



КАРМАННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
АТЛАСЪ

L. v. Oskar Schöler

ТОМЪ II

АКУШЕРСТВО

ИЗДАНИЕ ЖУРНАЛА ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

С. П. Б. ул. Жуковского 13.

КАРМАННЫЕ МЕДИЦИНСКІЕ АТЛАСЫ

ВЪ ИЗЯЩНЫХЪ КОЛЕНКОВЫХЪ ПЕРЕПЛЕТАХЪ.

- Bollinger.** Атласъ и краткія основы патологической анатоміи. Т. I. Кровообращ., дыханіе, пищеваp. Ц. 4 р. — к.
- Bollinger.** Атласъ и краткія основы патологической анатоміи. Т. II. Нервная система, мочеполовой аппаратъ, кости » 4 » — »
- Brühl.** Атласъ и основы ушныхъ болѣзней. 244 хромо-литогр. рис. на 39 табл. и 99 рис. въ текстѣ: » 4 » — »
- Doederlein Albert.** Атласъ и краткое руководство къ курсу акушерскихъ операций. Съ 116 рис. (въ 2 краскахъ). Въ папковомъ переплетѣ » 1 » 25 »
- Grünwald.** Атласъ и основы болѣзней полости рта, зѣва и носа. Съ 42 раскраш. табл. и 39 рис. въ текстѣ. » 4 » — »
- Grünwald.** Болѣзни полости рта, носа и зѣва. 69 хромо-литогр. табл. » 2 » — »
- Naab.** Атласъ и краткія основы офтальмоскопіи и офтальмоскопич. діагностики. 100 хромо-лит. табл. » 3 » 50 »
- Naab.** Атласъ наружныхъ заболѣваній глаза, съ очеркомъ патологіи и терапіи ихъ. 80 хромо-литогр. рис. на 40 табл. и 7 рис. въ текстѣ. » 3 » 50 »
- Heiferlich.** Краткія основы травматич. переломовъ и вывиховъ. 116 хромо-литогр. табл. » 3 » — »
- Hoffa Albert.** Атласъ и краткія основы ученія о повязкахъ. Для студентовъ и врачей. Съ 128 рис. » 2 » 50 »
- Hofmann E.** Атласъ судебной медицины. Съ 56 хромо-литогр. табл. и 193 рис. въ текстѣ » 5 » — »

- 31.5
40
- Jacob. Атласъ здоровой и больной нервн. системы. 78 хромолитогр. табл. и рис. въ текстѣ . . . Ц. 4 р. — к.
- Jacob. Атласъ клинич. мет. изслѣд., съ прилож. краткихъ основъ клинич. діагностики и частной патол. и терапіи внутрен. бол. 182 хромолитогр. рис. на 68 табл. и 64 рис. въ текстѣ » 4 » 50 »
- Kopp. Болѣзни половыхъ органовъ. 53 хромолитогр. табл. и 4 черн. табл. » 3 » — »
- Lehmann и Neumann. Атласъ и краткія основы бактериологіи и инфекціон. болѣзней. 60 хромолит. табл. » 3 » — »
- Mгасек. Атласъ кожныхъ болѣзней съ кратк. очеркомъ патологіи и терапіи ихъ. 63 хромолитогр. табл. и 39 черн. рис. » 4 » — »
- Mгасек. Атласъ сифилиса и венерическихъ болѣзней съ кратк. изложеніемъ патологіи и терапіи ихъ. 71 хромолитогр. табл. и 17 черн. рис. . . » 4 » — »
- Rieder, H. Атласъ клипической микроскопіи мочи. 36 хромолитогр. табл. съ 167 рисунками . . . » 4 » — »
- Schaeffer. Атласъ и основы ученія о гинекологическихъ операціяхъ. Съ 42 раскраш. табл. и 21 рис. въ текстѣ. » 3 » 50 »
- Schaeffer. Акушерство. Родовой актъ. 99 хромолит. табл. » 2 » — »
- Schaeffer. Анатомическій атласъ акушерской діагностики и терапіи. 142 хромолитогр. табл. . . . » 3 » 50 »
- Schaeffer. Атласъ гинекологіи. 98 хромолитогр. табл. » 3 » 50 »
- Zuckerkindl. Атласъ и основы ученія о хирургическихъ операціяхъ. 34 хромолитогр. табл. и 217 рис. » 4 » — »

D-r O. Schäffer,

ассистентъ Мюнхенской гинекологической клиники.

ТОМЪ II.
КАРМАННЫЙ МЕДИЦИНСКІЙ АТЛАСЪ.
АКУШЕРСТВО.

Анатомическій атласъ акушерской діагностики и терапіи.

Со 145 хромолит. таблицами.

Перевель со 2-го нѣмецкаго изданія
д-ръ И. А. Юзефсонъ.

[*Medicin. Taschen-Atlanten: Geburtshülfe, II Theil. Anatomischer Atlas der Geburtshilflichen Diagnostik und Therapie mit 145 Abbildungen v. D-r O. Schäffer.*]

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе журнала «Практическая Медицина».

1895.

Доволено цензурою. С.-Петербургъ, 22 Сентября 1894 г.

Типографія В. С. Эттингера, Казанская 44.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

(Кромѣ указываемаго здѣсь *главнаго текста* къ каждому рисунку приложено еще *особое описаніе* его).

	Стр.
Предисловіе	9
Приивчанія къ рисункамъ	11
Введеніе	13
Отдѣлъ I. Нормальная анатомія половыхъ органовъ во время беременности.	
Глава I. Нормальный женскій тазъ и его развитіе	15
§ 1. Распознаваніе нормальнаго женскаго таза; размѣры его! (Сюда рис. 1, 4—7, 11, 25, 32)	
§ 2. Форма и наклоненіе нормальнаго женскаго таза. Происхожденіе его. (Сюда рис. 1, 10, 12—15, 17, 25—27, 32—326)	18
§ 3. Практическіе выводы относительно положенія роженицы. (Сюда рис. 25, 26, 32)	21
§ 4. Форма развитою нормальнаго женскаго таза въ сравненія съ тазомъ плода. (Сюда рис. 1, 12, 13, 17)	—
§ 5. Отношенія величинъ нормальнаго женскаго таза къ механизму родовъ. (Сюда рис. 1, 6, 11, 16, 18, 22—24, 33; Акуш. атл. I. рис. 4—8, 10, 11, 19—21, 26, 35, 63)	24
Прибавленіе: Черепъ плода (форма и размѣры). (Рис. 69—71, 116, 117)	31
Глава II. Нормальный половой аппаратъ во время беременности	37

	Стр.
§ 6. Распознаваніе беременности. (Сюда рис. 8, 9, 19, 21, 29, 40, 92—94, 101)	37
§ 7. Распознаваніе и анатомія отдѣльныхъ мѣсяцевъ беременности. Чреамѣрная рвота беременныхъ. Вычисленіе длины плода. (Сюда рис. 8, 29, 40, 118, 119, 122)	42
§ 8. Анатомія «нижняго маточнаго сегмента». (Сюда рис. 17, 28, 30, 31, 52, 102—104, 127; Акуш. атл. I рис. 4, 14, 28)	47
§ 9. Влагалищная часть матки во время беременности. (Сюда рис. 8, 9, 29; Акуш. атл. I, рис. 4)	56
§ 10. Анатомія маточнаго тѣла и измѣненія его мышечнаго слоя во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ. (Сюда рис. 35—37, 43, 45, 118, 121 и Акуш. атл. I, рис. 14)	58
§ 11. Механика положеній плода и силы давленія матки; потуги. (Сюда рис. 18)	62
§ 12. Нормальное теченіе родовъ вообще и частота положеній. Діететика нормальныхъ родовъ. (Поддерживаніе промежности и друг. «ручные приемы»). Этіологія положеній. (Сюда рис. 96, 99, 100, 101, 116 и Акуш. атл. I, рис. 4, 5, 7—11, 19, 26, 28, 32, 33, 35, 41, 43, 44, 57)	67
§ 13. Сосуды матки и ихъ измѣненія во время беременности. (Сюда рис. 38, 41—43)	72
§ 14. Иннервация матки (рис. 39), причина родовыхъ потугъ	74
§ 15. Связочные аппараты внутреннихъ половыхъ органовъ и тазовая клетчатка. Положеніе яичниковъ и мочеточниковъ. (Сюда рис. 28, 30, 31, 34, 38, 43, 46)	75
§ 16. Яичники и яйцепроводы; измѣненія ихъ во время беременности. (Сюда рис. 44, 46, 47, 48, 50, 51). Фолликулы и проч.	78
§ 17. Влагалище и наружныя половыя части и ихъ измѣненія во время беременности. (Сюда рис. 30, 31, 33, 40, 53—55). Промежность. — Влагалищныя выдѣленія. — Послѣродовыя очищенія	81
§ 18. Грудныя железы и ихъ измѣненія во время беременности. (Сюда рис. 49, 56, 57). Молозиво; химическій составъ женскаго молока	85
Прибавленіе къ гл. II	87
§ 19. Измѣненія другихъ органовъ во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ	87
§ 20. Распознавательныя фізіологическіе признаки у роженицы и новорожденнаго (хронологически). (Послѣродовая діета)	89

Отдѣлъ II. Неправильные тазы и ихъ вліяніе на беременность и роды.

- § 21. Общія замѣчанія относительно распознаванія и леченія неправильныхъ тазовъ. (Сюда рис. 69—71). Разрывы тазовыхъ суставовъ. Выжидательный методъ (понятіе объ этомъ). Показанія къ отдѣльнымъ операціямъ! (срв. также § 22, табл. подъ текстомъ) 92
- § 22. Обще-сѣуженные тазы. (Сюда рис. 2 и Акуш. атл. I, рис. 16—18). Табл. показаній къ выкидышу и преждеврем. род., къ измѣненію различныхъ акушерскихъ операцій при узкихъ тазахъ 97
- § 23. Плоскіе тазы (или сѣуженные въ прямомъ размѣрѣ): плоскіе-рахитическіе, плоско-рахитическіе, обще- и плоско-рахитическій. (Сюда рис. 6, 11, 60, 61, 63, 67, 69—71, 78, 85—89, 92—94, 101 и Акуш. атл. I, рис. 16) 99
- § 24. Спавшіеся тазы: сильно-рахитич., остеомалятич. (Сюда рис. 64—68, 70) 105
- § 25. Воронкообразные тазы: пояснично-крестцово-кифотическій воронкообразный тазъ, кифосколиотическій—*pelvis obtecta s. spondylizema*. (Сюда рис. 3, 5, 72—74) 109
- § 26. Косо-сѣуженные (или косо-смищенные) тазы: вслѣдствіе сколіоза, синостоза, коксалгіи (рис. 77—79, 81) 113
- § 27. Поперечно-сѣуженные тазы (рис. 3) 119
- § 28. Тазы измѣн. вслѣдствіе врожденныхъ или ранѣе приобретенныхъ дефектовъ. (Сюда рис. 3, 12, 83). Вывихи (врожд.), двухсторон. косолапость, расщепленный тазъ, «тазъ отъ лежанія» 120
- § 29. Спондилолистетическій тазъ (рис. 80) 122
- § 30. Ассимиляціонный тазъ (или тазъ со «вставочнымъ повонкомъ») (рис. 80) 123
- § 31. Тазы, сѣуженные костными опухолями или экзостозами вслѣдствіе переломовъ. *Akanthopelys s. pelvis spinosa* (рис. 89—91) 125
- § 32. Слишкомъ обширные тазы. Очень быстрые роды (*Part. praecipitata*) (срв. § 55) 126

Отдѣлъ III. Смѣщенія, опухоли и аномалии развитія полового аппарата и ихъ состояніе во время беременности и родовъ.

- § 33. Смѣщенія матки впередъ и «отвислый животъ». (Сюда рис. 9, 29, 69, 70, 92, 94, 101, 129 и Акуш. атл., I, рис. 15, 16) 128
- § 34. Смѣщенія матки назадъ, ваглоненія и вагибы назадъ беременной матки. (Сюда рис. 85—87) 129
- § 35. Выпаденіе беременной матки (рис. 28, 30, 31, 34, 88). 131
- § 36. Грыжа беременной матки (Hysterocele). (Рис. 95) . 132
Глава II. Опухоли полового аппарата.
- § 37. Фиброміомы матки. (Рис. 96, 97, 107) 133
- § 38. Ракъ матки. (Рис. 106) 138
- § 39. Родовыя препятствія со стороны мягкихъ частей «выходного канала». (Рис. 96, 99). Опухоли влагалища, кровяныя опухоли (гематомы), Cystocele, Vagina septa, атрезіи, стенозы и ригидности шейки, рукава, наружныхъ половыхъ частей 137
- § 40. Опухоли яичниковъ. (Рис. 88, 97) 138
Глава III. Аномаліи развитія полового аппарата.
- § 41. Вліяніе аномалій развитія матки на беременность и роды. (Рис. 99, 100). Uterus bicornis, unicornis и проч. . 139

Отдѣлъ IV. Разрывы матки во время беременности и родовъ.

- 42! Разрывы матки и протиранія. (Сюда рис. 69—71, 98, 100, 102, 107, 140) 142
- § 43. Надрывы шейки. (Рис. 38) 146

Отдѣлъ V. Ненормальныя внѣдренія яйца: внѣматочная беременность и предлежаніе послѣда.

- § 44. Трубная беременность. (Сюда рис. 46, 108—110, 112, 115, 116, 127) 148
- § 45. Брюшная беременность. (Сюда рис. 113, 115) 152
- § 46. Яичниковая беременность. (Сюда рис. 47, 114) 154
- § 47. Предлежаніе послѣда (Placenta praevia). (Сюда рис. 28, 52, 96, 110, 133—135, 145 и Акуш. атл. I, рис. 72). Тампонаціи матки 155

Отдѣлъ VI. Анатомія и этиологія преждевременнаго изгнанія плода.

- § 48. Общія заболѣванія матери; симптомы начинающагося изгнанія плода, спец. выкидыша. Децидуальныя кровотеченія, Плацентарный полипъ, кровяной заносъ. Человѣческія яйца, яйцевыя оболочки, децидуальныя клѣтки, ворсинки хоріона. Эклампсія, плацентарный инфарктъ. Скручиваніе пуповины. Мацерация плода. Missed labour. (Сюда рис. 58, 59, 118, 119, 120, 122, 124—128, 130, 141, 142 и Акуш. атл. I, рис. 12, 13, 27) 160

- § 49. Заболѣванія эндометрія и яйцевыхъ оболочекъ. Эндометритъ. *Hydrogrrhoea ut. grav. Decid. polyurosa*. Пузырный заносъ. (Сюда рис. 92, 120, 121, 123, 124, 126—132, 141) 166
- § 50. Заболѣванія и уродства плода, какъ причины тяжелыхъ явленій во время беременности и родовъ. Сифилисъ; *Melaena neonator.*; гидросефалія. Двойныя уродства и проч. 170
- Прибавленіе: беременность двойнями. (Сюда рис. 136, 139—141) 173

Отдѣль VII. Неправильныя положенія плода и частей яйца.

- § 51. Неправильныя положенія, членорасположенія и позиціи плода (срв. § 13). Распознаваніе положеній! Механизмъ неправильныхъ положеній. Терапія ихъ. (Сюда фиг. 69—71 и Акуш. атл. I, рис. 15, 19—21, 26, 30, 35—39, 48—57, 69—86) 175
- § 52. Ненормальное состояніе пуповины и яйцевыхъ оболочекъ во время родовъ. Обвитія, прижатіе пуповины, оболочковое прикрѣпленіе пуповины (*insertio velamentosa*), задержка плаценты: преждевременное отдѣленіе плаценты при нормальномъ прикрѣпленіи ея. (Сюда рис. 125, 139, 141 и Акуш. атл. I, рис. 42, 85) 181

Отдѣль VIII. Разстройства родового акта вслѣдствіе общихъ заболѣваній матери.

- § 53. Общія замѣчанія относительно разстройствъ родового акта. Диагностическая схема родовыхъ разстройствъ со стороны матери и плода! Разстройства, показующія извѣстные оперативные приемы! 183
- § 54. Взаимное дѣйствіе между беременностью и общими болѣзнями 186
- § 55. Аномаліи потугъ: слабость потугъ; столбнякъ матки (*tetanus uteri*); слишкомъ быстрые роды (*partus praecipitatus*). (Сюда рис. 35, 36, 110) 186

Отдѣль IX. Общія замѣчанія касательно акушерской терапіи.

Глава I. Техническій аппаратъ.

- § 56. Акушерскій наборъ (рис. 45). Сумка акушера и повивальныхъ бабокъ. Обезпложиваніе 190
- § 57. Употребляющіяся въ акушерствѣ лекарства. Спринцованія, примѣненіе льда, слабительныя по степени ихъ дѣйствія 194

	Стр.
§ 58. Общія приготвленія къ веденію родовъ и къ анти-септикъ. Маточныя спринцованія	200
Глава II. Хирургическая терапія.	
§ 59. Опорожненіе матки. Расширеніе шейки. Производство искусственнаго выкидыша и преждеврем. родовъ .	202
§ 60. Хирургически-акушерскіе приемы. Надрѣзы промежности; зашиваніе промежности; надрѣзы наружн. маточнаго вѣва. Кесарское сѣченіе. Операція Porro. (Рис. 110)	203
Глава III.	
§ 61. Общія замѣчанія относительно акушерскихъ операцій. Приготовленія и предварительное изслѣдованіе!—Поворотъ, извлеченіе (различныя виды и показанія!). — Превращеніе лобныхъ и лицевыхъ положеній; выжиманіе и другіе приемы, вправленія, отдѣленіе послѣда и извлеченіе за плечики (срв. §§ 12 и 51), наложеніе щипцовъ—перфорачія, краниоклазія, экзентерація и проч. (Сюда рис. 116, 139 и Акуш. атл. I, рис. 28, 36—39, 42, 49—55, 64—75, 79—84, 86, 89—90).	208

Предисловіе.

