцевое сужение влагалища . . . . .	II	79
Подвздошный гребешок . . . . .	I	2	Polynia беременных . . . . .	I	53
Подвздошная кость . . . . .	I	1	Поносы при сепсисе . . . . .	II	164
Подготовка сосков . . . . .	I	60	Поперечный вид . . . . .	I	106
Подгузок . . . . .	I	183	Поперечное положение . . . . .	I	104
Поддерживание промежности . . . . .	I	155	> . . . . .	II	376
Поджелудочная железа новорожд. . . . .	I	178	> > при двойнях . . . . .	I	174



	Часть	Стр.		Часть	Стр.
Поперечный размер входа в таз . . . . .	I	9	Предсказание при асфиксии . . . . .	I	190
» » тазовой части плода . . . . .	I	109	» » атонии матки . . . . .	II	136
Поперечно-суженный таз Роберта . . . . .	II	67	» » вывороте матки . . . . .	II	139
Порядок введения ложек щипцов . . . . .	II	263	Предсказание при выкидыше произвольном и искусств. . . . .	II	231
Последовый период . . . . .	I	158			256
Последующие роды после симфизиотомии . . . . .	II	311	Предсказание при выпадении пуповины . . . . .	II	363
Послеоперационный уход при Кесарском сеч. . . . .	II	303	Предсказание при гидроцефалии . . . . .	II	398
Послеродовая бактериэмия . . . . .	II	162	» » запоздалом разрыве пузыря . . . . .	I	174
Послеродовое воспаление брюшины . . . . .	II	159	Предсказание при insertio velamentosa . . . . .	II	356
Послеродовые воспалительные заболевания . . . . .	II	140	Предсказание при искусственных преждеврем. родах . . . . .	II	260
Послеродовое воспаление слизистой оболочки матки . . . . .	II	148	Предсказание при кисте беременных . . . . .	II	201
Послеродовое воспаление околоматочной клетчатки . . . . .	II	155	Предсказание при коксалгическом тазе . . . . .	II	65
Послеродовый vulvo-vaginitis . . . . .	II	142	Предсказание при кососуженном анкилотическом тазе . . . . .	II	63
Послеродовый тромбоз вен . . . . .	II	168	Предсказание при многоводии . . . . .	II	349
Послеродовая пизмия . . . . .	II	163	» » обшесуженном тазе . . . . .	II	41
		165	Предсказание при обшесуженном плоском тазе . . . . .	II	42
Послеродовые очищения . . . . .	I	165	Предсказание при остеомялическом тазе . . . . .	II	74
» схватки . . . . .	I	166	Предсказание при плоском тазе . . . . .	II	37
Постоянное орошение при выкидыше . . . . .	II	240	» » параметрите . . . . .	II	156
Постоянное орошение при кольпите . . . . .	II	145	» » перитоните . . . . .	II	161
Постоянное орошение при послеродовом эндометрите . . . . .	II	152	Предсказание при поперечном положении . . . . .	II	383
Постукивание . . . . .	I	82	Предсказание при поперечно-суженном тазе . . . . .	II	68
Потеря веса при родах . . . . .	I	164	Предсказание при послеродовом эндометрите . . . . .	II	151
Потуги . . . . .	I	90	Предсказание при предлежании детского места . . . . .	II	324
Поты при сепсисе . . . . .	II	165	Предсказание при преждевременном отделен. детск. места . . . . .	II	343
Почка беременных . . . . .	II	175	Предсказание при препятствиях со стороны шейки . . . . .	II	78
Почки плода . . . . .	I	77	Предсказание при пузырьном заносе . . . . .	II	221
» при сепсисе . . . . .	II	164	Предсказание при раке шейки . . . . .	II	199
» при эклампсии . . . . .	II	112	» » симфизиотомии . . . . .	II	310
Появление движений плода . . . . .	I	71	Предсказание при спондилолист. тазе . . . . .	II	72
» островков окостенения . . . . .	I	71	Предсказание при тазе с двухсторонним вывихом . . . . .	II	67
Правая позиция . . . . .	I	105	Предсказание при фиброме . . . . .	II	196
Правила наложения щипцов . . . . .	II	262	» » эклампсии . . . . .	II	116
Предвестники эклампсии . . . . .	II	110	Преждевременное излитие вод . . . . .	II	353
Преддверие влагалища . . . . .	I	16	» отделение детского места . . . . .	II	339
Предел расхождения костей лонного сочленения . . . . .	II	308	Преждевременные роды . . . . .	II	240
Предлежание головное . . . . .	I	105	» » при альбуминурии . . . . .	II	178
» детского места . . . . .	II	317	Преждевременные роды при сужении 2-й степени . . . . .	II	39
» затылочное . . . . .	I	105			
» лицевое . . . . .	I	105			
» лобное . . . . .	I	105			
» пуповины . . . . .	II	360			
» тазовое . . . . .	I	105			
» теменное . . . . .	I	105			
» ягодичное . . . . .	I	105			
Предлежащая часть . . . . .	I	104			
Предрасполагающие моменты к сепсису . . . . .	II	141			
		162			
Предрасполагающие моменты к образованию тромбов . . . . .	II	168			
Предсказание при альбомурии . . . . .	II	177			
» » апаемия пернициоза . . . . .	II	185			