Предлагаемый второй томъ моихъ атласовъ содержитъ *ученіе о морфологій женскихъ половыхъ органовъ, какъ анатомическую основу нормальныхъ и патологическихъ явленій беременности и родовъ*. Повсюду я старался указать, *почему и какъ* на основаніи морфологическихъ особенностей даннаго случая можно шагъ за шагомъ прослѣдить процессъ беременности, механизма родовъ и т. д. Отсюда вытекають объективные признаки, имѣющіе значеніе для **діагностики**. Затѣмъ слѣдуетъ анатомической разборъ *патологическихъ* измѣненій женскихъ половыхъ органовъ и указывается прежде всего, какое вліяніе обнаруживаютъ эти измѣненія на *теченіе* беременности и родовъ, а также и наоборотъ, какія патологическія нарушенія, вызывая сами по себѣ *ненормальную беременность* и неправильные роды, въ состояніи косвеннымъ образомъ причинить разстройство половыхъ отправления. Отсюда опять вытекають **діагностическіе** признаки, а вмѣстѣ съ тѣмъ и **показанія** къ леченію. *Развитіе отдѣльныхъ положеній плода и оперативные приемы*, производимые въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, изложены уже нами въ первомъ томѣ; здѣсь рѣчь идетъ лишь объ анатомическихъ причинахъ, о *распознаваніи*, о *постановкѣ показаній* и назначеніи соотвѣтственной *терапии*. Я не приводилъ мнѣній различныхъ авторовъ, но старался установить **твердыя научныя положенія** соотвѣтственно новѣйшему состоянію нашей науки. Гдѣ только было возможно, я старался присоединиться къ тому или иному мнѣнію на основаніи собственныхъ наблюденій.

Я поставилъ себѣ задачей изложить ходъ развитія болѣзненныхъ явленій въ *симптоматологии* и *терапии* кратко, наглядно и ясно, иллюстрируя все сказанное соотвѣтственно подобранными многочисленными рисунками. За любезную готовность помогать мнѣ совѣтами и за просмотръ рисунковъ, а также за разрѣшеніе пользоваться матеріаломъ Мюнхенской гинекологической клиники, я высказываю своему многоуважаемому учителю и директору клиники, *проф. Винкелю*, свою *глубочайшую признательность*.

Развитіе и патологія яйца изложено въ настоящемъ томѣ сжато постольку, поскольку оно дѣйствительно имѣетъ клиническое значеніе съ точки зрѣнія беременности и родовъ, несмотря на то, что вопросъ этотъ, составляющій предметъ моихъ работъ, меня живо интересуетъ. Все это будетъ приведено въ одномъ изъ слѣдующихъ томовъ подъ эмбриологіей, тератологіей и патологіей грудного возраста.

Вторичныя патологическія послѣдствія родовъ, а именно *послѣродовыя заболѣванія*, не вызванныя прямо родовымъ актомъ, я изложу въ одной изъ главъ моего гинекологическаго атласа. Въ указателѣ *литературы* приведены имена только тѣхъ *авторовъ*, которые своими трудами *дѣйствительно способствовали* разрѣшенію того или другого вопроса, а изъ работъ упомянуты такія, которыя содержатъ въ себѣ важныя *статистическія* или *общелитературныя* справки.

Въ концѣ книги помѣщены важнѣйшіе *акушерскіе рецепты*, списокъ *инструментовъ* и *правила антисептики*.

Здѣсь считаю долгомъ указать, что только благодаря широкой щедрости *издателя*, не остановившагося передъ огромными затратами, удалось снабдить книгу такимъ большимъ количествомъ *оригинальных раскрашенныхъ* рисунковъ.

Университетскій художникъ *C. Krapf* и на сей разъ исполнилъ таблицы по моимъ указаніямъ, тщательно сохранивъ анатомическія и микроскопическія особенности препаратовъ.

D-r Oscar Schäffer.

Примѣчанія къ рисункамъ.

Каждый рисунокъ имѣеть свое *описаніе* (въ началѣ каждой страницы надъ *главнымъ текстомъ*) съ указаніемъ *параграфовъ*, относящихся къ соотвѣтственнымъ рисункамъ. Кромѣ того подъ каждымъ заглавіемъ параграфа *указаны рисунки, разобранные тутъ же* въ текстѣ.

Въ *оглавленіи*, помимо обозначенія отдѣловъ, главъ и параграфовъ, еще разъ приведены всѣ названія предметовъ, такъ что составленіе алфавитнаго указателя явилось излишнимъ.

Для объясненія рисунковъ взяты *цифры и условные знаки*, специально выбранные для каждого даннаго случая. Какъ и въ первомъ моемъ акушерскомъ атласѣ, здѣсь принято общее обозначеніе цифрами *саиталъныхъ разрѣзовъ и изображеній таза*. Эти обозначенія слѣдующія:

- | | |
|--|---|
| 1 = Лонное соединеніе (Сим-
физъ). | 7 = Прямая кишка (Rectum). |
| 2 = Мысь крестцов. к. (Promontor.). | 7a = Задній проходъ (Anus). |
| 2a = Двойной мысь. | 8 = Маточн. стѣнка или тѣло. |
| 3 = Копчиковая кость (Os coccygis). | 9 = Ость сѣдалищн. кости (Sp. oss. ischii). |
| 4 = Шейка матки (Cervix uteri). | 10 = Сѣдалищн. бугоръ (Tuber oss. ischii). |
| 4a = Наружн. мат. зѣвъ (Orific. ut. ext.). | 14 = Промежность (Perinaeum). |
| 4b = Внутр. мат. зѣвъ (Orific. ut. int.). | 16 = Пупочн. канатикъ (Funic. umbilic.). |
| 5 = Мочевой пузырь (Vesica urin.). | 17 = Дѣтское мѣсто (Placenta). |
| 6 = Влагалище (Vagina). | 20 = Срамная щель (Rima pudend.). |
| | 21 = Нижній маточн. сегментъ. |
| | 26 = Опухоль (Tumor). |

- | | |
|---|---|
| 27 = Передняя верхность. (Spina ant. sup.) | 35 = Запирательная дыра. (Foram. obturator.). |
| 28 = Крылья крестц. кости (Ala oss. sacri). | 37 = Яичникъ (Ovarium). |
| 29 = Крестцово-подвздошн. сочл. (Art. sacro-iliaca). | 38 = Яйцепроводы (Oviduct.). |
| 30 = Лобково-подвздошн. бугор. (Tuberc. ileo-pub.). | 39 = Широкая связка (Lig. lat.). |
| 31 = Вертлужная впадина (Acetabulum). | 40 =) Lig. sacro) spinos. |
| 32 = Крестцов.-подвздошн. связка (Lig. ileosacral. или Sp. post. sup.). | 41 =) Lig. sacro) tuberos. |
| 33 = Бедро (Femur). | 42 = Круглая связка (Lig. rotund.). |
| 34 = Передн. нижн. ость (Sp. ant. inf). | 43 = Яичников. связка (Lig. ovarii). |
| | 44 = Стрѣловидн. шовъ (Sutur. sagital.). |
| | 45 = Малый рожнецъ. |

akusher-lib.ru

Введение.

Прикрѣпленіе и развитіе яйца, а также его изгнаніе зависятъ отъ положенія и состоянія родовыхъ путей матери и сосѣднихъ съ ними органовъ, равно какъ и всего организма женщины. Незначительныя, повидимому, мѣстныя заболѣванія могутъ вызвать патологическія измѣненія плода, угрожающія опасностью не только ребенку, но и матери во время родовъ, а иногда даже во время беременности.

У матери эндометритъ; стѣнки сосудовъ отпадающей оболочки лопаются; происходитъ *децидуальное* и *субхориальное кровоизліяніе*, имѣющее своимъ послѣдствіемъ смерть плода и *выкидышъ*. Остатки *Deciduae serotinae* могутъ подвергнуться разложенію; въ результатѣ—смерть матери или долготнее страданіе, какъ слѣдствіе хроническаго пара- или периметрита, неправильнаго положенія матки и проч.

Другая женщина также страдаетъ эндометритомъ; мерцательное движеніе эпителія шейки по направленію къ дну матки прекратилось или тѣло матки, вслѣдствіе фиброміомы, потеряло способность къ воспринятію яйца. Поэтому яйцо располагается низко, происходитъ *предлежаніе плода* и отдѣленіе его во время раскрытія внутренняго зѣва, могущее вызвать опасное кровотеченіе.

У третьей—воспаленіе трубъ; гоноррейное зараженіе вызвало набуханіе цилиндрическаго эпителія и прекратило его мерцательное движеніе; яичко останавли-

вается въ Фаллопиевой трубѣ и здѣсь оплодотворяется; появляется *трубная беременность* со всѣми ея въ высшей степени опасными послѣдствіями.

У четвертой влагалищныя выдѣленія, вмѣсто нормальной кислой, имѣютъ среднюю или даже щелочную реакцію и содержать, кромѣ того, безчисленное множество цѣпочныхъ кокковъ. Непосредственно послѣ родовъ появляется лихорадка.

Въ иныхъ случаяхъ беременная матка не можетъ подняться вверхъ вслѣдствіе выступанія мыса въ плоско-рахитическомъ тазѣ; матка, загнутаая взадъ, остается въ крестцовой впадинѣ и, увеличиваясь въ своемъ объемѣ, сдавливаетъ шейку пузыря. Наконецъ, наступаетъ разрывъ мочевого пузыря и разложившаяся моча изливается въ брюшную полость.

Все это составляетъ какъ-бы заколдованный кругъ; незначительныя причины порождаютъ важныя послѣдствія.

Часто причины упомянутыхъ страданій лежатъ въ самомъ плодѣ, переходя незамѣтно для насъ отъ отца или матери. Невыясненная еще въ этиологическомъ отношеніи аплазія водной оболочки препятствуетъ склеиванію зародышевыхъ трубочекъ: образуются большіе *грыжевые, щелистые и водяные мшки на черепѣ, позвоночномъ столбѣ, животѣ*, или происходятъ *двойныя уродства* вслѣдствіе дѣленія зародыша, или *опухоли копчиковой кости* изъ слизисто-волокнистой ткани, по величинѣ равняющіяся плоду, или, наконецъ, является *головная водянка*. Вообще ребенокъ лишается тѣхъ условій, которыя болѣе всего благоприятствуютъ черепному положенію, происходятъ *лицевыя, тазовыя* и даже *косыя* положенія.

Въ какомъ состояніи должны находиться дѣтородныя органы матери и каковы должны быть яйцо и плодъ, чтобы получить наиболѣе благоприятные результаты?

ОТДѢЛЪ I.

Нормальная анатомія половыхъ органовъ во время беременности.

ГЛАВА I.

Нормальный женскій тазъ и его развитіе.

Родовой каналъ помѣщается въ *тазу*, а въ позднѣйшемъ періодѣ беременности частью на тазѣ. Женскій тазъ, служа для поддержки туловища, получаетъ свою характеристическую форму отъ заключеннаго въ немъ полового аппарата, назначеннаго для беременности и родовъ. Мужской тазъ удерживаетъ лишь то, что необходимо для опоры на немъ туловища и возможной благодаря этому вертикальной походки. Поэтому женскій тазъ отличается *болѣе разнообразными* свойствами, хотя кости его не особенно сильно развиты. Зато онъ обладаетъ значительною емкостью и большою поперечною растянутостью.

§ 1. Распознаваніе нормальнаго женскаго таза.

(Рис. 1, 4, 5, 6, 11, 25, 32).

Симметрическая форма таза (наприм.: отсутствіе косогаго суженія или болѣе высокаго стоянія подвздошнаго крыла на одной сторонѣ) опредѣляется *осмотромъ* и *ощупываніемъ*; испытуемая стоитъ прямо или ложится съ вытянутыми ногами. Мы убѣждаемся въ томъ, что позвоночный столбъ не представляетъ никакихъ искривленій взадъ (кифозъ), впередъ (лордозъ) и въ сторону (сколиозъ). Затѣмъ мы обращаемъ вниманіе на общій видъ больной, по которому удается обнаружить слѣды рахита или очень малый ростъ. Если пространство между большимъ пальцемъ и мизинцемъ равняется разстоянію между обѣими передними остями, то существуетъ *суженіе* таза.

Наружнымъ измѣреніемъ при помощи Baudelocque-Martin'овскаго тазомѣра (рис. 4) опредѣляется:

Разстояніе между передне-верхними остями (Dist.

сп. il. s. a.) на живой 26, на скелетъ 24 см. Ножки тазомъбра прикладываются плотно къ бокамъ остей:

Разстояніе между гребешками (Dict. crist.) на живой 28, на скелетъ 27 см. Ножки тазомъбра прикладываются къ самымъ отдаленнымъ точкамъ этого разстоянія.

Косые размъры (Diam. obliquae) на живой 22,5, на скелетъ 21,5 см. Отъ задней верхней ости къ передней верхней другой стороны.

Размъръ Baudelocque'a (Diam. Baudelocquii) или *наружная конъюгата* (Conj. externa) на живой 19,5, на скелетъ 18,0 см. Отъ остистаго отростка пятого поясничнаго позвонка къ верхнему краю лоннаго сочлененія ¹⁾.

Въ *ненормальномъ тазѣ* ²⁾:

Узкая часть полости таза. Прямой размъръ на живой 10,0—14,0, на скелетъ 11,5 см. Въ боковомъ положеніи отъ нижняго конца крестцовой кости до нижняго края лонной дуги.

Поперечный размъръ тазового выхода на живой 8,0—10,8, на скелетъ 8,0—9,2 см. Въ положеніи камнешъченія между сѣдалищными буграми (рис. 5, внутренне края).

Размъръ между вертлугами (Dist. trochanter.) на живой 31,0 см. (§ 24). Измѣряются наружныя точки вертлугъ при вытянутыхъ ногахъ.

Размъръ между верхними задними остями на живой 9,8 см. (§ 22). Ножки тазомъбра прикладываются къ боковымъ ромбовиднымъ ямкамъ.

Объемъ таза у живой 90 см. (§ 22). Лонное соединеніе до средины крестцовой кости подъ подвздошными крыльями; здѣсь измѣряютъ тесемкой.

Всѣ эти измѣренія имѣютъ относительное значеніе. Разстояніе остей должно быть короче разстоянія гребешковъ (въ рахитическомъ тазу наоборотъ).

Разстояніе гребешковъ *минусъ* около 14,1 — 15,0 см. (11,5—12,5 см. при плоскомъ тазѣ) = поперечному размъру тазового входа (13,5).

¹⁾ Отростокъ поясничнаго позвонка есть второй *остистый отростокъ*, который прощупывается надъ соединительной линіей обѣихъ впадинъ, образующихъ spin. poster. superior, соответственно наибольшему углубленію ромбовидной ямки.

²⁾ Дальнѣйшее срв. въ *общее-косо- и поперечно-суженномъ* (остеомалатическомъ) тазѣ (§§ 12, 24, 26, 27).

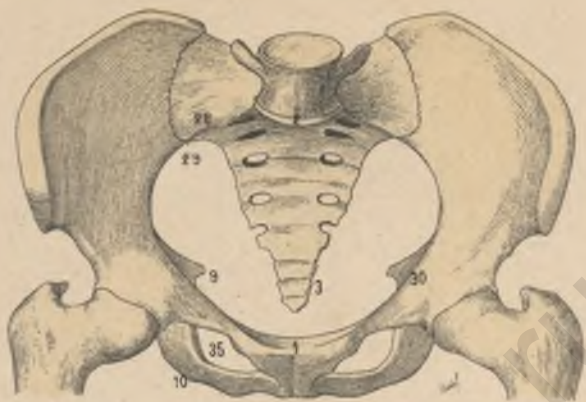


Fig. 1.



Fig. 2.

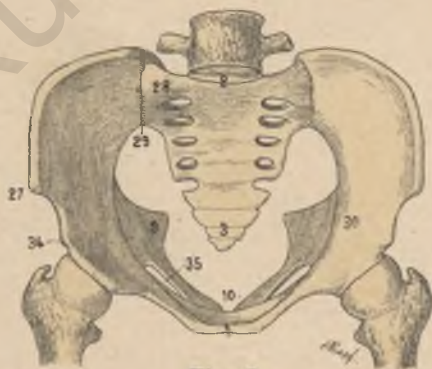


Fig. 3.

Рис. 1. Нормальный женский тазъ. (Видъ спереди). Текстъ § 1, 2, 4 и 5.

Рис. 2. Обще-равномерно суженный тазъ. Текстъ § 22.

Рис. 3. Воронкообразно-суженный «тазъ отъ лежанія» («Liegbecken»), имѣющій зародышевую форму.

Рис. 1—3 оригинал. по преп. Мюнх. гин. вл.

Косой размѣръ минусъ около 10,0 см. (правый нѣсколько длиннѣе!) ³⁾ = косому размѣру тазового входа (12,5).

Наружная конъюгата Baudeloque'a минусъ 8,0—9,0 см. (при 16 см. безусловно плоскій тазъ! при 18 см. въ 50% подозрительный) — истинной конъюгатѣ тазового входа (11,0).

Внутреннимъ измѣреніемъ опредѣляется (рис. 7, ср. § 3):

Діагональная конъюгата ⁴⁾ = 12,5 см. (рис. 7) минусъ 15 (при плоско-рахитич. тазѣ 2—2,5) = Conj. vera (11,0).