	Часть.	Стр.		Часть	Стр.
Преимущества Кесарского сечения . . . . .	II	304	Причины (см. также этиология) .		
Преимущества симфизиотомии . . . . .	II	310	» антефлексии беременной матки . . . . .	II	193
Прекращение плацентарного кровообращ. при ягод. родах . . . . .	II	89	Причины атонии матки . . . . .	II	136
Прекращение пульсации пуповины . . . . .	I	176	» выворота матки . . . . .	II	139
Прекращение регул при берем. . . . .	I	88	» выкидыша . . . . .	II	226
» схваток при разрыве матки . . . . .	II	105	» выпадения пуповины . . . . .	II	361
Препятствия при выведении последующей головки . . . . .	II	299	Причины выпадения ручки . . . . .	II	394
Препятствия при извлечении краниокластом . . . . .	II	291	» гидроцефалии . . . . .	II	396
Препятствия при повороте . . . . .	II	283	» кровотеч. при выкидыше . . . . .	II	228
» со стороны влагалища . . . . .	II	79	» лобных положений . . . . .	II	82
Препятствия со стороны мягких родовых путей . . . . .	II	76	» многоводия . . . . .	II	346
Препятствия со стороны промежности . . . . .	II	79	» наступления родов . . . . .	I	103
Препятствия со стороны шейки матки . . . . .	II	76	» нераскрытия шейки образования тзза Naegele . . . . .	II	76
Прерывание беременности при альбомурии . . . . .	II	179	Причины осложнений при узком тазе . . . . .	II	34
Прерывание беременности при неукротимой рвоте . . . . .	II	182	Причины поперечных положений . . . . .	II	378
Прерывание беременности при фиброме . . . . .	II	197	Причины предлежания детского места . . . . .	II	318
Прививка оспы у беременных . . . . .	II	184	Причины преждевременн. отделения детского места . . . . .	II	342
Привычный выкидыш . . . . .	II	233	Причины преждевременных родов . . . . .	II	240
Приготовление к внутреннему повороту . . . . .	II	280	» разрыва пузыря после полного открытия . . . . .	II	353
Приготовление к извлечению плода . . . . .	II	295	Причины уплощения рахитического таза . . . . .	II	20
Приготовление к Кесарскому сечению . . . . .	II	302	Прободение матки при расширении шейки . . . . .	II	248
Приготовление к прободению головки . . . . .	II	289	Прободение последующей головки . . . . .	II	290
Прием последа . . . . .	I	163	» предлежащей . . . . .	II	288
Прижатие матки при атоническом кровотечении . . . . .	II	138	» при лицевых предлежаниях . . . . .	II	293
Признак Hegar'a . . . . .	I	38	Прободение при подвижной головке . . . . .	II	289
Признаки (см. также симптомы) . . . . .	I	87	Прованское масло . . . . .	I	181
» беременности . . . . .	I	87	Проводная линия таза . . . . .	I	11
» выздоровления при эклампсии . . . . .	II	112	Прогулки беременных . . . . .	I	58
Признаки выхождения детского места из матки . . . . .	I	161	Продолжающаяся внематочная беременность . . . . .	II	211
Признаки доношенного плода . . . . .	I	72	Продолжительность беременности . . . . .	I	36
» местонахождения детского места . . . . .	I	160	» родов при двойнях . . . . .	I	172
Признаки начала родов . . . . .	II	16	Продолжительность родов при плоском тазе . . . . .	II	37
» отделения детского места . . . . .	I	160	Продолжительность родов при слабых схватках . . . . .	II	10
Признаки рахитического таза . . . . .	II	24	Продолжительность родов при спазматич. схватках . . . . .	II	5
Прикрепление яйца в матке . . . . .	I	47	Продолжительность родов при сужениях таза . . . . .	II	30
		49	Продольное положение . . . . .	I	104
Прикрепление яйца в трубе . . . . .	II	207	Производство декапитации . . . . .	II	294
Прилив к грудям родильниц . . . . .	I	165	» краниоклазии . . . . .	II	291
Применение расширителей . . . . .	II	249	Происхождение двоен . . . . .	I	169
Приостановка развития выкидыша . . . . .	II	233	» лохиометры . . . . .	II	153
Приострение живота . . . . .	II	193	» многоплодной берем. . . . .	I	168
Приращение детского места . . . . .	II	134	Происхождение околоплодных вод . . . . .	I	71
Присницевские обертывания . . . . .	II	178	» параметрита . . . . .	II	155
			» разрывов берем. трубы . . . . .	II	208

	Часть	Стр.	Р и В.	Часть	Стр.
Происхождение разрывов матки при гидроцефал и . . . . .	II	99	Работа при беременности . . . . .	I	59
Происхождение разрывов матки при поперечном п. . . . .	II	98	Равномерно-обшесуженный таз.	II	40
Происхождение расширения вен	II	183	Развитие безымянной кости . . . . .	I	3
Prolapsus uteri inversi . . . . .	II	139	Развитие волос на голове плода.	I	71
Промежность . . . . .	I	17	Развитие жира у плода . . . . .	I	71
Promontorium . . . . .	II	21	»    ногтей у плода . . . . .	I	71
Промывание спиртом при эндометриге . . . . .	II	153	»    таза . . . . .	II	18
Прорезывание головки . . . . .	I	124	»    яйца . . . . .	I	60
»    ягодиц . . . . .	I	137	Разгибание головки . . . . .	I	126
Proteus vulgaris . . . . .	II	140	»    при плоском тазе.	II	35
		159	Разгибание последующей головки	II	90
Противоспазматическое лечение.	II	134	Разделение век плода . . . . .	I	71
Протоплазматическая зона яйца	I	34	Размеры головки доношенного		
Прохождение головки через вход таза . . . . .	I	112	плода . . . . .	I	109
Прохождение головки через вход таза при плоском тазе . . . . .	II	36	Размеры головки новорожден-		
Профилактика выкидыша . . . . .	II	233	ного . . . . .	I	107
»    наследственной пе-			Размеры малого таза . . . . .	I	9
»    релачи туберкулеза . . . . .	II	186	»    плоско-рахитического		
Профилактика разрывов матки . . . . .	II	106	таза . . . . .	II	25
»    эклампсии . . . . .	II	117	Размеры свежепуэрперальной		
Профилактическое выведение			матки . . . . .	I	166
ножки . . . . .	II	297	Размножение микроорганизмов		
Профилактический поворот . . . . .	II	287	в крови . . . . .	II	163
Профилактический поворот при			Размягчение стенок матки в на-		
лобном положении . . . . .	II	84	чале беременности . . . . .	II	240
Профилактический способ Crede . . . . .	I	179	Размягчение шейки матки при		
Pruritus vulvae . . . . .	II	189	беременности . . . . .	I	42
Прямое наложение щипцов . . . . .	II	272	Размягчение фибромы при бер. . . . .	II	195
Прямой размер головки . . . . .	I	109	Разрез промежности . . . . .	II	80
Прямые размеры таза . . . . .	I	9	Разрез промежности по Дюрсену	II	312
Пуботомия . . . . .	II	310	Разрез промежности по Отту . . . . .	II	312
»    при коксалгическом			Разрез шейки по Дюрсену . . . . .	II	277
тазе . . . . .	II	65			
Пуботомия при сужениях 2-й			Разрушение мозга при перфора-		
степени . . . . .	II	39	ции . . . . .	II	290
		40	Разрыв беременной трубы . . . . .	II	207
Пузырьчатое пространство	I	19	»    варикозных узлов . . . . .	II	189
Пузырный занос . . . . .	II	219	»    влагалищной части шей-		
Пulsus беременных . . . . .	I	52	»    ки . . . . .	II	96
»    новорожденного . . . . .	I	176	»    второго пузыря при двой-		
»    при эаке реламии . . . . .	II	163	»    ных . . . . .	I	174
»    при неукротимой рвоте . . . . .	II	180	»    матки во время беремен-		
		181	ности . . . . .	II	105
Пulsus при перитоните . . . . .	II	161	»    матки во время родов . . . . .	II	97
»    родильниц . . . . .	I	165	»    матки при гидроцефалии . . . . .	II	97
Пуповина . . . . .	I	69			396
Пупочные артерии . . . . .	I	69	Разрыв матки при лобном поло-		
		75	жении . . . . .	II	97
Пупочная вена . . . . .	I	69	Разрыв матки при неправильном		
		75	тазе . . . . .	II	99
Пупочное кольцо плода . . . . .	I	71	Разрыв матки при нормальном		
Пупочный канатик . . . . .	I	66	тазе . . . . .	II	105
Пупочные ножницы . . . . .	I	180	Разрыв матки при обшесужен-		
Пупочные соуды . . . . .	I	66	тазе . . . . .	II	100
Пупочная ямка беременных . . . . .	I	56			101
Пути инфекции при перитоните	II	159	Разрыв матки при патологическом		
Пути проникновения микроорга-			изменен. стенок . . . . .	II	97
низмов в кровь . . . . .	II	16	Разрыв матки при placenta praeva		
Пятый момент механизма родов	I	148	via . . . . .	II	97
					98
			Разрыв матки при плоском тазе.	II	35
			»    при поперечном по-		
			»    ложении . . . . .	II	101
					381

	Часть.	Стр.		Часть.	Стр.
Разрыв матки при приращении детского места . . . . .	II	136	Распознавание лобного положения	II	84
Разрыв мягких родовых путей . . . . .	II	91	» маловодия . . . . .	II	352
» на передней стороне шейки . . . . .	II	103	» многоводия . . . . .	II	348
» оболочек . . . . .	I	160	» ненормальной величины плода . . . . .	II	402
» оболочек при сужениях шейки . . . . .	II	79	» неукротимой рвоты . . . . .	II	180
» при беременности в зачаточном роге . . . . .	II	204	» общесуженного таза . . . . .	II	41
» при быстрых родах . . . . .	II	9	» общесуженн. плоского таза . . . . .	II	42
» при поперечном положении . . . . .	II	97	» остеомалации . . . . .	II	74
		98	» параметрита . . . . .	II	156
» промежности . . . . .	I	154	» перитонита . . . . .	II	161
	II	91	» пневмии . . . . .	II	166
Разрыв пузыря при многоводии . . . . .	II	350	» поперечного положения . . . . .	II	382
» пузыря при повороте . . . . .	II	281	» поперечно-суженного таза . . . . .	II	68
» пузыря при предлежании детского места . . . . .	II	329	» послеродового эндометрита . . . . .	II	150
» пузыря при слабых схватках . . . . .	II	13	» предлежания детского места . . . . .	II	323
Разрыв пуповины . . . . .	II	359	» преждевременн. отделения деск. места . . . . .	II	343
Разрыв сосудов над сводами . . . . .	II	136	» пузырного заноса . . . . .	II	221
Разрыв centri tendinei . . . . .	II	92	» разрыва матки . . . . .	II	106
» сфинктера ani . . . . .	II	92	» разрыва трубы . . . . .	II	214
» тазового дна . . . . .	II	92	» рака шейки . . . . .	II	199
Рак шейки при беременности . . . . .	II	198	» рахитического таза . . . . .	II	24
Раневая инфекция после родов . . . . .	II	140	» retrovesio uteri gravidi . . . . .	II	191
Раннее вставание родильниц . . . . .	I	168	» сепсиса . . . . .	II	166
Раскрытие шейки матки . . . . .	I	92	» смерти плода . . . . .	II	133
		95	» спондилолистетического таза . . . . .	II	71
» » » при выкидыше . . . . .	II	228	» схваток беременных . . . . .	II	15
		229	» таза с двухсторонним вывихом бедра . . . . .	II	66
Распашенка . . . . .	I	182	» таза с односторонн. вывихом бедра . . . . .	II	66
Распознавание альбуминурии . . . . .	II	177	» троен . . . . .	I	172
» anaemiae renalis . . . . .	II	185	» тру ного выкидыша . . . . .	II	214
» асфиксии во время родов . . . . .	I	190	» фибромы беременных . . . . .	II	197
» беременности . . . . .	I	87	Распознавание эклампсии . . . . .	II	115
» беременности в зачаточном роге . . . . .	II	205	Расположение ложек щипцов на головке . . . . .	II	267
» внематочной берем. поздних сроков . . . . .	II	215	Распрос . . . . .	I	79
» внематочной берем. ранних сроков . . . . .	II	213			145
» выворота матки . . . . .	II	139	Распространение инфекции из влагалища . . . . .	II	144
» выкидыша . . . . .	II	231	Распространение инфекции по клетчатке . . . . .	II	155
» вывадения пуповины . . . . .	II	363	Распространение инфекции при мастите . . . . .	II	173
» выпадения ручки . . . . .	II	394	Расстояние дна матки от симфиза . . . . .	I	166
» гематоцелы . . . . .	II	215	Расстройство зрения при альбуминурии . . . . .	II	176
» hydrothecae . . . . .	II	223	Расстройство зрения при эклампсии . . . . .	II	110
» гидроцефалии . . . . .	II	396	Расстройство походки после симфизиотомии . . . . .	II	311
» двоен . . . . .	I	170	Растирание дна матки после родов . . . . .	II	162
» заднего вида затылочного предл. . . . .	II	88	Растительный режим при эклампсии . . . . .	II	118
» запоздалого разрыва пузыря . . . . .	II	355			
» insertio velamentosa . . . . .	II	357			
» кисты яичника . . . . .	II	201			
» кифотического таза . . . . .	II	69			
» кососуженного анхилотич. таза . . . . .	II	62			
» коксалгического таза . . . . .	II	65			