Ислѣдующій палець, отступая въ сторону отъ мыса, ориентуруется относительно направленія безъимянной липии, а также относительно существованія ненормальныхъ препятствій или асимметріи. Размѣры тазового входа точно опредѣляются инструментальнымъ измѣреніемъ (по *Skutsch*'у, (рис. 6 и 11, срав. § 5).

Литература къ § 1 (частью также къ § 5) *Измѣреніе таза*
¹⁾ *Dohrn*, *Volkmann's Sammlung* 11, 1870. — ²⁾ *Breisky*, *Wiener med. Jahrb.* 1870, 1. — ³⁾ *Frankenhäuser*, *Schweiz. Corr.-Bl.* 14, 1879. —
⁴⁾ *Küstner*, *Arch. f. Gyn.* 17, 20. — ⁵⁾ *Löhlein*, *Ztschr. f. Geb. u. Gyn.* 11. — ⁶⁾ *Kehler*, *Beitr. z. klin. u. exp. Gebtsnakte* II, 1887 3. 33. — ⁷⁾ *Skutsch*, *Verh. I Congr. d. dtsh. Ges. f. Gyn. Leipzig* 1886. — ⁸⁾ *Его же*, *Beckenmess. an der leb. Frau. Hab. Schr. Jena* 1886. — ⁹⁾ *Его же*, *Dtsche Med. Woch.* 1890, 13. — ¹⁰⁾ *Scheffer*, *Mon. f. Geb.* 31, *Verwerthung der äusseren Beckenmasse.* — ¹¹⁾ *Gruner*, *Ztschr. f. rat. Med.* 1868. *Verwerthung der Schrägdurchm.* —
¹²⁾ *Гарфункель*, *Mess. am Beckenausgang. St. Pet. med. Ztschr.* 1875, N. F. V.

³⁾ Нормальный тазъ нѣсколько смѣшенъ налѣво (лѣвый сколіозъ), поэтому правые косые размѣры даже въ тазовомъ входѣ, нѣсколько длиннѣе, чѣмъ слѣва; правая половина таза нѣсколько площе, или равная Dist Sacrosotyloid. немного короче. Отношеніе наружныхъ діагоналей между собой такимъ образомъ важно!

⁴⁾ Діагон. конъюгатой называется разстояніе нижняго края лонной дуги отъ promontor. Она не лежитъ точно въ плоскости тазового входа, такъ какъ послѣдняя пересѣкаетъ крестцовую кость ниже promontor. Если при ислѣдованіи беременной въ обыкновенномъ положеніи на спинѣ (рис. 25), палець не достигаетъ мыса, то conj. diag. больше, чѣмъ 11¹/₂ см., при приподнятѣ тазѣ (рис. 32) = 12¹/₄—13 см.!

Рис. 4. а и в. Измѣреніе наружной конъюгаты *Baudeloque—Martin*'овскимъ тазомѣромъ. Ориг. рис. Текстъ § 1, 56.

Рис. 5. Измѣреніе поперечною размѣра выхода таза по *Breisky*. Текстъ § 1, 25.

Рис. 6. Инструментальное измѣреніе *conjug. verae* по *Skutsch'y*. Текстъ § 15, 23.

§ 2. Форма и наклоненіе нормального женскаго таза.

(Рис. 1, 10, 12—15, 25—27, 32—32 в.).

Образуется изъ таза плода подъ влияніемъ трехъ силъ (*тяжести туловища, давленія бедеръ и взаимной опоры въ лонномъ сочлененіи*) и 3-хъ направленій роста:

1) *Движеніе впередъ*, соответствующее *anteflexio uteri*, состоитъ въ томъ, что мьсь опускается впередъ (слѣдствіе *тяжести туловища*, рис. 12, 17), крестцовая кость сгибается и поднимается назадъ, между тѣмъ какъ крылья съ верхней частью крестца поворачиваются впередъ. Лонная же дуга, вмѣсто того, чтобы выдаваться своимъ *нижнимъ* краемъ впередъ, какъ у плода, отклоняется имъ *кзади* ¹⁾.

2) Это движеніе *почти уравнивается* вторымъ, по которому тазовыя части, лежащія передъ *Incis. ischiad.*

¹⁾ Описанное движеніе существенно зависитъ отъ характернаго влинообразнаго способа роста поясничныхъ и крестцовыхъ позвонковъ (и образовавшагося такимъ образомъ мыса). Оно пріобрѣтается филогенетически вслѣдствіе свойственной человѣку вертикальной походки, почему уже у утробнаго плода существуетъ *стремленіе* къ подобному движенію, но полное *проявленіе* его получается изъ функций отдѣльнаго индивидуума, постоянно возобновляясь. Сравнивая *положеніе бедра* относительно *длинной оси позвоночника* у плода, новорожденнаго и взрослого, мы находимъ, что этотъ уголъ составляетъ 130°, 162°, 195°. Такимъ образомъ бедро вмѣстѣ съ тазомъ и крестцовой костью подвигается назадъ. Движеніе производится разгибателемъ позвоночника, а именно *M. sacrospinalis* (рис. 14 и 15, причемъ рис. 15 изображаетъ чрезмѣрное разгибаніе таза назадъ у военныхъ).



Fig. 5.



Fig. 4 b.



Fig. 6.



Fig. 4 a.



Fig. 7.



Fig. 8.



Fig. 9.

Рис. 7. Ручное измерение диагональной конъюгаты. Орг. рис. § 1.

Рис. 8. Заднее вставление влагалышной части во время беременности. Орг. рис. Текст § 6, 7, 9, 83.

Рис. 9. Вертикальное направление вперёд влагалышной части во время беременности. Текст § 6, 9.

подвигаются наверхъ и чѣмъ дальше впередъ (по направленію къ лонной дугѣ), тѣмъ больше. Компенсация движенія происходитъ частью вслѣдствіе давленія бедра (рис. 1 и 13), частью вслѣдствіе *сильнаго развитія* (наслѣдственно) *правой горизонтальной вѣтви лобковой кости* и обусловленной этимъ *поперечной растянутости*, въ которой также участвуютъ *ligg. sacroil.* (рис. 10) посредствомъ притяженія подвздошныхъ крыльевъ.

3) Происходитъ *лѣвосторонній сколіозъ таза* со смѣщеніемъ лоннаго соединенія влѣво вслѣдствіе *правосторонней гипертрофіи горизонтальной вѣтви лобковой кости* и принадлежащей сюда части *вертлужной впадины*, а равно *лѣваго крыла крестцовой кости* и *lin. pectin. oss. il.*

Результатомъ описанныхъ (подъ 1 и 2) движеній у *взрослой женщины* является *наклоненіе таза* ²⁾ въ 55—60° (при непринужденномъ вертикальномъ положеніи съ параллельными осями, проходящими черезъ нижнія конечности; тазовое наклоненіе колеблется между 40—100°, начиная твердой военной осанкой и кончая положеніемъ при согнутомъ впередъ туловищѣ и приведенныхъ къ животу бедрахъ—спинно-ягодичному положенію).

Такое непостоянство указанной величины дѣлаетъ ее мало пригодной въ акушерскомъ смыслѣ (въ антропологіи она имѣетъ лишь условное значеніе). Зато весьма важны *практическіе выводы*, вытекающіе изъ этого при *различныхъ лежащихъ положеніяхъ тѣла* для *акушерскихъ и гинекологическихъ операций* (рис. 25—до 27, 32—32 в.). Въ *лежащемъ* положеніи тазо-бедренныя мышцы расслабляются, а вмѣстѣ съ тѣмъ расширяется и тазовой каналъ (срав. § 5).

²⁾ Подъ *наклоненіемъ таза* подразумѣвается наклоненіе плоскости тазового входа или же его истинной конъюгаты къ горизонту въ вертикальномъ положеніи субъекта; лонная дуга у стоящаго на ногахъ такимъ образомъ находится ниже, чѣмъ мысь; *задняя стѣнка таза* (мысь—нижній конецъ копчика) вышиной 13 см., передняя (лонная дуга) 4 см.

Рис. 10. Вліяніе бедренного давленія и притягиванія крестцово-подвздошныхъ связокъ (+тяжесть туловища) на форму таза. По Schröder'у. Текстъ § 2.

Рис. 11. Инструментальное измѣненіе поперечнаго размѣра тазового входа по Skutsch'у. Текстъ § 1, 5, 23.

Рис. 12. Сагиттальный разрѣзъ нормальнаго женскаго таза. Ориг. рис. по преп. Мюях. гин. кл.

Спинное положеніе съ нѣсколько приподнятымъ крестцомъ даетъ вообще лежачее тазовое наклоненіе въ 25° (рис. 25); спинное положеніе съ возвышеннымъ туловищемъ даетъ уголъ въ 20° (рис. 26); боковое положеніе съ «полымъ крестцомъ»—уголъ въ 20° , положеніе для камнестеченія (спинное положеніе со слегка притянутыми ногами)—уголъ въ 30° (рис. 27); спинно-ягодичное положеніе (съ приподнятыми ягодицами, плотно лежащей поясницей)—уголъ въ 60° (рис. 32).

Наибольшее наклоненіе таза получается посредствомъ:

Свободнаго опусканія ногъ въ лежачемъ положеніи, причѣмъ лежачее тазовое наклоненіе образуетъ уголъ въ 10° (рис. 32 а.); коленно-локтевого положенія (posit. à la vache) уголъ= 15° (рис. 32 в.).

Литература къ § 2 (срав. также лит. къ § 4). ¹⁾ *H. Meyer*, Die Statik u. Mechanik etc. 1873.—²⁾ *H. Meyer*, d. Mechanismus der Symph. sacro-iliaca. Arch. f. Anat. u. Phys. 1878. Anat. Alth. стр. 1.—³⁾ *Litzmann*, Die Formen des Beckens, Berlin 1861.—⁴⁾ *Litzmann*, Die Geburt bei engem Becken, Leipzig 1884.—⁵⁾ *W. A. Freund*, Ueber d. sog. kyphotische Becken, Gynäkol. Klin. I, 1885.—⁶⁾ *Prochownik*, Ueber Beckenneigung. Arch. f. Gyn. 19, 1882.—⁷⁾ *Hennig*, Das kindliche Becken, Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abth., 1880, стр. 31.—⁸⁾ *Fehling*, Die Form des Beckens beim Foetus u. Neugeborenen, Arch. f. Gyn. 10, 1876—15, 1880 Pat.-foet. B. Formen, тамъ же 14.—⁹⁾ *Litzmann*, тамъ же, Entgegnung auf Fehling, стр. 383, X.—¹⁰⁾ *Fasbender*, Das Becken des lebenden Neugeborenen, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. III, 1878.—¹¹⁾ *Schliephake*, Ueber pathologische Beckenformen beim Foetus, Arch. f. Gyn. 20, 1882.—¹²⁾ *J. Veit*, Zur Entstehung der Form des Beckens, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 9, 1883.—¹³⁾ *H. Ø. Баландинъ*, Klin. Vortr. aus d. Gebiete der Geburtsh. u. Gyn. St. Petersburg. 1883.—¹⁴⁾ *Hennig*, Tabellen von Rassenbecken, Arch. f. Gynäkol. 12, 1877.—¹⁵⁾ *Hennig*, Ueber Durchschnitte von Rassenbecken, тамъ же, 13, 1878.—¹⁶⁾ *H. Fritsch*, Das Rassenbecken u. seine Messung. Mitth. d. Vereins f. Erdkunde zu Halle 1878, 2.

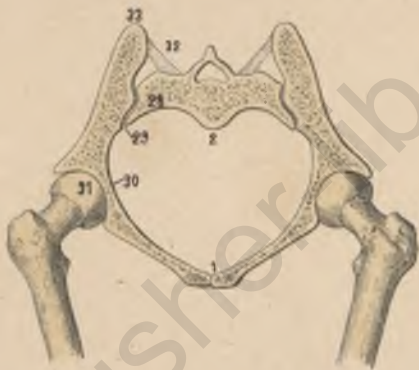


Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.

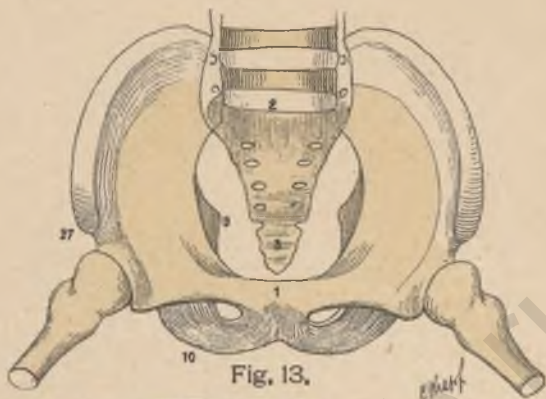


Fig. 13.

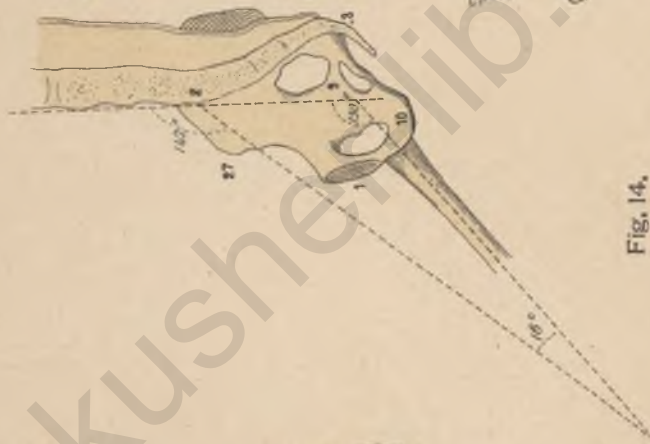


Fig. 14.



Fig. 15.

Рис. 13 Женскій тазъ плода (видъ спереди). Оригин. рис. по собств. преп. Текстъ § 2, 4.

Рис. 14. Угловое отношеніе между осями бедра и позвоночника у плода.

Рис. 15. Угловое отношеніе между осями бедра и позвоночника у взрослого. Оба по Баландину. Текстъ § 2.

§ 3. Практическіе выводы.

Если головка, упираясь о лонную дугу, съ трудомъ вступаетъ во входъ таза, или если необходимо произвести измѣреніе діагональной конъюгаты посредствомъ внутренняго изслѣдованія, то мы какъ-бы расширяемъ тазовой ходъ болѣе сильнымъ наклоненіемъ таза въ *лежащемъ* положеніи больной, подкладывая *подушку подъ ягодицы* (рис. 32). Вслѣдствіе этого позвоночный столбъ перегибается назадъ, а матка опускается ниже и устанавливается своей продольной осью перпендикулярно къ тазовому входу; роженица плотно упирается о кровать всѣмъ своимъ *позвоночникомъ* и перегнутой взадъ *поясницей*. Такъ совершается *вступленіе* подлежащей части въ малый тазъ; *выхожденіе* же, т. е. прорѣзываніе головки черезъ *наружныя половыя части*, происходитъ наоборотъ: тѣмъ меньше тазовое наклоненіе при *лежаніи*, тѣмъ скорѣе головка приближается къ лонной дугѣ и тѣмъ меньше угрожаетъ *опасность разрыва промежности* (рис. 25 и 26).

Литература къ § 3.

¹⁾ *Lahz*, Einfluss der Lageänderungen u. der verschiedenen Lagen der Kreissenden auf die Geburt. Arch. f. Gyn. XI.—²⁾ *Schatz*, Arch. f. Gyn. 4.—³⁾ *Schultze*, Jen. Ztschr. f. Medic. u. Nat. III.

§ 4. Форма развитого нормальнаго женскаго таза.

(Рис. 1, 12, 13, 17).

Представляетъ въ противоположность мужскому значительную *поперечную растянутость* и происходитъ изъ таза плода путемъ образованія мыса, *поперечной растянутости* и вслѣдствіе *исчезновенія воронкообразной формы*. *Изученіе таза* у плода важно для пониманія патологическаго таза.

- Рис. 16. *Внутреннее исследование для определения низкаго стоянія головки и отношенія ея къ spinee ischii.* Ориг. рис. Текстъ § 5.
- Рис. 17. *Сагиттальный разрывъ таза плода съ изображеніемъ органовъ in situ по замороженнымъ препаратамъ.* Ориг. рис. по соб. преп. P = Plica peritonealis vesico-uterina; P' = Plica peritoneal. recto-uterina. Текстъ § 2, 4, 8.
- Рис. 18. *Совершенно растянутый родовоу каналъ съ изображеніемъ сопротивленій и направленія подвизающейся впередъ головки.* На рисункѣ видно, какъ копчиковау кость поддается назадъ и мягкія части промежности образуютъ удлинненіе слабой вогнутости крестцовой копчиковау стѣнки. Измѣн. по *Hodge*. Текстъ § 5.

тазъ плода:

развитой женскій тазъ:

(Половыя отличія замѣтны съ IV мѣс).

Незначительная поперечная растянутость (съ III мѣс.).

Сильная поперечная растянутость.

C. vera: D. transv.

= 100 : 105—108

= 100 : 122.

Promontorium сильно выдается надъ тазомъ при незначительной выпуклости пояснично-крестцовой части.

Promontorium вдается въ тазъ впередъ и внизъ при угловой выпуклости пояснично-крестцовой части.

Наклоненіе тазоваго входа

= 75—80° = 55—60°.

Крестцово-копчиковау кость имѣетъ почти вертикально-прямое направленіе.

Крестцово-копчиковау кость вогнута ¹⁾ въ вертикальномъ направленіи.