	Часть	Стр.		Часть	Стр.
Растяжение мочевого пузыря плода . . . . .	II	399	Рубцы беременных . . . . .	I	55
Расхождение брюшных мышц при родах . . . . .	I	166	Ручки щипцов . . . . .	II	261
Расхождение лонного сочленения после симфизеот. . . . .	II	308	Ручное выведение ягодиц . . . . .	II	297
Расхождение прямых мышц беременных . . . . .	I	56	»    »    вправление при retroversio-flexio uteri gr. . . . .	II	192
Расширение вен при берем. . . . .	II	188	Ручное измерение диагональной конъюгаты . . . . .	II	25
Расширение сосудов пуповины . . . . .	II	356	Ручное отделение детского места . . . . .	II	135
Расширение шейки . . . . .	II	247	Ручное удаление выкидыша . . . . .	II	238
		313			
»    »    пальцевое . . . . .	II	315	<b>С и S.</b>		
»    »    при искусств. выкидыше . . . . .	II	246	Саливация беременных . . . . .	II	182
»    »    физиологическим способ. . . . .	II	248	Самозащита влагалища от инфекции . . . . .	I	140
Расширители Hegar'a . . . . .	II	235	Самозащита брюшины от инфекции . . . . .	II	160
Расширители русские . . . . .	II	235	Самозащита организма от инфекции . . . . .	II	160
Рахит . . . . .	II	18	Самопроизвольное вправление отклонений матки . . . . .	II	191
Рахитический плоский таз . . . . .	II	18	Самопроизвольный выкидыш . . . . .	II	227
Рациональный способ наложения щипцов . . . . .	II	266	Самопроизвольное заживление разрывов промежности . . . . .	II	92
Рвота беременных . . . . .	II	180	Самопроизвольное изгнание последа . . . . .	I	161
Рвота при перитоните . . . . .	II	160	Самопроизвольное окончание родов после перфорации . . . . .	II	290
Реакция Widal'я . . . . .	II	183	Самопроизвольное окончание родов при лобном пол. . . . .	II	83
Регенерация желез матки . . . . .	I	167	Самопроизвольное окончание родов при поперечном пол . . . . .	II	381
»    эндометрия . . . . .	I	167	Самопроизвольное окончание родов при фиброме . . . . .	II	197
Редкие формы внематочной бер. тазов . . . . .	II	209	Самопроизвольный разрыв матки при плоском тазе . . . . .	II	104
Регрессивные изменения матки после родов . . . . .	I	166	Сампрофиты . . . . .	I	140
Резиновые перчатки . . . . .	I	143	Свивальник . . . . .	I	183
Резорцин при condylomata acuminata . . . . .	II	190	Своды влагалища . . . . .	I	17
Репозиторий Dunan'a . . . . .	II	368	Свойства промежности . . . . .	II	312
»    Schoeller'a . . . . .	II	368	Сгибание головки при затылочном положении . . . . .	I	113
Ретроплацентарная гематома . . . . .	I	160	Сгибание головки при лицевом положении . . . . .	I	134
Retroversio-flexiouteri gravidi . . . . .	II	190	Сгибание головки при ягодичном предлеж. . . . .	I	137
Ригидность шейки матки . . . . .	II	77	Седалищная вырезка . . . . .	I	2
Робертровский таз . . . . .	II	67	»    кость . . . . .	I	1; 2
Родильный дом . . . . .	I	143	»    ость . . . . .	I	2
Родильная комната . . . . .	I	143	Седалищно-крестцевая связка . . . . .	I	2
Роднички . . . . .	I	107	Седалищный бугор . . . . .	I	2
Родоразрешение per vias naturales при разрыве матки . . . . .	II	107	Секреторная деятельность яичника при остеомалации . . . . .	II	72
Роды . . . . .	I	89	Sectio Caesarea abdominalis . . . . .	II	302
»    альбуминуричек . . . . .	II	179	Sectio Caesarea vaginalis . . . . .	II	301
»    мацерированного плода . . . . .	II	132	Селезенка при сепсисе . . . . .	II	164
Роды при двойнях . . . . .	I	172	Семенное ядро . . . . .	I	62
»    при кисте яичника . . . . .	II	200	Sepsis . . . . .	II	162
»    при кифотическом тазе . . . . .	II	69	Сепсис при искусственном выкидыше . . . . .	II	256
»    при плоском тазе . . . . .	II	29	Сепсис при разрыве матки . . . . .	II	106
»    при сужениях 1-й степени . . . . .	II	29	Септическая желтуха . . . . .	II	163
»    при сужениях 2-й степени . . . . .	II	30	Септические поносы . . . . .	II	164
»    при сужениях 3- степени . . . . .	II	29	Серединный пучок . . . . .	I	22
Роды при раке шейки . . . . .	II	198			
»    при фиброме матки . . . . .	II	198			
Роль акушерского персонала в последовом периоде . . . . .	I	162			
Рост кисты при беременности . . . . .	II	200			
Ртутная мазь при флегмазии . . . . .	II	171			
Рубцовое сужение шейки матки . . . . .	II	78			

	Часть.	Стр.		Часть.	Стр.
Сердцебиение плода . . . . .	I	82	Сифилитическая плацента . . . . .	II	225
		87	Скарлатина беременных . . . . .	II	183
Сердце новорожденного . . . . .	I	176	Скелетирование плода при вне-		
> при бактериэмии . . . . .	II	164	маточн. берем. . . . .	II	210
> при беременности . . . . .	I	51	Склейка краев наружного зева . . . . .	II	76
> при эклампсии . . . . .	II	112	Сколиоз . . . . .	II	64
> утробного плода . . . . .	I	73	Скорость отделения детского ме-		
Серозный покров . . . . .	I	68	ста . . . . .	II	159
Серфины при разрыве промеж-			Слабительные при перитоните . . . . .	II	161
ности . . . . .	II	92	Слабость потуг . . . . .	II	13
Сила схваток . . . . .	I	91	> схваток . . . . .	II	10
Сидячее положение при родах . . . . .	II	87	Слизистая оболочка бер. трубы . . . . .	II	208
Симптомы (см. также признаки).			> оболочка матки норм.		
Симптомы альбуминурии . . . . .	II	176	и берем. . . . .	I	19
> апаэтиае perniciosae . . . . .	II	185			47
> беременности в зачаточ-			Слизистая оболочка шейки норм.		
ном роге . . . . .	II	204	и берем. . . . .	I	20
> внематочной беременн.	II	210			41
> внутриматочной смерти			Слизистая оболочка трубы . . . . .	I	30
плода . . . . .	II	132	Слизистые оболочки при бактери-		
> выворота матки . . . . .	II	139	эмии . . . . .	II	162
> выпадения пуповины . . . . .	II	362	Слизистая пробка шейки . . . . .	I	20
> кольпита . . . . .	II	143	Слизь шейного канала . . . . .	I	20
> мастита . . . . .	II	173	Слишком сильные схватки в кон-		
> многоводия . . . . .	II	347	це беременности . . . . .	II	15
> о стеомалиции . . . . .	II	74	Слишком сильные схватки при		
> параметрита . . . . .	II	155	родах . . . . .	II	8
		159	Слюна новорожденного . . . . .	I	178
> перитонита . . . . .	II	160	Смертность (см. также предска-		
> phlegmasiae . . . . .	II	170	зание). . . . .		
> послеродового эндомет-			Смертность детей при предлежа-		
рита . . . . .	II	149	нии детского места . . . . .	II	324
> предлежания детск. ме-			Смертность детей при преждевре-		
ста во время берем. . . . .	II	320	менных родах . . . . .	II	260
> предлеж. детск. места			Смертность детей при эклампсии . . . . .	II	115
во время родов . . . . .	II	321			116
> преждевременного отде-			Смертность матерей при предле-		
ления детск. места . . . . .	II	343	жании детского места . . . . .	II	324
> пузырного заноса . . . . .	II	220	Сметность матерей при разных		
> разрыва матки . . . . .	II	105	методах леч. эклампсии . . . . .	II	122
> разрыва трубы . . . . .	II	210	Смертность матерей при экламп-		
> retroversio-flexio uteri-			псии . . . . .	II	115
gravidii . . . . .	II	191			116
> трубного выкидыша . . . . .	II	211	Смерть новорожденного . . . . .	I	187
> эклампсии . . . . .	II	110	Смерть ребенка при плоском		
Симфизиотомия . . . . .	II	308	тазе . . . . .	II	37
> при сужениях 2-й			Смешанная инфекция . . . . .	II	150
степени . . . . .	II	39			162
> у первородящих . . . . .	II	311	Сношения при беременности . . . . .	I	59
Симфизиотомия при коксалгиче-			Снятие щипцов . . . . .	II	271
ском тазе . . . . .	II	65	Согревающий компресс . . . . .	I	168
Синклитическое вставление го-			Соляная кислота . . . . .	I	178
ловки . . . . .	I	115	Соляной раствор при альбумину-		
Синтициальные клетки при экламп-			рии . . . . .	II	178
псии . . . . .	II	115	Соляной раствор при эклампсии . . . . .	II	120
Синтициальный слой при пузырь-			Сопор при альбуминурии . . . . .	II	176
ном заносе . . . . .	II	219	Соскальзывание позвонков . . . . .	II	69
Синтициолизины . . . . .	II	115	> прободника . . . . .	II	289
Sinus mammae . . . . .	I	35	> щипцов . . . . .	II	275
Syntisyoma malignum . . . . .	II	220	Соски беременных . . . . .	I	60
Сифилис беременных . . . . .	II	186	Сосок . . . . .	I	35
> матери до зачатия . . . . .	II	187	Сосудистый слой мышц матки . . . . .	I	20
> отца . . . . .	II	187	Сосуды легких при эклампсии . . . . .	II	112
> при зачатии . . . . .	II	187	Сочная пуповина . . . . .	I	69
			Спазмотические схватки . . . . .	II	1

	Часть.	Стр.		Часть.	Стр.
Спазмотические схватки при узком тазе . . . . .	II	33	Суховоздушные ванны при альбуминурии . . . . .	II	178
Сперма . . . . .	I	60	Схватки . . . . .	I	89
Сперматозоиды . . . . .	I	60	» после введения бужа . . . . .	II	259
Spina bifida . . . . .	II	400	» при выкидыше . . . . .	II	228
Спонгиозный слой отпадающей оболочки . . . . .	I	48	» в последовом периоде . . . . .	I	160
Спондилолистический таз . . . . .	II	69	» при эклампсии . . . . .	II	111
Спорынья до выхода последа . . . . .	II	134	Сыворотка крови при эклампсии . . . . .	II	114
» при лохиометре . . . . .	II	154	Сывороточное лечение сепсиса . . . . .	II	166
» при эндометрите . . . . .	II	151			
Способ Kiwisch'a . . . . .	II	260	<b>Т и Т.</b>		
» Laborde при асфиксии . . . . .	I	191	Таза анатомия . . . . .	I	1
» M-me La Chapelle . . . . .	II	300	Таз целом . . . . .	I	7
» Пражской клиники . . . . .	II	301	Таз новорожденного . . . . .	II	18
» Smelli Veit . . . . .	II	301	Тазы неправильные . . . . .	II	17
» Wigand-Martin . . . . .	II	299	» воронкообразно-сужен . . . . .	II	68
» ускорения выхождения плечиков . . . . .	I	157	» кифотическ. . . . .	II	68
Спринцевание беременных . . . . .	I	60	» коксальгическ. . . . .	II	65
» при кольпите . . . . .	II	145	» кососуж. анкилот. Naegele . . . . .	II	61
» при родах . . . . .	I	105	» кососуженн. сколиотическ. . . . .	II	64
Срамная щель . . . . .	I	16	» остеомалатические . . . . .	II	72
Сращения после Кесарского сечения . . . . .	II	305	» миниатюрные . . . . .	II	40
Срок родов . . . . .	I	89	» плоский верахитический . . . . .	II	28
Срочные роды . . . . .	I	89	» плоский рахитический . . . . .	II	18
Stadium decrementi схваток . . . . .	I	90	» плоск. рахитич. ассиметрич. . . . .	II	23
Stadium incrementi схваток . . . . .	I	90	» поперечно-суженн. Роберта . . . . .	II	67
Статистика родов при узком тазе . . . . .	II	30	» равномерно-общесуженн. . . . .	II	40
Стафилококки . . . . .	II	140	» с двухсторонним вывихом бедра . . . . .	II	66
		145	Тазы с несросшимся лонным сочленением . . . . .	II	75
		159	Тазы с односторонним вывихом бедра . . . . .	II	66
		162	Тазы с опухолями стенок . . . . .	II	75
Стенка матки . . . . .	I	18	» спондилолистическ. . . . .	II	66
Стерилизация на дому . . . . .	I	141	Тазовая кривизна шипцов . . . . .	II	261
Стерилизатор Лаутеншлегера . . . . .	I	142	Тазовое предлежание . . . . .	I	105
Стреловидный шов . . . . .	I	108	Тазомер . . . . .	I	82
Стрептококки . . . . .	II	140	Тальк . . . . .	I	182
		143	Тампонация при атонии матки . . . . .	II	138
		159	» при выкидыше . . . . .	II	239
		162	» шейки для расширения . . . . .	II	313
Стрептококковый эндометрит . . . . .	II	149	Theca folliculi . . . . .	I	33
Структура матки . . . . .	II	3	Тело матки . . . . .	I	18
Строгановский метод при эклампсии . . . . .	II	120	Теменное предлежание . . . . .	I	105
Строение пузырьков при пузырном заносе . . . . .	II	219	Температура новорожденного . . . . .	I	177
Суб'ективное исследование . . . . .	I	79	» при пизмии . . . . .	II	165
Судорожное сокращение просвета матки . . . . .	II	134	» при сепсисе . . . . .	II	163
Судьба излившейся в брюшную полость крови . . . . .	II	210	Температура родильниц . . . . .	I	165
		211	Тепло при параметрите . . . . .	II	157
Судьба тромбов . . . . .	II	169	Теплорегуляция новорожденного . . . . .	I	178
Сулсма . . . . .	I	179	Тератодимы . . . . .	II	408
Superfoecundatio . . . . .	I	169	Tetanus uteri . . . . .	II	3
Superfoetatio . . . . .	I	169	Техника искусственн. выкидыша . . . . .	II	245
Супрасимфизарное Кесарское сечение . . . . .	II	305	Техника искусственн. выкидыша после 4 месяцев . . . . .	II	255
Суставы при сепсисе . . . . .	II	164	Техника искусственн. преждевременных родов . . . . .	II	259
Сухие роды . . . . .	II	354	Техника наружного поворота . . . . .	II	278
			» наружного поворота на головку . . . . .	II	279
			Техника (см. операции, методы, способы).		