¹⁾ Наиболѣе сбоку лежащая часть соотвѣтствуетъ нижней границѣ Facies auricul. Ilei и въ то же время прикрѣпленію M. extens. trunci comm.;—такимъ образомъ кривизна крестцовой кости составляетъ результатъ тѣхъ обоихъ прикрѣпленій: тяжести туловища и потягиванія разгибателя туловища при вертикальной походкѣ; *копчиковау кость* оттягивается впередъ посредствомъ M. saccug. и M. levator. ani., т. е. по направленію къ мѣстамъ прикрѣпленія: Sp. ischii и лонной дуги. Точно также дѣйствуютъ ligg. spino—и tub. sacr. Верхняя часть крестца по мѣстамъ исследованій поворачивается назадъ на 70°, также и задній край Inc. isch.,—передній напротивъ только на 40°: слѣдовательно передній малый тазъ не поворачивается такъ сильно назадъ; отсюда получается движеніе 2 въ § 2: болѣе высокое стояніе тазовыхъ частей спереди, менѣе значительное наклоненіе тазоваго входа у взрослоу. Точно также лонная дуга поворачивается назадъ только на 50° и поднимается (сравнительно съ 70° поворотомъ крестца) на 20° (ср. положеніе лонной дуги при движеніи въ § 2).

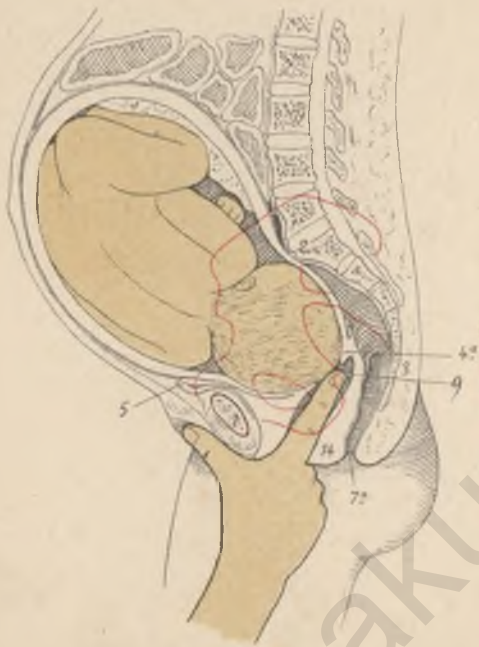


Fig. 16.



Fig. 17.

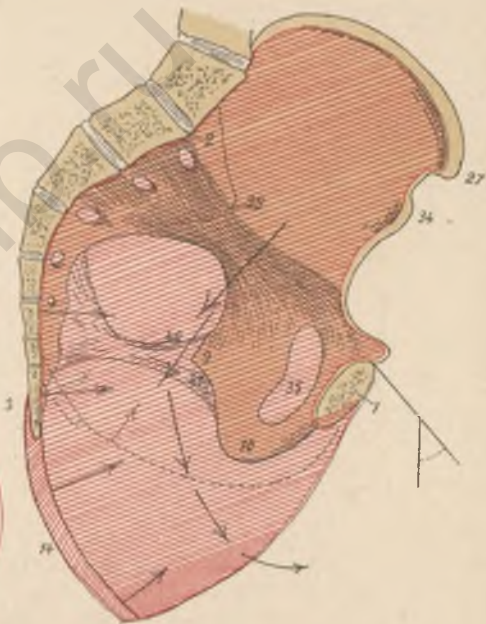


Fig. 18.



Fig. 19.



Fig. 20.

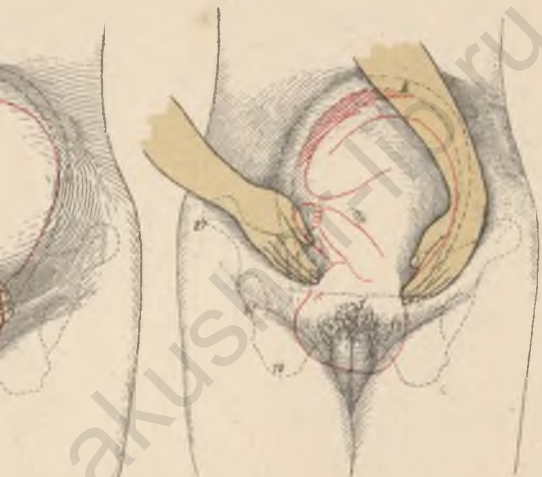


Fig. 21.

Рис. 19. Наружное изслѣдованіе для опредѣленія стоянія дна и положенія спинки, а также нахожденія мелкихъ частей плода. Ориг. рис. Текстъ § 6.

Рис. 20. Наружное изслѣдованіе для опредѣленія стоянія головки, еще не вступившей въ малый тазъ. Ориг. рис. Текстъ § 6. Головка баллотировать въ видѣ твердаго тѣла.

Рис. 21. Наружное изслѣдованіе головки, вступившей уже въ малый тазъ. Ориг. рис. Текстъ § 6. Давленіе на малый тазъ производится съ боковъ его.

Крестцовая кость въ *поперечномъ* направленіи тоже уплощена; тѣла позвонковъ больше, чѣмъ крылья, имѣютъ видъ куба (относительно задняго и передняго края одинаково высоки).

Крестцовая кость относительно узка.

Лонная дуга = 70—90°.

Всѣ размѣры *малаго таза* относительно гораздо меньше, чѣмъ въ развитомъ женскомъ тазѣ (*форма воронки*).

Подвздошныя крылья узки, круты, плоски.

Наклоненіе подвздошныхъ крыльевъ къ безъимянной линіи = 155°

Сѣдалищныя бугры въ тазовомъ выходѣ ближе другъ къ другу, чѣмъ сѣдалищныя ости.

Крестцовая кость вогнута въ *поперечномъ* направленіи; тѣло вдвое больше, чѣмъ каждое крыло, и относительно задняго края клинообразно.

Крестцовая кость относит. очень широка.

. 90—100°.

Всѣ размѣры *малаго таза* во отношеніи къ *соп.* *vera* сильно увеличены въ особ. поперечные и косые.

Подвздошн. крылья широки, лежатъ по сторонамъ, вогнуты.

. = 125°.

Сѣдалищныя ости образуютъ самое короткое разстояніе въ тазу.

Литература къ § 4 (срв. также Лвт. къ § 2).

- 1) *Michaelis*, d. enge Becken, ed. v. Litzmann, Leipzig 1851.—
2) *Litzmann*, Erkenntniss, Einfluss und Behandlung des engen Beckens. Volk. Sammlg. 20, 23, 74, 90.—3) *Kehrer*, Beitr. z. vgl. u. exp. Gbtsch. 3. Pelikolog. Stud. Giessen 1869. 5 Heft. — Versuche z. Erzeug. diff. Becken, *ibid.* 1875.—4) *Rumpfe*, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 10. Entstehung der Beckenform.

Рис. 22. *Входъ въ тазъ: его размеры, нормальныя среднія величины, и его мускулатура; по Veit'y—измѣнено. Текстъ § 5.*

1—гѣло I крестцового позвонка, 2—лонная дуга, 5—*for. obtur.*, 6—головка бедра, 7—подвздошная кость, 8—*M. iliac.*

Рис. 23. *Veit'овская «главная плоскость» черезъ нижній край лонной дуги параллельно плоскости входа; 1—II—III крестцовые позвонки, 3—*M. Пирсона*, 4—*M. obturat. int.*, 5—*Membr. obtur.*; остальные цифры то же, что и въ предшеств. рис. По Veit'y—измѣнено. Текстъ § 5.*

Рис. 24. *Самая широкая часть полости таза: 4—*M. obturator. int.*, 9—*M. rugifomis.* Крестъ обозначаетъ точку пересѣченія конъюгаты съ поперечнымъ размѣромъ, который такимъ образомъ лежитъ значительно дальше впереди, чѣмъ болѣе длинный поперечный размѣръ тазового входа. По Veit'y—измѣнено. Текстъ § 5.*

§ 5. Отношенія величинъ и отдѣльныя части нормальнаго женскаго таза

(Рис. 1, 6, 11, 16, 18, 22—24, 33. Изъ акушерск. атл. I, рис. 4, 5, 6, 7, 8, 10)

касательно механизма родовъ ¹⁾ располагаются:

Истинная конъюгата (*Conj. vera*).

Тазового входа 11,0 (Мысль—верхній край лонной дуги).

Широкой части тазов. полости 12,5 (III крестц. позвон.—середина лонной дуги).

Узкой части тазов. полости 11,5. (Нижній конецъ крестцовой кости—нижн. край лонной дуги).

Тазового выхода 10—12. (Конецъ копчика—нижн. край лонной дуги).

Поперечный размѣръ (*Diam. transversa*).

Тазового входа 13,5. (Наибольшій поперечн. разстоян. между безъимянн. лин.).

Широкой части тазовой полости 12,0. (Разстоянiе между вертлугами).

Узкой части тазов. полости 10,0. (Разстоян. между сѣдалищн. остями).

Тазового выхода 11,0. (Разст. между сѣдалищн. буграми).

Косой размѣръ (*Diam. obliqua*).

Тазового входа 12,5. (Крестцово-подвздошн. сочлен.—*Tub. isourib.* другой стор.).

¹⁾ Теченiе родовъ при различныхъ положенiяхъ и позицiяхъ плода срв. мон Акуш. атласъ, I.



Fig. 22.



Fig. 23.



Fig. 24.

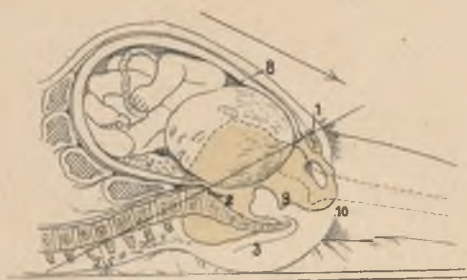


Fig. 25.



Fig. 26.

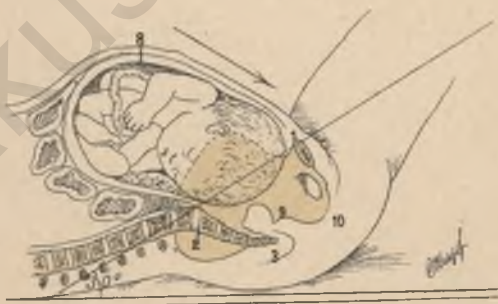


Fig. 27.

Рис. 25. Наклоненіе таза при различныхъ положеніяхъ: при обыкновенномъ вытянутомъ положеніи.

Янс. 26. Тоже: при поднятомъ туловищѣ.

Рис. 27. Тоже: при приведеніи бедра.

Рис. 25—27 ориг. рис. Текстъ § 1, 2, 3.

Широкой части тазов. полости 13,5 (Inc. isch. — Sulc. obt. друг. стороны).

Узкой части тазов. пол. } Растяжимы, потому что окру-
Тазового выхода. } жены связками.

Большой тазъ (рис. 1) состоитъ изъ подвздошныхъ крыльевъ и двухъ нижнихъ поясничныхъ позвонковъ; его размѣры указаны въ § 1, его различныя формы приведены въ § 4. Большой тазъ вмѣщаетъ въ себѣ внутренности, а во время беременности, начиная съ IV мѣсяца, и тѣло матки.

Малый тазъ начинается *тазовымъ входомъ*, въ видѣ *первой плоскости*: наибольшій его размѣръ—*поперечный*; поэтому при затылочномъ положеніи *стрѣловидный шовъ* (т. е. самый длинный размѣръ черепа—*D. recta*) располагается по *поперечному размѣру входа въ тазъ*. Если вступающая часть плода имѣетъ не продолговато-овальную форму, подобно черепной поверхности, а болѣе кругловатую, какъ лицо или тазовой конецъ, то болѣе длинный размѣръ (отгѣсненный мысомъ) помѣщается на косомъ размѣрѣ входа, что и бываетъ въ рѣдкихъ случаяхъ черепныхъ положеній, названныхъ «*Solayres'овскимъ отклоненіемъ*» (*Solayres'sche Obliquität*) (срв. въ моемъ Акушерск. атласѣ I, фиг. 3, 18, 29, 57). Кромѣ собственно внутренностей, входъ въ тазъ суживается еще мышцами, а именно *mm. ileopsoas*, но съ акушерской точки зрѣнія это *поперечное пространство* является все-таки самымъ большимъ и болѣе податливымъ! (Рис. 22).

Вторая плоскость есть *наиболѣе широкая часть* тазовой полости, соотвѣтственно срединѣ III крестцового позвонка и срединѣ лонной дуги; въ ней самый длинный размѣръ—*косой*. Поэтому II поворотъ головки—которая теперь своей болѣе выдающейся периферіей еще кромѣ того встрѣчаетъ препятствіе на *тазовомъ днѣ*—происходитъ вокругъ *косого размѣра* (малый родничекъ впередъ). Вслѣдствіе всесторонняго сокращенія матки и воронкообразнаго уменьшенія

Рис. 28. Распространение брюшины при нормальных половых органах и разделение шейки матки. Ориг. рис. Текст § 8, 15, 35, 47. Передняя серовная складка *Excavationis vesico-uterinae* достигает вышины внутреннего маточного зъва; задняя же серовная складка *Excavationis recto-uterinae* идетъ глубже двумя выступами: первый выступъ образуется валикомъ на высотѣ заднего влагалищнаго свода, содержащаго *Mm. retractores uteri* (лежащіе въ крестцу); второй выступъ лежитъ на уровнѣ наружнаго маточнаго зъва. Шейка матки раздѣляется на 3 части: 1. отъ внутреннаго зъва до задняго свода—*pars supravaginalis*, 2.—оттуда до параллельной линіи, проведенной черезъ передній сводъ—*pars intermedia*; 3. собственно свободная *portio vaginalis*.

Рис. 29. Дно, положеніе влагалищной части матки и выиуклость живота въ отдѣльные мѣсяцы беременности. По *B. S. Schultze*. Текстъ § 6, 7, 9, 33.

таза съ одной стороны, а также неодинаковаго давленія дѣтскаго позвоночника на головку съ другой стороны, *подбородокъ приближается къ груди* (срв. мой акуш. атласъ I, рис. 4). Хотя косою размѣръ значительно укороченъ впереди *m. rugiformis* и *m. obturat. int.*, но онъ растяжимъ, ибо сзади не окруженъ костью, а спереди ограничивается отчасти *mebr. obturator.*

Въ дѣйствительности (рис. 24) самой обширной плоскостью является плоскость *параллельно* тазовому входу проходящая черезъ *нижній* край лоннаго соединенія; она образуетъ широкій круглый овалъ, лишь немного по бокамъ суженный *Mm. ileopsoas* (рис. 23). Напротивъ, *спереди по бокамъ* стѣнки таза чрезвычайно податливы благодаря находящейся здѣсь самой широкой части *membrana obturator.* и незначительному слою *M. obtur. intern.* Какъ разъ теперь головка, стоящая цѣликомъ въ цервикальномъ каналѣ, при раскрытіи наружнаго зъва (на 5—8 санти.), начинаетъ поворачиваться вокругъ *косою* размѣра и послѣ разрыва пузыря растягиваетъ тазовое дно своей предлежащей частью. Вслѣдствіе отклоненія тазовымъ дномъ черепа съ предлежащей темянной костью, головка для *вертикальнаго своего поворота* направляется къ *лонной дугѣ*, какъ оказывающей *наименшее противодѣйствіе* (*Fritsch*). *Размѣры таза* въ поперечномъ растяженіи уменьшаются сверху внизъ, въ прямомъ увеличиваются.

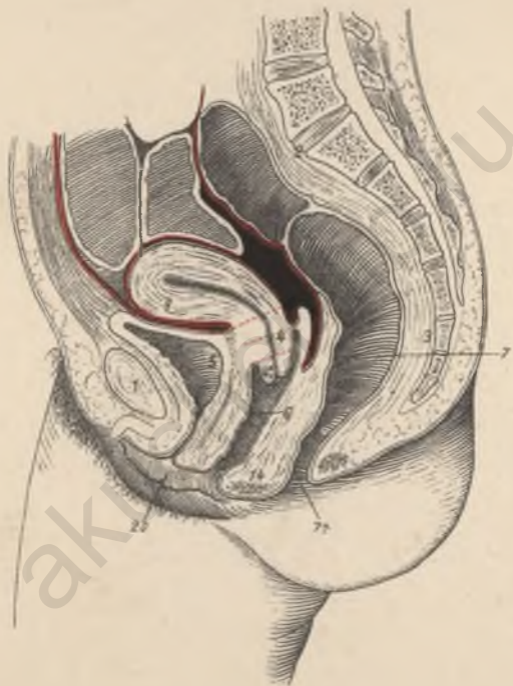


Fig. 28.



Fig. 29.

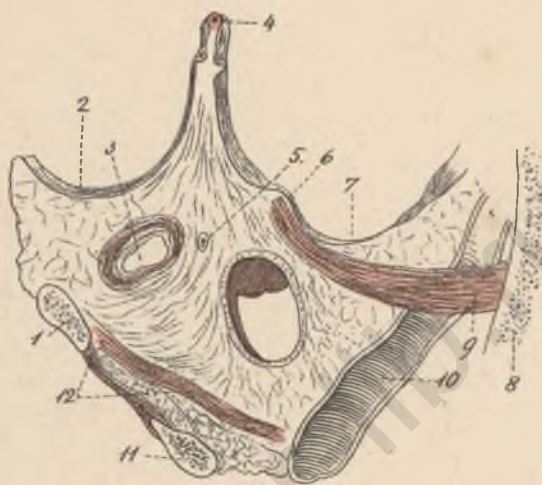


Fig. 30.

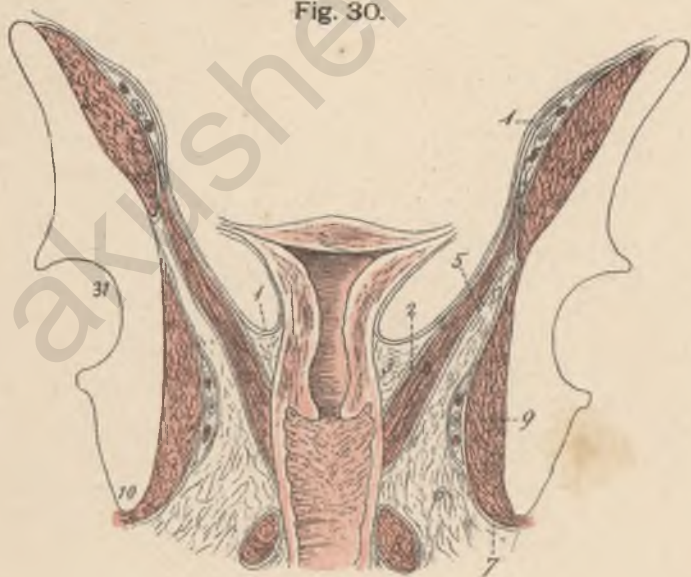


Fig. 31.

Рис. 30. Фронтальный разрывъ черезъ поперечную линію таза съ целью показать мышцы, фасции и соединительнотканныя перемычки въ сосѣдствіи съ половымъ аппаратомъ органажъ. 1—Peritoneum, 2—верхній и 5—нижній слой фасціи: 2—pelvis, 5—regin. progr., 4—M. levator ani обхватывающій влагалище, 3—соединительная ткань надъ и 6—доля M. levator ani для его фасциами 2 и 5; 7—fascia obturator., 8—M. constrictor cunni (продолженіе M. sphincter ani отъ копчика къ лонному соедин.), 9—M. obturator. int. Ориг. рис. Текстъ § 8, 15, 17, 35.

Рис. 31. Сакитальный разрывъ таза по бокамъ матки черезъ Lig. latum. По Freund'у—измѣнено. Текстъ § 8, 15, 17, 35. 1—горизонт. вѣтвь лобк. кости, 11—восходящ. вѣтвь сѣдалищ. кости, 2—Excavatio peritonealis vesico-uterina, 3—Пузырь, 4—Яичепроводъ, 5—Мочеточникъ, 6—Упомянутый при рис. 28 брюшинный вырѣзъ Excavatio. recto-uterin. (=7) съ прикрѣпленіемъ Mm. rector. uteri (=9), идущихъ къ крестцовой кости (=7), 10—Rectum.

Узкая часть таза (между концомъ крестцовой кости и нижнимъ краемъ лоннаго соединенія) значительна въ сравненіи съ тазовымъ выходомъ: 1) потому что Conj. гораздо менѣе растяжима (11½ сант.), чѣмъ тотъ же размѣръ выхода (Conj. вслѣдствіе подвижности копчиковой кости вытягивается отъ 10 до 12 сант.); 2) потому что узкая часть таза содержитъ *наикратчайшее* разстояніе всего тазового канала между Spinae ischii (поперечный размѣръ); 3) потому что на Lin. interspinal. лежатъ наружный маточный вѣвъ (фиг. 16), черезъ который прощупывается дѣтская головка, когда она своей *наибольшей* окружностью вступила въ малый тазъ и *цервикальный каналъ* и расширила наружный вѣвъ на 5—8 сант. въ діаметръ. Это *очень важно въ диагностическомъ отношеніи*. Самый большой объемъ головки такимъ образомъ прошелъ черезъ тазовый входъ!

Теперь головка уже рѣшительно подъ вліяніемъ родовыхъ потугъ и прежде всего брюшного пресса, а также и обратнаго давленія копчика (фиг. 18) и промежности на spina ischii какъ точкѣ опоры новарачивается капереди т. е. по направленію къ лонной дугѣ. Этотъ *вертикальный поворотъ головки* (вокругъ большого косога размѣра), примѣненіе брюшного пресса, а также выпячиваніе наружныхъ половыхъ частей *характеризуютъ II періодъ родовъ, а именно періодъ изнанія!* (Въ моемъ Акуш. атл. I, рис. 6, 7).

Рис. 32. Наклоненіе таза при различныхъ положеніяхъ: съ приподнятой пояснично-крестцовой частью и притянутыми бедрами.

Рис. 32а. Тоже: съ повисшими ногами; глубина таза становится легко-доступной для гинекологическихъ операций.

Рис. 32б. Тоже: въ коленно-локтевомъ положеніи рис. 32 — 32б. Ориг. рис. Текстъ § 1, 2, 3.

Выходъ таза состоитъ изъ двухъ дивергирующихъ плоскостей: задней діафрагмы таза (между копчик. костью и сѣдалищ. бугр.) и передней—между лобковыми костями и срамной щелью. Тазовой выходъ оказываетъ значительное противодѣйствіе лишь въ воронкообразныхъ тазахъ или при вывихнутой впереди кончиковой кости. Напротивъ *мускулатура*, находящаяся между концомъ копчика, нижнимъ краемъ лонной дуги и сѣдалищными буграми (она же частью окружаетъ задній проходъ, влагалище и мочевой каналъ въ видѣ жома, частью образуетъ тазовое дно и промежность) весьма важна для механизма родовъ (рис. 33). Отъ конца копчиковой кости тянутся по направленію впередъ *M. coccygeus* (нѣсколько въ сторону къ *Sp. isch.*) и *M. sphincter ani*, который обхватываетъ сначала задній проходъ, затѣмъ влагалище частью отдѣльными кругами, частью 8-образными ходами; онъ подкрѣпляется волокнами *M. transv. perin. sup.*, образуетъ *M. constrictor cunni*, и наконецъ прикрѣпляется къ лонной дугѣ. Вблизи лоннаго сращенія, начиная отъ лобковой кости, проходитъ *M. levator ani*, направляясь частью къ *Sp. ischii*, частью (прикрѣпляясь къ влагалищу²⁾ посредствомъ соединительной ткани и перестыкая его подъ прямымъ угломъ) къ прямой кишкѣ и къ копчику. *M. ischio-cavernosus* направляется въ видѣ нѣсколькихъ волоконъ къ клитору.

²⁾ *Mm. levatores ani* соединяются съ влагалищемъ посредствомъ рыхлой соединительной ткани; поэтому мышцы не въ состояніи поднимать рукавъ, а лишь сдавливаютъ его по бокамъ и подвигаютъ его по направленію къ передней стѣнкѣ. То же движеніе спереди внизъ онѣ сообщаютъ головкѣ при расширеніи половой щели вслѣдствіе ихъ сокращеній.



Fig. 32.



Fig. 32 a.



Fig. 32 b.



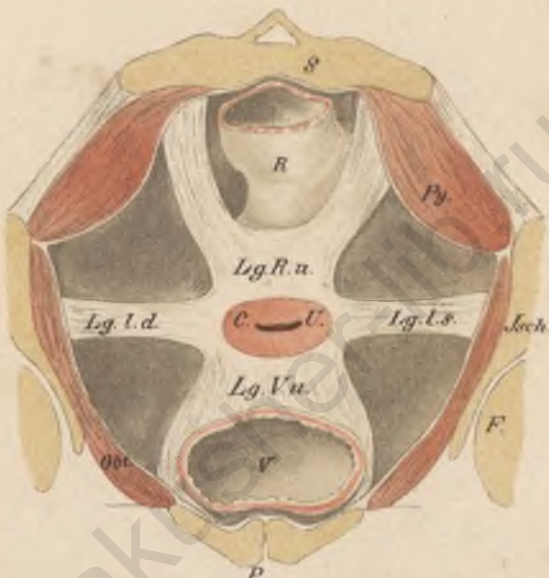


Fig. 34.

Рис. 33. Мышцы промежности. Ориг. рис. съ исправленіями, отчасти по *Savage'y*. Текстъ § 17. 1=M. glut. magn., 2=M. levat. ani, 3=M. sphincter ani, 4=M. obturat. ext., 5=Tub. isch., 6=M. ischioavernosus съ erector clitoridis, 7=M. constrictor cunni, 8=coccyx, 9=symphisis (съ lig. suspensor. clitoridis), 10=gland. Bartholini, 11=anus, 12=vagina, 13=urethra, 14=соединительная ткань, обозначенная на рис. 30 цифрою 6, точнѣе fascia 7, 15=lig. ischio-tuberosum.

Рис. 34. Горизонтальный разрывъ таза на высоту внутреннюю маточную зва по *Freund'y*—извѣнено. Текстъ § 8, 15, 35. Лучеобразно расходятся шесть крѣпкихъ, сухожильныхъ соединительно-тканыхъ пучковъ: впередъ (Lg. v. u.) къ пузырю (V), съ боковъ къ ligg. lata (Lg. l. d. в с.), къ стѣнкѣ таза (Isch.), сзади (Lg. r. u.), къ прямой кишкѣ (R) и къ крестцу (S). Между ними частью рыхлая соединительная ткань, частью excavationes peritonei. Къ стѣнкамъ прилегаютъ Mm. pyriformes (Py) и obturat. int (Obt.). C. U=collum uteri. P=os pubis.

Mm. transv. perin. sup. et prof. лежать другъ на другѣ и покрываютъ поперечникъ тазового дна отъ одного сѣдалищнаго бугра, точнѣе—отъ прилежащей части *rami. asc. pub.*, къ другому. Послѣднія мышцы лежатъ такимъ образомъ выше, т. е. ближе къ полости таза. Вся мускулатура въ совокупности оказываетъ напирательную головку противодѣйствіе по направленію впередъ и вверхъ; это противодѣйствіе обуславливаетъ поворотъ головки (рис. 18). Головка, подъ вліяніемъ потугъ и брюшнаго пресса, растягиваетъ и низдавливаетъ мышцы сверху и спереди внизъ и назадъ, такъ что линия, соединяющая заднюю спайку съ нижнимъ краемъ лоннаго соединенія образуетъ съ конъюгатой тазового выхода *прямой* уголъ (у небеременныхъ — *острый*). Сначала головка встрѣчаетъ противодѣйствіе въ копчикѣ (рис. 18), а затѣмъ въ *задней* части промежности, которая сильно растягивается и удлиняется. (Ср. мой акушерскій атласъ I рис. 4 и 7). Такимъ образомъ *малый* родничекъ подвигается впередъ подъ лонное соединеніе, въ то время какъ растянутыя волокна *M. levat. ani* и *M. transv. perinei* производятъ *широкое зяніе задняго прохода*, а затѣмъ *отодвигаются отъ прорывающейся* головки.

Головка совершаетъ вокругъ лоннаго соединенія *3-й поворотъ* (вокругъ ея *поперечной оси*—удаленію подбородка отъ груди). Головка такимъ образомъ слѣдуетъ давленію, дѣй-

Рис. 35. *Поверхностное расположение маточной мускулатуры.* По Deville, из атласа Lenoir, Sée. и Tarnier. Текст § 10, 55. T=Tuba, P=Portio vaginalis, Lg. l.—Lig. lat.

Рис. 36. *Внутреннее расположение маточной мускулатуры.* Оттуда-же. Текст § 10, 55.

Рис. 37. *Направление мышечных волокон.* По Ruge. Текст § 10. (Знаки какъ въ предмудц. рис.).

ствующему, на нее со всѣхъ сторонъ, меньше всего спереди и снизу; изгоняющая сила брюшной пресса дѣйствуетъ на головку скорѣе «давленіемъ содержимаго» (благодаря сопротивленію таза) на все туловище, чѣмъ черезъ весьма податливый позвоночникъ. Дѣтскій позвоночникъ приобретаетъ значеніе для родовъ лишь тогда, когда онъ (какъ при лицевыхъ, лобныхъ и т. п. положеніяхъ) наименѣе поддается сопротивленію, существующему снизу и сзади. При обыкновенныхъ теляныхъ положеніяхъ шейная часть позвоночника поднимаетъ головку на крестцово-копчиковую кость той самой (уже нормально существующей) кривизной, которой она вступаетъ для прорѣзыванія; при лицевомъ положеніи она вначалѣ обращена своей выпуклостью впередъ, затѣмъ она переходитъ въ вытянутое положеніе и наконецъ въ согнутое впередъ.

Такимъ образомъ при черепномъ положеніи головка до наступленія *полнаго прорѣзыванія* совершаетъ три поворота: 1) сгибаніе вокругъ поперечнаго діаметра (Акушерск. атласъ I, рис. 4), приближеніе подбородка къ груди, *опусканіе малаго родничка*—слѣдствіе давленія позвоночника плода. (рис. § 11); 2) Поворотъ вокругъ продольнаго, точнѣе большаго косога, діаметра, *движеніе впередъ малаго родничка*—слѣдствіе увеличенія прямого діаметра въ маломъ тазу по направленію къ выходу; 3) Разгибаніе вокругъ поперечнаго діаметра (Акуш. атл. рис. 6, 8), упираніе затылка въ лонное соединеніе, *поворотъ* вокругъ него затылка—вслѣдствіе сопротивленія тазового дна.

Теперь въ лонное соединеніе упираются *шейка и переднее плечико* (при I черепн. пол.—*правое*), которое и прорѣзывается первымъ. Затѣмъ выкатывается изъ-за промежности



P
Fig. 35.



Fig. 36.



Fig. 37.

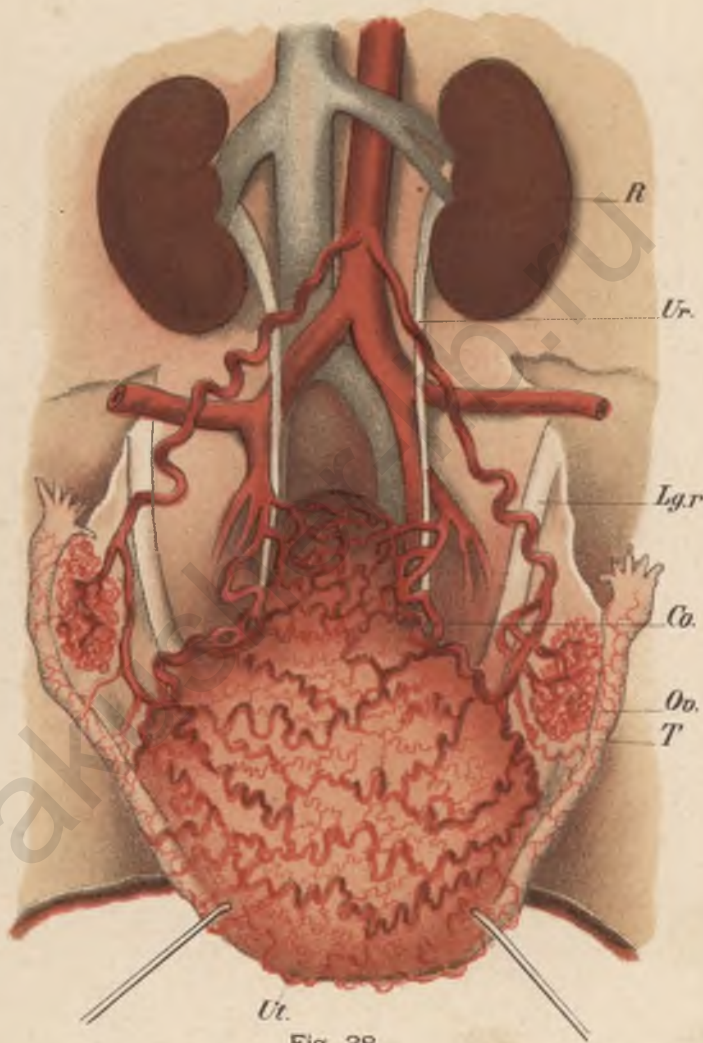


Fig. 38.

Рис. 38. *Ходъ артерій матки и мочеточниковъ.* (Ur.). Ориг. рис. Ur=ureter, R=почка, Ut=матка, T=труба, Ov=яичникъ, Co=шейка, Lg. г.=вруглая связка. Текстъ § 13, 15, 43.

заднее плечико (Акуш. атл. I, рис. 10). *Личико* же новорачивается къ бедру матери (правому при I черепн. пол.)

Прибавленіе къ § 5.

Дѣтскій черепъ

(Рис. 69—71, 116, 117; Атл. акуш. I, 8, 10, 11, 19—21, 26, 35—63)

приобрѣтаетъ благодаря своему внутриматочному росту, большую поперечную растянутость и значительное уменьшеніе нормально не осифицирующихся частей, т. е. *родничковъ и швовъ*. *Правая теменная кость уплощается* уже съ V мѣсяца (*Stadfeld*). Этотъ фактъ обусловливается физиологически различнымъ ростомъ всей правой половины мозга, что подтверждается также изслѣдованіями *автора* этой книги, который нашелъ, что лѣвостороннія черепныя швы и мозговые половинки, начиная съ V мѣсяца утробной жизни, были больше, чѣмъ правыя. Найденными результатами можно объяснить причину болѣе сильнаго развитія правой руки и вообще всей правой половины тѣла. Интересно, что уплощенная правая половина черепа при I черепномъ положеніи гочно приспособляется къ конфигураціи тазового входа, т. е. помещается на физиологически также нѣсколько уплощенномъ правомъ *resten oss. pub.* (срв. выше). Частота черепныхъ положеній соответствуетъ такимъ образомъ болѣе частому увеличенію таза слѣва (съ ббльшимъ I или правымъ косымъ размѣромъ). При вполне симметричныхъ косыхъ размѣрахъ тотъ же авторъ нашелъ тазы вообще чрезвычайно малыми; наоборотъ, при болѣе длинныхъ косыхъ размѣрахъ—съ лѣвой стороны чрезвычайно большими, въ особенности въ *переднемъ поперечномъ размѣрѣ* (*Dist. ileorub.*). Эти отношенія названы *Schaeffer'*омъ въ его сравнительныхъ изслѣдованіяхъ черепа «преобладающими». II черепное положеніе (спинка вправо, малый родничекъ впередъ и вправо) при большемъ лѣвомъ косомъ диаметрѣ встрѣчается чаще, хотя во всякомъ случаѣ не такъ постоянно, какъ при противоположныхъ условіяхъ (вслѣдствіе большаго объема всего таза).