	Часть.	Стр.		Часть.	Стр.
Febris continua . . . . .	II	149	Хлоралгидрат при болезненных схватках . . . . .	II	6
Фермент, омыляющий жиры . . . . .	I	178	Хлороформ при болезненных схватках . . . . .	II	5; 9
» превращ. крахмал в сахар . . . . .	I	178	Хлороформ при эклампсии . . . . .	II	120
Фибрин при эклампсии . . . . .	II	114	Chondrodystrophia foetalis . . . . .	II	400
Фибробласты . . . . .	II	143	Chorio epithelioma malignum . . . . .	II	220
Физиология новорожденного . . . . .	I	175	Хорион (chorion) . . . . .	I	66
Фиброма и беременность . . . . .	II	195	» Chorion frondosum . . . . .	I	67
Физиология плода . . . . .	I	76	» Chorion laeve . . . . .	I	68
» послеродового периода . . . . .	I	164	» Chorion primitivum . . . . .	I	68
Физиологический способ расширения шейки . . . . .	II	248	<b>Ц и С.</b>		
Фимбрии . . . . .	I	29	Цвет лица при бактериэмии . . . . .	II	162
Physometra . . . . .	II	132	» околоплодных вод . . . . .	I	70
Фистулы . . . . .	II	35	» слизистой оболочки входа во влагалищ. бер. . . . .	I	88
Fistula vesico-cervicalis . . . . .	II	97	Центральное прикрепление пуповины . . . . .	I	69
Fistula vesico-vaginalis . . . . .	II	35	Центральный разрыв промежности . . . . .	II	92
Fistula vesico-uterina . . . . .	II	35	Центры движения мышц матки . . . . .	I	103
Флебит . . . . .	I	150	Центры родовой деятельности . . . . .	II	1
Флегмазия (phlegmasia alba dolens) . . . . .	II	169	Cerium oxalicum при неукротим. рвоте . . . . .	II	181
Флебит при расширении вен . . . . .	II	189	Cirrhosis deciduae . . . . .	II	222
Флегмона вульвы . . . . .	II	144	<b>Ч.</b>		
Foetus rarigascuus . . . . .	II	131	Частота лобного положения . . . . .	II	83
Foramen ovale сердца . . . . .	I	176	» поперечного положения . . . . .	II	377
Foramen ovale таза . . . . .	I	2	» предлежания детского места . . . . .	II	318
Форма матки . . . . .	I	23	Частота преждевременных родов при двойнях . . . . .	I	172
Форма матки беременной . . . . .	I	38	Частота эклампсии при двойнях . . . . .	I	174
Форма матки в начале беременности . . . . .	II	246	Четвертый момент механизма родов . . . . .	I	124
Форма матки после родов . . . . .	I	166	Чешуйчатый шов . . . . .	I	108
Форма таза новорожденного . . . . .	II	21	Членорасположение плода . . . . .	I	105
» при остеомаляции . . . . .	II	73	»    » плода неправильное . . . . .	I	105
Форсированное расширение шейки . . . . .	II	313	Членорасположение плода правильное . . . . .	I	105
Фосфор при остеомаляции . . . . .	II	74	Чревосечение при внематочной беременности . . . . .	II	217
Функциональные расстройства желудка беременных . . . . .	II	180	Чревосечение при ущемлении ретроверт. матки . . . . .	II	192
Фюрбрингеровский метод дезинфекции рук . . . . .	I	143	Чревосечение (см. Кесарское сечение) . . . . .		
<b>Х и Ch.</b>			Чувство материнства . . . . .	I	164
Химический состав околоплодных вод . . . . .	I	70	<b>Ш.</b>		
Хинин при слабых потугах и схватках . . . . .	II	13	Шевеление плода . . . . .	I	87
Хирургическое лечение внематочной беременности . . . . .	II	216	Шеечное Кесарское сечение . . . . .	II	305
Хирургическое лечение общего перитонита . . . . .	II	161	Шеечное транс-и экстраперитонеальное сечение . . . . .	II	306
Хирургическое лечение параметрита . . . . .	II	157	Шейка матки . . . . .	I	17
Хирургическое лечение при бактериэмии . . . . .	II	168	»    » . . . . .		18
Хирургическое лечение разрывов матки . . . . .	II	107	Шейка матки при беременности . . . . .	I	41
Хирургическое лечение эклампсии . . . . .	II	122	»    » . . . . .		43
Хлоазма беременных (chloasma uterinum) . . . . .	I	55	Шейка матки при выкидыше . . . . .	II	228
Хлоралгидрат при эклампсии . . . . .	II	120			



## ОГЛАВЛЕНИЕ.

### Физиологическая часть акушерства.

	Стр.
<b>Анатомия таза.</b> . . . . .	1
Развитие безымянной кости . . . . .	3
Крестец . . . . .	3
Копчик . . . . .	4
Сочленения и связки таза . . . . .	5
Таз в целом . . . . .	7
Размеры малого таза . . . . .	9
Мышцы внутри малого таза . . . . .	12
Дно таза. Мягкие родовые пути . . . . .	13
<b>Описание женских половых органов</b> . . . . .	15
Наружные половые органы . . . . .	15
Влагалище . . . . .	17
Матка . . . . .	18
Фаллопиевы трубы . . . . .	29
Яичник . . . . .	31
Граафов пузырек . . . . .	32
Молочные железы . . . . .	35
<b>Изменения в половых органах женщины во время беременности.</b> . . . .	36
Определение беременности . . . . .	36
Продолжительность бер. и ее разделение . . . . .	36
Изменения в мышечной части стенки матки во время беременности . . . . .	37
Матка от 3-х до 5 лунных месяцев . . . . .	39
Матка от 5-ти лунных м. до конца бер. . . . .	40
Изменения в шейке матки во время бер. . . . .	41
Состояние наружного и внутреннего зева во время беременности . . . . .	42
Шейка и нижний сегмент матки . . . . .	43
Изменения во влагалище и наружных половых органах . . . . .	47
Изменения слизистой оболочки матки . . . . .	47
Яичники и Фаллопиевы трубы . . . . .	49
<b>Изменения во время беременности во всем организме женщины</b> . . . . .	50
Изменения в нервной системе у женщины в начале беременности . . . . .	50
Изменение крови при беременности . . . . .	50
Сердце . . . . .	51
Изменения в сосудах . . . . .	52
Щитовидная железа . . . . .	52
Обмен веществ во время беременности . . . . .	52
Альбуминурия . . . . .	54
Гликозурия у беременных . . . . .	54
Acetonuria . . . . .	54
Изменение в коже у беременных . . . . .	54
Увеличение и растяжение брюшных стенок . . . . .	55
Изменения в костях . . . . .	57
Изменения в зубах . . . . .	57
Изменения в суставах . . . . .	57
<b>Правила гигиены во время беременности</b> . . . . .	58

	<i>Стр.</i>
<b>Развитие яйца</b> . . . . .	60
Мужские половые клетки . . . . .	60
Место и время оплодотворения яйца . . . . .	61
Импрегнация . . . . .	62
Развитие зародыша . . . . .	62
Амнион . . . . .	64
Аллантоис . . . . .	66
Хорион . . . . .	67
Детское место . . . . .	68
Пуповина . . . . .	69
Отношение оболочек яйца друг к другу в последние месяцы беременности . . . . .	70
Околоплодные воды . . . . .	70
Плод . . . . .	70
<b>Анатомические особенности утробного плода. Перемены в органах дыхания и кровообращения, связанные с первым дыханием</b> . . . . .	73
Особенности органов грудной клетки . . . . .	73
Органы кровообращения . . . . .	73
Брюшная полость . . . . .	76
Физиология плода . . . . .	76
<b>Положение плода в матке во время беременности</b> . . . . .	77
<b>Исследование беременных</b> . . . . .	79
Расспрос . . . . .	79
Осмотр . . . . .	80
Ощупывание . . . . .	80
Постукивание . . . . .	82
Выслушивание . . . . .	82
Измерение таза . . . . .	82
Простое исследование через влагалище и двойное исследование . . . . .	84
Распознавание беременности . . . . .	87
Признаки беременности . . . . .	87
<b>Роды</b> . . . . .	89
Схватки . . . . .	89
Изменения в матке зависящие от схваток . . . . .	91
Открытие шейки . . . . .	93
Кольцо сокращения . . . . .	96
Изменения положения матки во время схваток . . . . .	98
<b>О положении, членорасположении и предлежании плода во время родов</b> . . . . .	104
<b>Механизм родов</b> . . . . .	107
Размеры и свойства головки новорожденного младенца . . . . .	107
Размеры головки доношенного плода . . . . .	109
Механизм родов при предлежании головкой . . . . .	109
Механизм родов при затылочном положении . . . . .	110
Механизм родов при лицевых положениях . . . . .	130
Механизм тазового предлежания . . . . .	134
<b>Ведение нормальных родов</b> . . . . .	138
Асептика и антисептика при родах . . . . .	139
Обстановка родов на дому . . . . .	141
Ведение родов в специальных учреждениях . . . . .	143
Исследование рожениц . . . . .	145
Наружное исследование рожениц . . . . .	146
Внутреннее исследование . . . . .	150
Ведение периода открытия (I период) . . . . .	151
Ведение периода изгнания (II период) . . . . .	152
Поддерживание промежности . . . . .	155
Ведение последового периода (III период) . . . . .	158