Рис. 39. *Иннервация женскихъ половыхъ органовъ.* Частью по *Franckenhäuser*'у, частью по *Hirschfeld*'у. Текстъ § 14. 1 = plex. hypog. aort., 2 = plex. mesent. inf. rect., 3 = Gangl. lumb. N. supr., 4 = pl. sperm. (отъ pl. renal. и aort.) для *трубы*, *яичниковъ* и *дна матки*; 5 = III и IV вѣтви N. sacr., образуютъ правый pl. hyp. inf. съ системою нервныхъ узловъ 6 и 7, снабжающихъ *шейку матки*, 8 = Rami uteri; *нижняя* часть матки иннервируется plex. hypog. inf., средняя часть — plex. hyp. aort. inf. *дно* — plex. sperm. и отдѣльными развѣтвленіями послѣднихъ двухъ сплетеній. 9 = plex. vesical., 10 = N. ischiad., 11 къ M. levator. ani изъ N. sacral. IV., 12 = N. pudend., 13 = Продолж. послѣдняго въ видѣ N. dorsal. clitorid., R = *прямая кишка*, W = *матка*, B = *пузырь*, D = M. transv. perinei (поперечно пересѣченъ), S = *подвздошн. кость*, P = *лобковая кость*, U = *мочеточникъ*, Ao = *аорта*, V = *влагалище*, L. A = M. levator. ani, Ov. = *яичникъ*, T = *труба*.

Рис. 40. *Окрашивание вульвы, рукава и влагалищной части въ зеркаль.* Ориг. рис. Текстъ § 6, 7, 17. P = *влагалищн. часть*, N = *малыя губы* (Nymphae), L. M. = *большія губы*, Sp = *зеркало*.

*Головка во время родовъ приспособляется къ конфигураціи тазового канала посредствомъ смѣщенія костей; въ особенности наступаетъ укороченіе поперечныхъ размѣровъ, а именно въ два раза большее чѣмъ ширина стрѣловиднаго, лобнаго и вѣнечнаго швовъ, имѣющихъ нѣсколько миллиметровъ. Края Sut. lambdoideae настолько заходятъ за темянные кости, что наибольше смѣщенная кость (при I черепн. полож. — правая темянная) постепенно сдвигаетъ всѣ остальные (также и затылочную) по направленію къзади (такъ что болѣе всего надавливается лѣвая лобная кость). Кромѣ того, уменьшенію голонки существенно способствуютъ *роднички*, а именно: большой четырехугольный темянный *родничекъ* (образуемый обонми вѣнечными швами, стрѣловиднымъ швомъ и его продолженіемъ, а также лобнымъ), малый треугольный затылочный *родничекъ* (образуемый обонми ламбдовидными швами и стрѣловиднымъ), оба передніе и оба задніе височные *роднички*. Общее уменьшеніе составляетъ $1\frac{1}{2}$ —2 сант., особенно если принять во вниманіе сгибаемость темянныхъ костей. Мысль обуславливаетъ упло-*

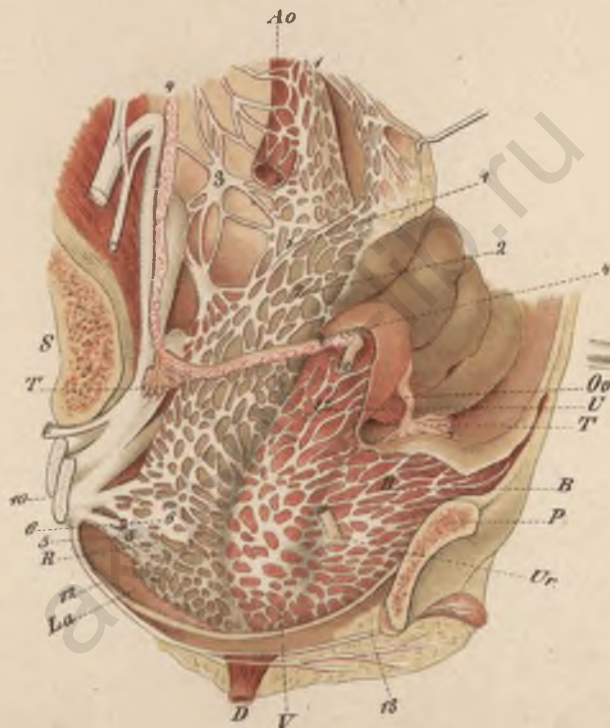


Fig. 39.

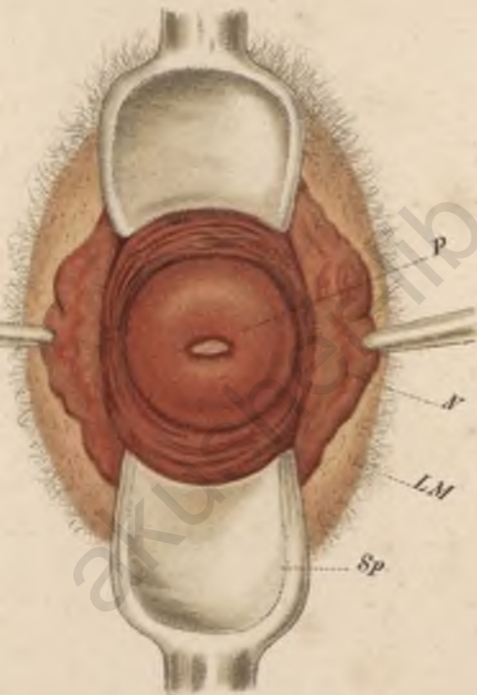


Fig. 40.



Fig. 41.

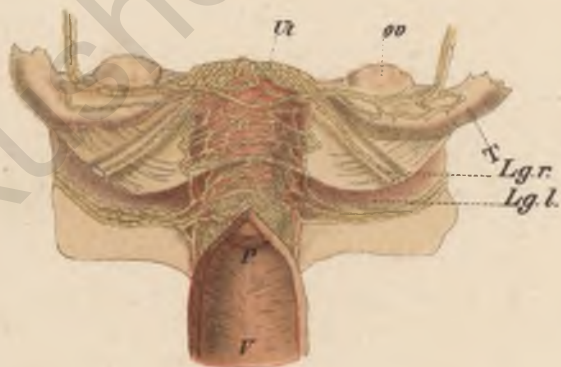


Fig. 42.

Рис. 41. *Направление венозных сплетений беременной матки и отношение къ нимъ артерій.* По инъекциров. преи. *Heitzmann'a*. Текстъ § 13. T—труба, Lg. 1.—кругл. связка, Ut—матка, P—влагалищн. часть, V—влагалище.

Рис. 42. *Направление лимфатическихъ сосудовъ женскихъ половыхъ органовъ.* По *Poirier*, Ut—матка, Ov—яичникъ, T—труба, Lg. г.—круглая связка, Lg. 1—широкая связка P—влагалищн. часть, V—влагалище. Текстъ § 13.

шение *сзади-лежащей темняной кости.* Поперечному суженію соотвѣтствуетъ *сагиттальное удлиненіе*, причѣмъ послѣднее также не появляется симметрично, такъ какъ (соотвѣтственно выпуклости лѣваго таза) *сзади* лежащая темянная кость (при I черепномъ положеніи лѣвая) заходить за переднюю (стало-быть фронтально). Изъ этихъ различныхъ моментовъ составляется форма головки, прорывавшейся при черепномъ положеніи плода. Предлежащая часть болѣе всего вытягивается въ видѣ верхушки конуса, основаніе котораго и представляетъ собой вступающую во время родовъ плоскость черепа (срв. эти плоскости на рис. 116, 117; характерныя формы черепа изображены въ Акуш. атл. I, рис. 8, 10, 11, 19, 20, 21, 26, 35, 63). Поэтому здѣсь помѣщается *головная опухоль* (въ этомъ случаѣ *kerphaloаematoma*), происшедшая вслѣдствіе отдѣленія надкостницы (регисталиумъ) отъ черепныхъ костей во время промежутковъ между потугами (*Fritsch*).

Тазовые суставы также подвергаются растяженію во время родовъ вслѣдствіе серьезнаго пропитыванія суставныхъ связокъ.

Головка доношеннаго ребенка во всѣхъ размѣрахъ составляетъ среднимъ числомъ 0,6 величины материнскаго черепа; у многорожавшихъ дѣти, рожденныя впоследствии, имѣютъ на $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ стм. болѣшія головки и болѣе твердая кости черепа, чѣмъ прежде родившіяся.

Головка доношеннаго ребенка въ среднемъ имѣетъ слѣдующіе размѣры (рис. 116, 117):

Рис. 43. Поперечный разрывъ черезъ матку плода (vi мѣс., микроскопич. преп., ориг. рис. по соб. преп.) на высотѣ *внутренняго зѣва*. Текстъ § 10, 13, 15. 1—Однослойный мерцательный цилиндрический эпителий, образующій слизь, съ первичными железистыми углублениями. *Изображеніе въ просѣтъ* характерно для цервикальной части матки съ ея *Plicae palmatae*. 2—соединительнотканная основа слизистой оболочки богата круглыми кѣтками, въ особенности по краямъ железъ. 3—круговыя мышечныя волокна, идущія въ разныхъ направлеидахъ; они пересѣкаются радиарными сосудами. 4—подсерозная соединит. ткань содержитъ промежуточную, происшедшую изъ 6 *внутрисвязочной* ткани съ главными развѣтвленіями маточной артеріи. Въ промежуткахъ мышечныя волокна въ поперечномъ направленіи. 5—эндотелій брюшины.

Рис. 44. Поперечные разрывы черезъ яйцепроводъ на различныхъ частяхъ. (Микроскоп.) Ориг. рис. по соб. преп. Текстъ § 16. а—близъ *ostium uterinum*, богата мышцами, слизистая оболочка бѣдна сосочками. б—черезъ маточный конецъ яйцепровода (*isthmus*): слизистая оболочка образуетъ 4 костные сосочки—с—вблизи брюшного конца яйцепровода (*ampulla*): бѣдеиъ мышцами, богата сосочками. 1—эндотелій брюшины, 2—подсерозная соединит. ткань съ сосудами 4; 3—мышечный слой—преимущ. круговой; 5—мерцательный цилиндрический эпителий.

Рис. 45. Стѣнки послеродовой матки. (Микроскоп.) Ориг. рис. по соб. преп. Текстъ § 10. 1 и 2—Круговыя мышечныя волокна въ зернистомъ распадѣ; между ними рыхлая, отечная соединит. ткань—4, 3—толстые мышечные пучки въ поперечномъ направленіи; 5—большой толстостѣнный сосудъ съ красными тромбоиъ и начинающимся образованіемъ фибриновыхъ «ребрышекъ». 6—совершенно фибринозно закупоренный сосудъ съ расположеніемъ пластинокъ. 9—уже организованые большіе капиллярные сосуды субдещидуальной части слизистой оболочки: соединит. ткань, 7—зубчато сокращенныя мышечныя волокна, начинающія перерождаться. Кѣтки ихъ уже неспособны къ окрашиванію, 8—большія капиллярныя сосудистыя новообразованія во время беременности. 10—Железы, сохранившія въ глубинѣ свой цилиндрический эпителий; послѣдній теперь разрастается и покрываетъ поверхность регенерирующей слизистой оболочки. 11—Основная ткань слиз. оболочки еще съ многочисленными дещидуальными кѣтками, 12, 13 въ открытомъ тромбозированномъ пространствѣ капилляровъ съ дещидуальными кѣтками находится еще ворсинка *chorii*—14.

Малая косая окружность (Peripher. suboccip. bregdat.)=32 см. (при обыкнов. затылочныхъ полож.).

Прямая окружность (Periph. fronto-occipitalis)=34 см. (при передне-темянной позиціи II).

Peripheria mento-frontalis=32 см. } оба при лице-
Periph. submento-occipitalis=36 $\frac{3}{4}$. } выхъ пол.

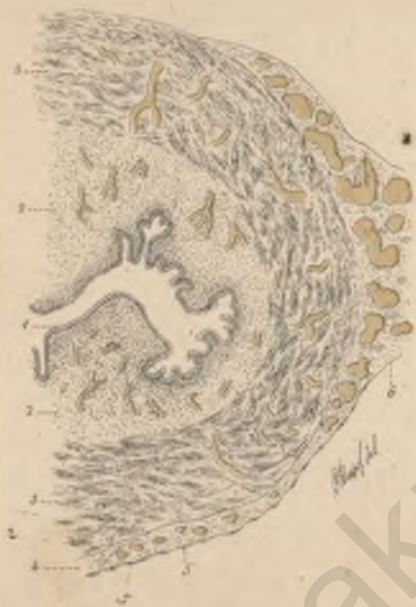


Fig. 43.



Fig. 44.



Fig. 45.

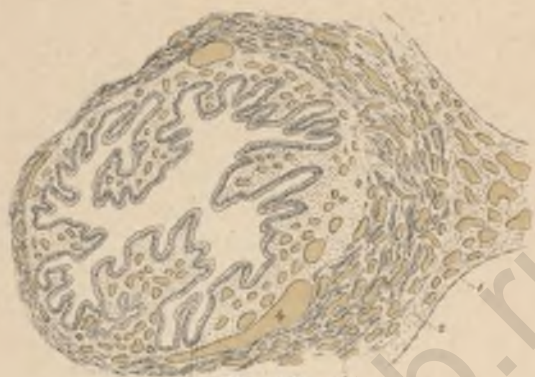


Fig. 46.



Fig. 47.



Fig. 48.

Рис. 46. Поперечный разрывъ черезъ маточный конецъ (*isthmus*) яйцепровода беременной женщины. (Микроскопич.) Ориг. рис. по соб. прен. Текстъ § 15, 16, 44. 1—серозный эндотелій—2—подсерозная соединительная ткань, богатая сосудами, 3—кольцеобразный мышечный слой съ сильно расширенными сосудами наприм., 4—сосудъ въ продольномъ направленіи, 5—цилиндрической эпителий, образующій съ основной характерные кожные сосочки, существующіе съ V мѣс. утробной жизни.

Рис. 47. Продольный разрывъ черезъ яичникъ новорожденнаго съ созрѣвшимъ фолликуломъ. Ориг. рис. по собств. преп. Текстъ § 16, 46. 1—Серозный эндотелій съ рѣзкой границей, на *hilus ovarii* переходитъ въ 2—кубовидный зародышевый эпителий, — 3—яйцо, заключенное въ эпителин фолликула (происходить отъ наружнаго зародышеваго эпителия посредствомъ вросанія Pflüger'овскихъ трубокъ) съ зоною *pellucida*, желткомъ, зародышевымъ пузырькомъ и зародышевымъ пятномъ. 4—однослойные клеточные фолликулы съ однимъ яйцомъ, 7 съ двумя яйцами, 5—капиллярные сосуды, 6—примордіальные яйца, 8—вполнѣ созрѣвшій Graaf'овъ фолликулъ (съ фиброзной *theca folliculi*, *membrana granulosa*, *cusculus ovigerus*, содержатъ яйцо и *liquor folliculi*) выпячиваетъ уже поверхность яичника, — 9—первичный фолликулъ съ яйцомъ. — Остальные пустыя пространства на рисункѣ, окруженныя кубовидными клетками, принадлежатъ однослойнымъ фолликуламъ, у которыхъ на разрывѣ не оказалось яйца. — 10—Сосуды въ *hilus ovarii*, вступающіе отъ широкой связки вмѣстѣ съ внутрисвязочной соединительной тканью въ яичникъ въ сопровожденіи лимфатическихъ сосудовъ и нервовъ.

Рис. 48. Поперечный разрывъ (вертикально) черезъ яичникъ VI-мѣсячнаго плода. (Микроскоп.) Ориг. рис. по собств. прен. Текстъ § 12. Обозначеніе, какъ въ предыдущ. рис.

Прямой размѣръ (*Diam. recta s. fronto-occipital.*)—12 см. (отъ *glabella* до *crista occip. ext.*).

Большой поперечн. размѣръ (*Diam. transversa maj. s. biparietalis*)—9 $\frac{1}{4}$ см. (между обоими темянными буграми)

Малый поперечн. размѣръ (*Diam. transv., min. s. bitemporalis*)—8 см. (между обоими височными родничками).

Большой косоу размѣръ *Diam. obliqua maj. s., mento-occip.*)—13 $\frac{1}{2}$ см. (отъ подбородка до самаго отдаленнаго пункта затылка).

Малый косоу размѣръ (*Diam. obliq. min. s. suboccip.—bregmat.*)—9 $\frac{1}{2}$ см. (отъ затылка къ большому родничку).

Вертикальный размѣръ (отъ макушки до основанія черепа)—9 $\frac{1}{2}$ см.