	<i>Стр.</i>
<b>Физиология послеродового периода</b> . . . . .	164
Уход за родильницами . . . . .	167
<b>Беременность при двойнях</b> . . . . .	168
Распознавание беременности двойнями . . . . .	170
Роды при двойнях . . . . .	172
Терапия при двойнях . . . . .	174
<b>Физиология новорожденных</b> . . . . .	175
<b>Уход за новорожденным</b> . . . . .	178
Перевязка пуповины . . . . .	179
Особенности ухода за недоносками . . . . .	184
Асфиксия или мнимая смерть новорожденных . . . . .	187

**Патологическая часть акушерства.**

<b>Неправильность схваток и потуг</b> . . . . .	1
Болезненные и спазматические схватки . . . . .	1
Этиология . . . . .	1
Лечение . . . . .	3
Задачи на спазматические схватки . . . . .	6
Ответы . . . . .	7
Слишком сильные схватки . . . . .	8
Слабые схватки . . . . .	10
Слабость потуг . . . . .	13
Слишком сильные схватки в конце беременности . . . . .	15
<b>Неправильность со стороны таза:</b> . . . . .	17
Рахитические плоские тазы . . . . .	18
Распознавание рахитического таза . . . . .	24
Плоский таз не рахитический . . . . .	28
Беременность при плоских тазах . . . . .	28
Роды при плоских тазах . . . . .	29
Механизм родов при плоских тазах . . . . .	35
Предсказание при плоских тазах . . . . .	37
Терапия при сужении таза . . . . .	38
Равномерно-обшесуженный таз . . . . .	40
Обшесуженный плоский таз . . . . .	41
Задачи на сужение таза: . . . . .	42
Плоский таз, небольшой ребенок . . . . .	42
Плоский таз, доношенный ребенок . . . . .	43
Плоский таз, ребенок значительной величины, многородящие . . . . .	45
Плоский таз, ребенок 3500—4000, первородящие . . . . .	46
Плоский таз, большой ребенок, многородящие . . . . .	47
Сильно плоский таз с наружной конъюгатой—16 . . . . .	47
Обшесуженный таз, недоношенный ребенок, многородящие . . . . .	48
Обшесуженный таз, недоношенный ребенок, первородящие . . . . .	48
Обшесуженный таз, доношенный ребенок, многородящие . . . . .	49
Обшесуженный таз, доношенный ребенок, первородящие . . . . .	50
Обшесуженный таз, большой ребенок . . . . .	50
Ответы . . . . .	51
Кососуженный анкилотический таз Naegele . . . . .	61
Кососуженный сколиотический таз . . . . .	64
Коксалгический таз . . . . .	65
Таз, уменьшенный односторонним вывихом бедра . . . . .	66
Таз, измененный двухсторонним врожденным вывихом бедра . . . . .	66
Поперечно суженный Робертовский таз . . . . .	67
Кифотический или воронкообразно суженный таз . . . . .	68
Спондилолистетический таз . . . . .	69
Таз, измененный остеомаляцией . . . . .	72
Изменения в скелете в тазе . . . . .	73
Симптомы и лечение остеомаляции . . . . .	74
Ложно-остеомалятический таз . . . . .	75

	<i>Стр.</i>
<b>Препятствия со стороны мягких родовых путей:</b> . . . . .	76
Препятствия со стороны шейки матки . . . . .	76
Препятствия со стороны влагалища и промежности . . . . .	79
<b>Неправильность механизма родов</b> . . . . .	82
Неправильность механизма родов при предлежании головки . . . . .	82
Лобное положение . . . . .	82
Задачи на лобное предлежание . . . . .	85
Ответы . . . . .	85
Неправильность второго момента родов при затылочном положении . . . . .	86
Неправильность третьего момента механизма родов . . . . .	88
Неправильность четвертого момента родов . . . . .	88
Неправильность 5-го момента механизма родов . . . . .	88
Неправильность механизма родов при лицевых поло- жениях . . . . .	89
Неправильность механизма родов при тазовом пред- лежании . . . . .	89
<b>Разрывы мягких родовых путей во время родов:</b>	
Разрывы промежности, вульвы и влагалища . . . . .	91
Разрывы влагалищной части шейки . . . . .	96
Разрывы матки во время родов . . . . .	97
I. Разрывы матки при placenta praevia . . . . .	98
II. Разрывы при поперечных положениях . . . . .	98
III. Разрывы при Hydrocephalia . . . . .	99
Разрывы при лобных положениях . . . . .	99
Разрывы при неправильностях таза . . . . .	99
Разрывы при общесуженных тазах . . . . .	100
Разрывы при плоских тазах . . . . .	101
<b>Эклампсия</b> . . . . .	108
Симптомы . . . . .	110
Патогенез эклампсии . . . . .	112
Diagnosis . . . . .	115
Prognosis . . . . .	115
Лечение эклампсии . . . . .	117
Лечение при экламптических припадках . . . . .	118
Задачи на эклампсию . . . . .	125
Ответы . . . . .	127
<b>Внутриматочная смерть плода</b> . . . . .	130
<b>Задержка в выходе последа</b> . . . . .	134
Кровотечение вследствие атонии матки . . . . .	136
<b>Выворот матки после родов. Inversio uteri</b> . . . . .	139
<b>Послеродовые воспалительные заболевания</b> . . . . .	140
Vulvo-Vaginitis S. Kolpitis puerperalis . . . . .	142
Послеродовое воспаление слизистой оболочки матки. Endometritis puerpe- ralis . . . . .	148
Задержка послеродовых очищений в матке. Lochiometra . . . . .	153
Послеродовое воспаление околоматочной клетчатки. Parametritis puer- peralis . . . . .	155
Воспаление брюшины после родов. Peritonitis . . . . .	159
Бактериэмия. Sepsis . . . . .	162
Trombiophlebitis puerperalis . . . . .	168
<b>Mastitis. Воспаление грудных желез</b> . . . . .	172

Патология беременности.