- Рис. 49. Отделяющія секретъ клетки молочной железы. 1 = Ожирѣвшія цилиндрическія клетки, 2 = Веретенообразныя клетки въ соединит. тканн, 3 = Кровяной сосудъ, 4 = Выводной протокъ. Орг. рис. Текстъ § 18.
- Рис. 50. Яичникъ съ только что лопнувшимъ (F.) фолликуломъ, рядомъ нѣскольکو меньшихъ фолликулъ; яйцеводъ (T.) прилегаетъ къ яичнику (ov). Орг. рис. Текстъ § 16.
- Рис. 51. Продольный разръзъ черезъ яичникъ съ corpus luteum vegetum и расширенными сосудами, послѣдствіе беременности. Орг. рис. Текстъ § 16.
- Рис. 52. Отношеніе яйцевого прикрѣпленія къ шейкѣ матки. Орг. рис. Текстъ § 8, 47. M = Müller'овское кольцо. Цифры по общему обознач.

Литература къ § 5 (срв. къ § 11 и 12).

- 1) Hegar, Zur Geburtsmechanik, Arch. f. Gyn. I, 1870. —
- 2) Luschka, Die Anatomie d. menschl. Beckens. Tübingen, 1864. —
- 3) Grünbaum, In Diss. Berlin, 1879, Beziehungen der kindl. Schädelmaasse zu denen der Mutter. — 4) Тоже Fassbender. — 5) Schaeffer, Das Alter, die Grössen u. Gewichtsbestimmungen des Körpers, des Schädels u. der Organe des menschlichen Foetus въ Winkel's Ber. u. Stud. 1883—1890. — 6) Schröder, Ueber Grössenverschiedenheiten d. Köpfe Neugeborener, Scanzoni's Beitrag. z. Geburtsh. u. Gyn. 5, 1869. — 7) Fehling, Compress. des Schädels bei d. Geburt, Arch. f. Gyn. 6, 1874. — 8) Keller, Volumsverminderung des kindl. Schädels in Diss. Erlangen, 1877. — 9) Schatz, Geburts-Mechan. d. Kopfendlagen. Leipzig, 1868. — 10) Тотъ-же, Beitr. z. physiol. Geburtskunde, Arch. f. Gyn. III, 1872. — 11) Lohs, Zur Mechanik der Geburt, Berlin, 1872, auch im Arch. f. Gyn. III, 1874: IV, 1872; 29, 1887 и Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 14, 1888. — 12) Тотъ-же, Theorie d. Geburt. Bonn, 1877. — 13) Schröder и Stratz, Z. Physiolog. d. Austreibungsperiode im Schröder's D. schwang. u. kreiss. Uterus. Bonn, 1886. — 14) Werth, Physiol. d. Geburt. in Müller's Handb. d. Geburtsh. I, 1888. — 15) Küstner, Uterusachse u. Beckeneingangsachse Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn. I, 1885. — 16) J. Veit, Anat. d. Beckens. Stuttg. 1887. — 17) Olshausen, Geburtsmechan. b. Schädellagen, Verhdlg. d. II, Congr. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Leipzig 1888. — 18) B. B. Сумицкѣ, Mechanism. d. Geb. bei Schädellag. Volkman's Sammlg. 310. — 19) Spiegelberg, Geburtsmechanismus. Mon. f. Geb. 29, 1867. — 20) Stadtfeldt, On the asymmetry of the body (Axedeel) of the human Skeleton. Obetetr. Journ. of Gr. Brit. May, 1879. — 21) Dohrn, Eine durch d. Geburt. bewirkte Formbesonderheit d. Kindkopfes. Mon. f. Geb. 24, 1864. — 22) Olshausen, Ueb. d. nachträgl. Diagn. d. Geburtsverlaufes aus der Veränderung am Schädel des nengeb. Kindes. Vollk. Sammlg. klin. Vortr. № 8, 1870. — 23) O. Schaeffer, Entwicklung. d. foet. Schädels mit besonderer Berücksichtigung der Schädelgruben. München. 1892. Lehmann.



Fig. 49.



Fig. 50.



Fig. 51.



Fig. 52.

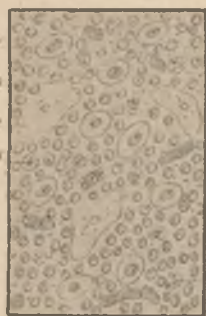


Fig. 53.



Fig. 54.



Fig. 55.



Fig. 56.



Fig. 57.



Fig. 58.



Fig. 59.

- Рис. 53. *Красныя послеродовыя очищенія (Lochia rubra)*: 1—децидуальныйя клітки, 2—плоскій эпителий, 3—красныя кровяныя тѣльца въ видѣ сложенныхъ монетъ, 4—отдѣльвыя красныя кров. тѣльца, 5—бѣлыя кров. тѣльца, 6—отдѣльные ковки (дипло-) (Микр.).
- Рис. 54. *Бѣлыя послерод. очищенія (Lochia alba)* обознач. какъ въ предыдущ., клітки зернисты (микр.)
- Рис. 55. *Серозныя послерод. очищенія (Lochia serosa)*: 6—группы ковокъ, 7—зернистыя молодыя веретенообразныя клітки въ видѣ пузырьковъ (микр.)
- Рис. 53—55 орг. по соб. преп. Текстъ § 17.
- Рис. 56. *Молозивныя тѣльца*—жирѣвшія клітки во время выдѣленія (микр.)
- Рис. 57. *Молоко*, состоящее изъ жировыхъ шариковъ (1) съ 2 лейкоцитами (2). (Микр.)
- Рис. 56—57 орг. Текстъ § 18.
- Рис. 58. *Децидуальныйя клітки*. (Микр.). Текстъ § 44, 48. Большія многоугольныя овальныя клітки, многоядерны вслѣдствіе усиленнаго дѣленія, подъ давленіемъ роста часто веретенообразны.
- Рис. 59. *Стволъ ворсинки chorii съ кровяными сосудами плода*. (Микр.). Текстъ § 48. Наполненная слизью соединительная ткань съ однослойнымъ кубовиднымъ эпителиемъ и сосудами плода.
- Рис. 58, 59 орг. по соб. преп.

ГЛАВА II.

Нормальный половой аппаратъ во время беременности.

§ 46. Распознаваніе беременности.

(Рис. 92—94, 101, 19, 21, 29, 8, 9, 40).

Наружное изслѣдованіе посредствомъ *осмотра, ощупыванія, выслушиванія* и *измѣренія* даетъ указаніе:

1. Относительно существованія или отсутствія беременности. 2. Въ какомъ мѣсяцѣ находится беременность. 3. Какое положеніе занимаетъ плодъ. Живъ-ли онъ?

Убѣдившись осмотромъ въ увеличеніи объема живота и характерѣ его выпуклости (остроконечный или отвислый животъ, срв. рис. 92—94, 101), присутствіи свѣжихъ или старыхъ рубцовъ (*striae gravidarum*), сглаженности или выпуклости пупка, окраскѣ бѣлой линіи живота и степени ея

Рис. 60. *Плоскій, нерахитическій тазъ.*

Рис. 61. *Плоскій, рахитическій тазъ.*

Рис. 62. *Обще-сужженный, плоскій, рахитическій тазъ.*

Рис. 60—62 орг. по преп. Мюнх. гин. клин. Текстъ § 23.

распространенія, наружномъ видѣ грудей и т. д., мы *I* приемомъ (рис. 19) опредѣляемъ, какъ высоко стоитъ дно матки (рис. 29), *II* приемомъ (рис. 19), гдѣ находится спинка, мелкія части плода, можно - ли наблюдать движеніе послѣднихъ (спинка влѣво, головка внизу — *I* черепное положеніе, спинка вправо — *II* черепное положеніе), *III* приемомъ (рис. 20, стоитъ-ли еще головка въ видѣ твердаго, легко баллотирующаго тѣла надъ входомъ въ тазъ и какова приблизительно длина ребенка (разстояніе отъ головки до ягодиць — $\frac{1}{2}$ длины), *IV* приемомъ (рис. 21), насколько головка вступила въ малый тазъ, вричемъ слѣдуетъ обратить вниманіе на то, имѣемъ-ли мы дѣло съ *первородящей* или *многорожавшей*. Длину ребенка можно опредѣлить лишь приблизительно, потому что разстояніе отъ ягодиць до головки плода при его согнутомъ положеніи равно половинѣ длины тѣла. (Легче всего длина опредѣляется при косыхъ положеніяхъ плода).

Вслушиваніе дополняетъ результаты *ощупыванія*. Обыкновенно можно слышать густой дующій *маточный шумъ*, одновременный съ *материнскимъ* пульсомъ, затѣмъ преимущественно *сердечные тоны ребенка* (120—150 двойныхъ тоновъ), а иногда совпадающій съ послѣдними короткій *дующій пупочный шумъ*. Этимъ констатируется существованіе *живого плода*. При *I черепномъ положеніи* сердечные тоны слышны во срединѣ между пупкомъ и *spina anter. sup. sup.*

Внутреннее изслѣдованіе въ началѣ родовъ должно производиться по возможности рѣдко, а въ періодѣ изгнанія оно должно быть совершенно оставлено, если только не существуетъ настоятельной необходимости, такъ какъ въ виду легкой ранности сочныхъ слизистыхъ оболочекъ можно вызвать зараженіе, которому послѣродовая матка болѣе подвержена, чѣмъ какая либо другая рана.

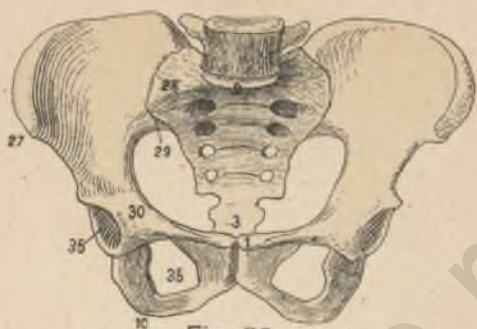


Fig. 60.

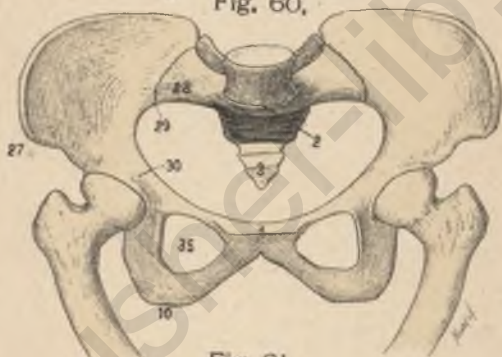


Fig. 61.



Fig. 62.

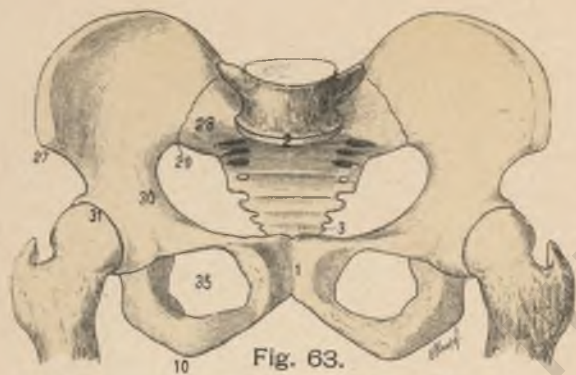


Fig. 63.



Fig. 64.

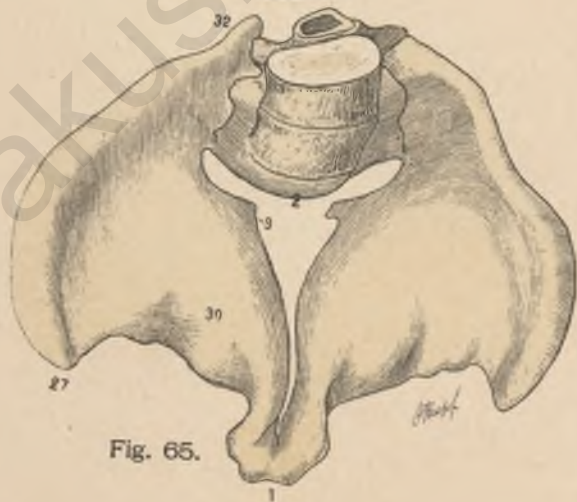


Fig. 65.

Рис. 63. *Презжурно плоскій, разитическій тазъ.* Текстъ § 23.

Рис. 64. *Снавшийся разитическій, псевдо-остеомалатическій тазъ.*
Текстъ § 24. По Schröder'у.

Рис. 65. *Снавшийся остеомалатическій тазъ.* Текстъ § 24. Рис. 63
и 65 орг. по преп. Мюнх. гин. клин.

Кромѣ указаннаго въ §§ 1 и 5 изслѣдованія пальцемъ направленнаго на *малый тазъ*, мы здѣсь прежде всего должны обратить вниманіе на состояніе *мягкихъ частей*, не находятся-ли во влагалищѣ уплотнѣнія, перегородки (septa), опухоли, не повышена-ли температура влагалища и не пульсируетъ-ли рѣзче art. uterina, какъ и насколько открытъ наружный маточный зѣвъ, не имѣются-ли на немъ надрывы (у многорожавшихъ) (рис. 8, 9), куда онъ направленъ, достигла-ли подлежащая часть плода linea spinalis, другими словами, прошла-ли подлежащая часть тазовой входы и т. д. *Касательно распознаванія позиціи подлежащей части срв. § 52!*

Зеркало примѣняется лишь въ исключительныхъ случаяхъ и то въ началѣ беременности; при помощи его мы видимъ, что port. vaginalis и влагалищный сводъ подобно малымъ губамъ окрашены въ цвѣтъ винныхъ дрожжей (рис. 40).

Диагностическіе признаки беременности вытекаютъ изъ анатомическихъ измѣненій.

а) *впроятные* признаки, свойственные *матери*, исходящіе изъ ея половыхъ частей: синеватая малая губы и мягкая portio vagin¹⁾ съ круглымъ маточнымъ зѣвомъ при высоко стоящей маткѣ, часто сильное выдѣленіе изъ рукава, отдѣленіе молока изъ грудей, рубцы (т. е. растяженіе упругой ткани при параллельномъ смѣщеніи ея волоконъ), измѣненія пупка, окрашиваніе средней линіи живота, прекращеніе мѣсячныхъ, маточный шумъ.

б) *впрные* признаки, принадлежащіе *ребенку*: ошупываніе дѣтскихъ частей, движенія плода, сердечные тоны ребенка (120—150), пупочный шумъ.

¹⁾ Поразительна мягкость матки, соответствующая внутреннему зѣву, уже во II мѣс. беременности.

Рис. 66. *Поясъ окостененія нормального тифиза (микр.).* 1—гидриновый хрящъ, 2—поясъ начинающагося разростающаго хряща. 3—колонны ставшихъ въ рядъ хрящевыхъ кѣлѣтокъ, 4—колонны увеличеннаго хрящевыхъ кѣлѣтокъ, 5—поясъ перваго облизвествленія, 6—рядъ остеобластовъ въ поясъ перваго костнаго обрабованія, 7—готовая *губчатая* ткань. 8 и 9 кровеносные сосуды въ поперечномъ и продольномъ размѣ.

Рис. 67. *Поясъ окостененія рахитическаго тифиза (Микр.).* 1—переходъ гидриноваго хряща въ разрастающійся. 2—поясъ расположившихся въ рядъ колоннъ хрящевыхъ кѣлѣтокъ, 3—кѣлѣчно-фиброзные мозговые пространства, содержащія сосуды, лежатъ въ области разросшихся и увеличеннаго хрящевыхъ кѣлѣтокъ, 4—облизвествленная островками хрящевая ткань, 5—перекладны изъ остеонидной и *готовой*, содержащей *известъ*, *костной* ткани, 6—перекладны изъ остеонидной ткани, 7 какъ и 3 съ сосудомъ въ поперечномъ разрѣзѣ.

Рис. 68. *Микроскопич. разрѣзъ черезъ остеомалятическую кость* 1—остатки костнаго вещества, содерж. известъ, 2—костное вещество, лишённое извести, 3—большія мозговые пространства, происшедшія вслѣдствіе исчезновенія костнаго вещества, 4—*Havers*'овы каналы.

Рис. 66—68 заимствованы у *Ziegler*'а. Текстъ § 23, 24.

Первородящая.

Многорожавшая.

Половая шель: нѣсколько зіяеть.

зіяеть, рубцы.

Влагалище: узко, шероховато.

широко, мягко, гладко.

Port-vagin: мягкій, разрыленный конусъ.

конуса нѣтъ, но существуетъ мягкій опухшій лоскутъ.

Наружн. маточн. зѣвъ: съ острой каймой, закрытъ до IX мѣс.; затѣмъ пропускаеть ногтевую часть пальца.

открытъ съ V мѣс., острой каймы нѣтъ, существуютъ надрывы.

если проходимъ: наступленіе родовъ въ ближайшіе дни.

если цервикальный каналъ легко проходимъ: роды черезъ 2 недѣли.

Внутр. маточн. зѣвъ: закрытъ, часто *раньше* открытъ, чѣмъ наружн.; открывается *sub partu* съ шейкой, *раньше* чѣмъ нар. зѣвъ.

открывается въ IX мѣс.

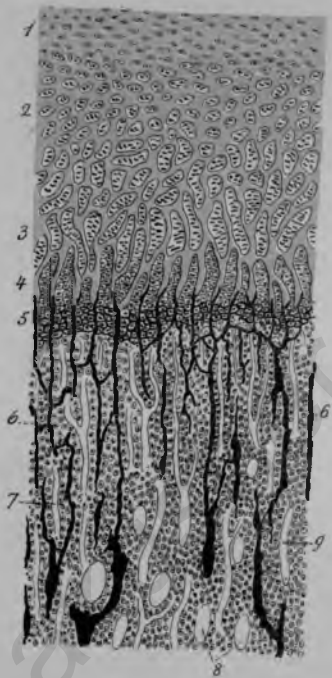


Fig. 66.