	<i>Стр.</i>
<b>Альбуминурия беременных</b> . . . . .	175
<b>Неукротимая рвота беременных</b> . . . . .	180
Саливация . . . . .	182
<b>Острые и хронические болезни и беременность:</b>	
Брюшной тиф и беременность . . . . .	183
Корь и беременность . . . . .	183
Скарлатина и беременность . . . . .	183
Оспа и беременность . . . . .	184
Апаемия perniciosa . . . . .	184
Туберкулез и беременность . . . . .	185
Сифилис и беременность . . . . .	186
Расширение вен во время беременности . . . . .	188
<b>Заболевания женских половых органов и беременность:</b>	
Pruritus vulvae . . . . .	189
Kolpitis . . . . .	190
Retroversio-flexio uteri gravidi . . . . .	190
Anteversio et anteflexio uteri gravidi . . . . .	192
Фиброма и беременность . . . . .	195
Влияние фибромы на беременность и роды . . . . .	195
Влияние беременности на фиброму . . . . .	195
Беременность и рак шейки . . . . .	198
Киста яичника и беременность . . . . .	200
Недостатки развития матки и влагалища и беременность . . . . .	202
Беременность в зачаточном роге . . . . .	203
<b>Внематочная беременность</b> . . . . .	206
Патологическая анатомия . . . . .	207
Симптомы и течение . . . . .	210
Этиология . . . . .	211
Диагностика . . . . .	213
Терапия . . . . .	216
<b>Пузырный занос. Mola hydatidosa</b> . . . . .	219
<b>Endometritis deciduialis</b> . . . . .	222
<b>Hydorrhoea uteri gravidi</b> . . . . .	222
<b>Заболевания плаценты</b> . . . . .	223
Плацентарные кисты . . . . .	223
Известковые отложения плаценты . . . . .	223
Отек плаценты . . . . .	223
Белый инфаркт плаценты . . . . .	224
Альбуминурическая плацента . . . . .	224
Сифилитическая плацента . . . . .	225
<b>Выкидыш</b> . . . . .	225
Причины . . . . .	226
Симптомы . . . . .	227
Прогностика . . . . .	231
Диагностика . . . . .	231
Терапия . . . . .	233
<b>Преждевременные роды</b> . . . . .	240
<b>Акушерские операции:</b>	
<b>Акушерский инструментарий</b> . . . . .	241
<b>Искусственный выкидыш</b> . . . . .	244
Показания . . . . .	244
Техника производства искусственного выкидыша . . . . .	245

	<i>Стр.</i>
<b>Искусственные преждевременные роды</b> . . . . .	257
Показания . . . . .	257
<b>Щипцы</b> . . . . .	261
Рациональный способ накладывания щипцов . . . . .	266
Щипцы на головку, находящуюся у выхода таза в прямом размере его . . . . .	270
Щипцы на головку, находящуюся в полости таза в косых и поперечных размерах . . . . .	271
Щипцы на головку, находящуюся в одном из задних видов . . . . .	273
Щипцы на головку, находящуюся в прямом задне-затылочном положении . . . . .	274
Щипцы на головку, находящуюся во входе таза. Высокие щипцы . . . . .	275
Наложение щипцов при предлежании лицом . . . . .	276
Щипцы на последующую головку . . . . .	277
Показания к применению щипцов . . . . .	277
<b>Поворот</b> . . . . .	278
Наружный поворот . . . . .	278
Внутренний поворот . . . . .	280
Условия для поворота . . . . .	286
Показания к повороту . . . . .	287
<b>Краниотомия</b> . . . . .	287
Прободение предлежащей головки . . . . .	288
Перфорация последующей головки . . . . .	290
Извлечение просверленной головки . . . . .	290
Кефалотрипсия . . . . .	293
<b>Эмбриотомия. Декапитация</b> . . . . .	293
Извлечение плода при предлежании тазовым концом . . . . .	295
Извлечение последующей головки . . . . .	299
<b>Влагалищное Кесарское сечение</b> . . . . .	301
<b>Классическое Кесарское сечение</b> . . . . .	302
Техника . . . . .	302
Показание . . . . .	304
Супрасимфизарное Кесарское сечение . . . . .	305
<b>Операция Рогго</b> . . . . .	306
<b>Симфизиотомия</b> . . . . .	308
<b>Пубиотомия, геботомия</b> . . . . .	310
<b>Episiotomia</b> . . . . .	311
<b>Расширение шейки</b> . . . . .	313
<b>Неправильности со стороны яйца.</b>	
<b>Placenta praevia</b> . . . . .	317
Причины . . . . .	318
Симптомы . . . . .	320
Диагностика . . . . .	323
Прогностика . . . . .	324
Терапия . . . . .	324
Задачи . . . . .	331
<b>Преждевременное отделение детского места, нормально прикрепленного</b> . . . . .	339
Этиология . . . . .	342
Патологическая анатомия . . . . .	343
Симптомы . . . . .	343
Распознавание . . . . .	343
Лечение . . . . .	344
Задачи . . . . .	345



	<i>Стр.</i>
Многоводие . . . . .	346
Маловодие . . . . .	351
Преждевременное излитие вод . . . . .	353
Запоздалый разрыв пузыря . . . . .	354
Неправильность формы и величины пуповины . . . . .	356
Опущение, предлежание и выпадение пуповины . . . . .	360
Симптомы . . . . .	362
Предсказание . . . . .	363
Распознавание . . . . .	363
Терапия . . . . .	365
Задачи . . . . .	369
Поперечное положение . . . . .	376
Причины . . . . .	378
Течение родов . . . . .	380
Распознавание . . . . .	382
Прогностика . . . . .	383
Терапия . . . . .	384
Задачи . . . . .	386
Неправильность членорасположения плода . . . . .	393
Выпадение ручки . . . . .	393
Препятствия во время родов, зависящие от неправильного или чрезмерного развития плода и уродство плода вообще . . . . .	395
Гидроцефалия . . . . .	395
Мозговая грыжа . . . . .	399
Брюшная водянка . . . . .	399
Кистозное перерождение почек . . . . .	400
Опухоли плода . . . . .	400
Spina bifida . . . . .	400
Chondro dystrophia foetalis . . . . .	400
Ненормальная величина плода . . . . .	401
Уродства плода вообще . . . . .	402
<b>Добавления.</b>	
Диагностика беременности: . . . . .	411
Метод Abderhalden'a . . . . .	411
Флоридзиновая проба . . . . .	412
Рентгенография . . . . .	412
К механизму родов. . . . .	413
Метод исследования через прямую кишку . . . . .	413
Токсикозы беременных . . . . .	414
1) Отчетно-нефритические и экламптические токсикозы . . . . .	415
2) Остеомаляция . . . . .	416
3) Невро-психопатия беременных . . . . .	417
4) Дермопатия . . . . .	417
5) Гепатопатия беременных . . . . .	414
6) Гематопатия беременных . . . . .	418
К главе о placenta praevia . . . . .	419
Определение вирулентности стрептококка: . . . . .	420
Метод K. Ruge II . . . . .	420
Метод Philipp'a . . . . .	420
Оперативное лечение послеродового перитонита . . . . .	421
Щипцы Kjelland'a . . . . .	422
Предметный указатель . . . . .	425

Обм. 1955г.  
Акт № С-379/8