Fig. 67.

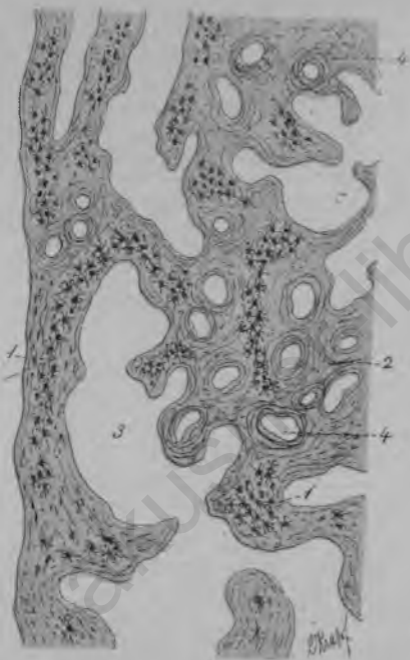


Fig. 68.



Fig. 69.



Fig. 70.



Fig. 71.

Рис. 69. Вставленіе головки во входъ плоскоразитическаго таза при *Naegle'*овскомъ отклоненіи — II передне-темянное положеніе. Текстъ §§ 5, прибавленіе, 21, 23, 33, 42, 51.

Рис. 70. Нормальныя отношенія кривизны крестцовой кости, при разити и при остеомаляци, вмѣстѣ съ измѣненіемъ положенія лонной дуги. Вставленіе головки, какъ въ предыдуш., сагитально при плоскоразитич. тазѣ. Текстъ §§ 5, прибавл., 21, 23, 51, 33, 42, 51.

Рис. 71. Конфигурація головки, изображенная на рис. 69 и 70: давленіе мыса на сзади лежащую темянную кость, переломы. Характерная *выпуклость* подлежащей лѣвой темянной кости. Текстъ §§ 5. Прибавл., 21, 23, 42, 51.

Рис. 69—71 орг. по преп. Мюнх. гинек. клин.

Головка: въ маломъ тазу. въ тазовомъ входѣ или не-
много вступила въ малый тазъ;
еще совершенно подвижна.

Опредѣленіе срока беременности: отъ дня послѣднихъ регуль отсчитываются три мѣсяца назадъ и къ полученному числу прибавляются 7 дней. Средняя продолжительность беременности=265—280 днямъ.

Влагалищная часть у первобеременныхъ представляет до VIII мѣсяца твердую коническую шишку съ овальной ямкой (рис. 40), съ этого же времени она укорачивается вслѣдствіе образованія складокъ въ рукавѣ и исчезаетъ въ теченіи послѣднихъ недѣль при раскрытіи внутренняго зѣва. У **повторнобеременныхъ**, напротивъ, *губы маточнаго зѣва* во все время остаются *болѣе толстыми и широкими, чѣмъ шейка*.

При дифференціальномъ распознаваніи принимается въ соображеніе:

1. При *метритахъ*, *міомахъ*, *кистахъ яичника* мѣсячныя существуютъ, а состояніе больной не измѣняется.

2. При *haematometra* мѣсячныя всегда отсутствуютъ; зеркало и зондъ обнаруживаютъ закрытіе шейки.

3. При *пара- и периметритахъ* бывають лихорадочноя приступы.

4. При *заднихъ заибахъ и наклоненіяхъ матки* наблюдается характерное положеніе и направленіе влагалищной

Рис. 72. Дѣтскій воронкообразный тазъ съ продолжноооальнымъ входомъ и суженнымъ выходомъ. Тетель § 25.

Рис. 73. Кифотическій воронкообразный тазъ съ двойнымъ мысомъ. Тетель § 25.

Рис. 74. Рахитически-кифотическій воронкообразный тазъ съ симметрической ассимилляціей. (т. наз. образование «вставочнаго» или «переходнаго» позвонка, съ обѣихъ сторонъ. Тетель § 30.

Рис. 72—74 ориг. по преп. Мюнх. гин. вѣнн.

части спереди при утонченной передней или верхней поверхности шейки; въ этихъ случаяхъ *portio vagin.* также плотна.

5. При *haematocoele retrouterina* прощупывается зыблящаяся опухоль въ Douglas'овомъ пространствѣ.

6. Наконецъ наполненный мочевой пузырь, жирные покровы живота, мертвый плодъ (при познанин).

Литература къ § 6.

1) *B. S. Schultze*, Ueber die narbigen Streifen in der Haut des Oberschenkels, *Jenaische Ztschr. f. Med.* 4, 1868.—2) *C. Langer*, Ueber d. Textur der sog. Graviditätsnarben. *Anzeig d. Ges. d. Aerzte, Wien* 1879, № 28.—3) *Frankenhäuser*, Ueb. d. Herztöne d. Frucht u. ihre Benutzung zur Diagnose etc. *Mon. f. Geb.* 14, 1859.—4) *Hüter*, Ueb. d. Foetalpuls. *Mon. f. Geb.* 18 Suppl. 1862.—5) *Engelhorn*, Foet. Pulsfrequenz, *A. f. Gyn.* 9.—6) *Kehrer*, Die Verlang. des Foetalpulses während d. Uterus. Contractions, *Beitr. z. Gbtskde.* 2, 1879 u. *Diagn. A. f. Gyn.* 12.—7) *v. Winckel*, Zur Entstehung u. Bedeutung des Nabelschnurgeräusches. *Klin. Beob. z. Path. d. Gbt. Rostok*, 1869.—8) *Bumme*, Zur Aetiologie des Nabelschnurgeräusches.—9) *B. S. Schultze*, Ueb. Palpation der Beckenorgane. *Jenaische Ztschr. f. Med.* V, 1.—10) *Ahlfeld*, Bestimmungen der Grösse u. des Alt. der Frucht vor der Geburt. *A. f. Gyn.* I u. II, 1871; *Ber. u. Arb. d. Klin. zu Giessen.* 1881—82. *Leipzig* 1883 *Volkm's Votr.* 79.—11) *Runge Max* item, *Id.* *Diss. Strassb.* 1875.—12) *Zweifel*, Ueber d. Bestimmung der Schwangerschaftszeit durch Messungen, *A. f. Gyn.* 22, 1884.—13) *Fehling*, Einfl. der todten Frucht auf d. Mutter, *A. f. Gyn.* 7, 1874.—14) *Leopold*, *Gebtschlfl. Unters.* 1892, *Hirzel.*

§ 7. Распознаваніе и анатомія отдѣльныхъ мѣсяцевъ беременности.

(Рис. 118, 119, 29, 40, 8, 122).

Конецъ I мѣсяца, увеличеніе матки не діагностируется. Наблюдается мягкая консистенція, какъ при менструаціи. Наклоненіе назадъ и болѣе глубокое стояніе ея въ слѣдующемъ мѣсяцѣ не всегда существуютъ.



Fig. 72.



Fig. 73.



Fig. 74.



Fig. 75.



Fig. 76.



Fig. 78.

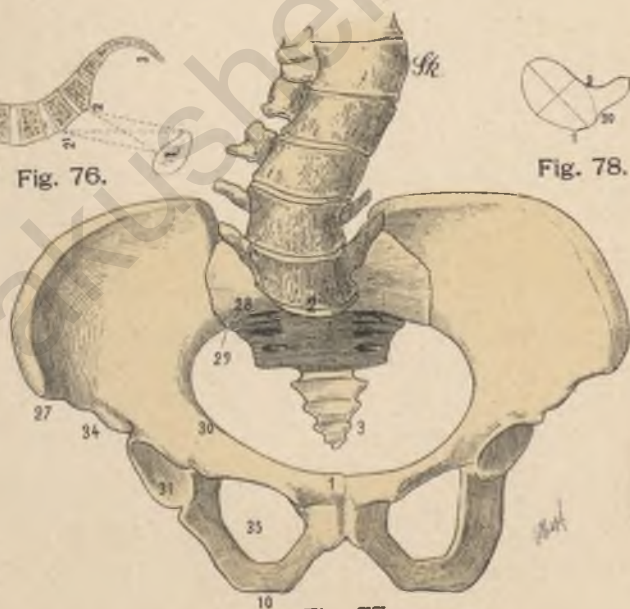


Fig. 77.

Рис. 75. Асимметричный ассимиляционный не скошенный таз Пояснично-крестцовый «переходный позвонок» проявляет слева по типу крестцового, справа поясничного позвонка. Текст § 30.

Рис. 76. Двойной мыс (сагиттальн. разръзъ). Текст § 25, 30.

Рис. 77. Вльво скошенный таз вследствие рахитического сколиоза (Sk); нижние 2 поясничные позвонка обозначают это компенсирующее направление. Текст § 26.

Рис. 78. Входъ косо-суженнаго вльво таза, левая половина котораго представляет для прохожденія головки «мертвое пространство». Рис. 75—73 орт., по преп. Мюнх. гин. влнн.

Яйцо—2¹/₂ грм.; зародышъ въ длину 0,8 см.

Конецъ II мѣсяца: Матка величиною въ яблоко, маточный зѣвъ округленъ; рукавъ и влагалищная часть синеватаго цвѣта (рис. 40).

Яйцо величиною въ куриное (рис. 118); *плодъ* длиною въ 2,5 см. (приблизительно при 1,5 см. длины превращается изъ зародыша въ ясно выраженный человѣчскій плодъ); головка и туловище равны по величинѣ. Образование *placenta serotinae*. [Происшедшее въ это время изгнаніе плода носить названіе *выкидыша* (abortus)].

Изъ *грудей* часто выдавливается сыворotka. «Желудочные признаки» ¹⁾.

¹⁾ Въ виду *рвоты* необходимо избѣгать обремененія желудка, поэтому пища дается небольшими количествами заразъ, но въ болѣе короткіе промежутки. Утромъ лучше принимать пищу въ кровати.

Неукротимая рвота (hyperemesis gravidarum) составляетъ серьезное осложненіе беременности, появляющееся во II стадіи даже безъ приѣма пищи, въ III стадіи съ примѣсю крови при явленіяхъ лихорадки и коллапса.

Этіологія нервно-рефлекторнаго характера; анатомическія причины слѣдующія: невраильныя положенія матки и эрозіи влагалищной части, заболѣванія желудка и кишекъ, желтая атрофія печени, нефритъ, порокъ сердца, туберкулезный менингитъ, злокачественная анемія. Соответственно этому *терапия* должна быть или *специфическая*, направленная противъ упомянутыхъ страданій, или *симптоматическая*. Такъ какъ болѣзнь длится 2—3 мѣсяца, лишь рѣдко переходя во вторую половину беременности, то къ производству выкидыша приходится прибѣгать въ исключительныхъ случаяхъ. Обыкновенно принимаются *наркотическія* вещества и *жидкая пища*.

Рис. 79. Кососуженный вправо тазъ вследствие правосторонняго анкилоза тазобедреннаго сустава. Текстъ § 26.

Рис. 80. Спондилолистетическій тазъ. Текстъ § 29.

Рис. 81. Кососуженный влево тазъ вследствие правосторонняго синостоа крестцоваго крыла. Текстъ § 26.

Рис. 79—81, ориг. по прее. Мюнх. гин. клин.

Конецъ III мѣсяца: матка величиной въ дѣтскую головку; дно доходить до верхняго края лоннаго соединенія (рис. 29); влагалищная часть отступаетъ назадъ (рис. 8), тѣло матки развивается сильнѣе влагалищной части, на которой она сидитъ, какъ шаръ на ножкѣ. *Весьма мягкая консистенція нижняго сегмента матки* выше ligg.; sacro-uterina ощупывается слѣдующимъ образомъ: указательный палець вводится въ прямую кишку, большой палець черезъ влагалище приставляется къ *port vagin.*, а другая рука давить на матку со стороны лоннаго соединенія.

Яйцо величиною въ гусиное (рис. 119); *плодъ* длиною въ 9 см., вѣсомъ 20 грм.; головка равняется половинѣ туловища; пуповина уже длиннѣе плода и начинаетъ скручиваться.

Конецъ IV мѣсяца: матка въ страусовое яйцо (величина головы взрослаго человѣка), ощупывается *надъ лоннымъ соединеніемъ* (рис. 29) и совершенно выполняетъ малый тазъ. Части плода прощупываются въ видѣ плотныхъ тѣлъ; *впервые слышенъ маточный шумъ.*

Плодъ = 10—17 см., вѣситъ 30—120 гр.; полъ его теперь явственно различается. При преждевременномъ рожденіи на свѣтъ производить дыхательныя движенія.

Конецъ V мѣсяца: дно матки находится (рис. 29) на срединѣ между лоннымъ соединеніемъ и пупкомъ; поперечный размѣръ его—въ первомъ (правомъ) косомъ диаметрѣ таза. У *многорожавшихъ наружный зѣвъ разрыхленъ* настолько, что въ него можетъ проникнуть изслѣдующій палець. Образуются рубцы на животѣ (*striae*) и происходитъ окрашиваніе бѣлой линіи, а также околососковаго кружка въ видѣ вторичной *areola*.

Плодъ = 20—25 см., вѣситъ 140—350 грм.; *сердце-*



Fig. 79.



Fig. 80.



Fig. 81.



Fig. 82.

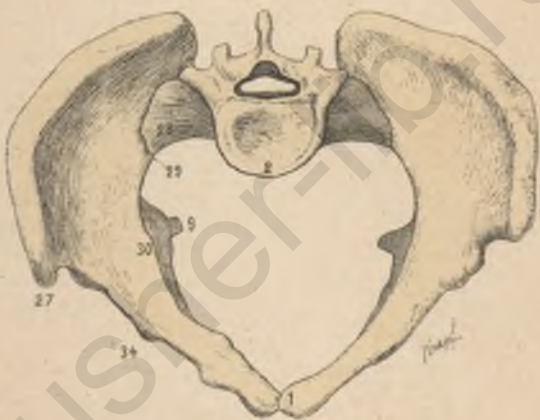


Fig. 83.



Fig. 84.

Рис. 82. Плоский тазъ (сужень въ пряможъ размѣрѣ) вследствие двусторонняго вывиха бедра назадъ и вверхъ. По Schauta. Текстъ § 28.

Рис. 83. Поперечно-суженный продольноовальный тазъ вследствие двусторонней косолапости (pes varus). По Schauta. Текстъ § 28.

Рис. 84. Расщепленный тазъ (*pelvis fissa*). По Schauta. Текстъ § 28.

біеніе и движенія плода слышны съ 18—20 недѣли; въ послѣдствіи они еще кромѣ того видны.

Конецъ VI мѣсяца: дно матки находится на 3—4 см. ниже пупка, который снизу начинаетъ сглаживаться. **Крутая** до сихъ поръ форма матки теперь вытягивается въ длину, благодаря чему возникаетъ продольное положеніе плода. Разрыхленіе шейки заходитъ за середину. **Стоящая на высотѣ spineae ischii** влагалищная часть матки кажется укороченной вследствие гипертрофіи влагалища, образующей складку. Верхняя часть тѣла немного откидывается назадъ.

Плодъ—26—34 см., вѣситъ 430—950 грм., рожденный «преждевременно» издаетъ лишь слабый стонъ (рис. 122) (роды до VI мѣс. = *partus immaturus*).

Конецъ VII мѣсяца: дно матки находится (рис. 29) на 3—4 см. выше пупка; послѣдній сглаженъ.

Плодъ—36—38 см., вѣситъ 820—1150 грм., при *partus praematurus* кричитъ жалобнымъ голосомъ; кожа мертвиста и густо покрыта волосами; зрачковая перепонка начинаетъ исчезать. Обыкновенно ощупывается черезъ влагалище предлежащая часть (стало быть конецъ продольной оси) и ясно различаются части плода.

Конецъ VIII мѣсяца: дно матки находится (рис. 29) по срединѣ между пупкомъ и подложечной ямкой. Изъ груди выдѣляется секретъ; станъ беременной откинуть назадъ вследствие перемѣщенія центра тяжести впередъ.

Плодъ—40—43 см., вѣситъ 1300—1600 грм., при тщательномъ уходѣ можетъ выжить. Красноватая, бѣдная жиромъ кожа.

- Рис 85. Загибъ беременной матки назадъ (*Retroflexio uteri gravidi*). Вслѣдствіе высокой степени ишуріи и загниванія застоявшейся мочи, вся слизистая оболочка пузыря некротизирована и готова къ отдѣленію въ видѣ складчатого мѣшка. По Schatz'у слегка изменить.
- Рис. 86. Частичный загибъ беременной матки назадъ, происшедшій въ слѣдствіе ея ущемленія.
- Рис. 85 и 86 оригин. Текстъ § 23 и 24.

Конецъ IX мѣсяца: дно матки находится (рис. 29) въ подложечной ямкѣ, приблизительно на 3 см. ниже мечевиднаго отростка. Раскрытіе внутренняго зва у многопложавшихъ и наружнаго зва у первородящихъ въ концѣ мѣсяца. Наибольшее растяженіе покрововъ живота.

Плодъ=46—48 см., вѣситъ 2000—2700 грм.; головка стоитъ мало-подвижно въ тазовомъ входѣ (срв. Акуш. атл., рис. 1 и 2).

X мѣсяцъ¹⁾: дно матки какъ на VIII мѣсяцѣ беременности; большую часть оно снова опускается до тѣхъ поръ, пока не начинаются настоящія родовыя схватки. Хотя матка и увеличивается еще въ своемъ продольномъ размѣрѣ впереди, тѣмъ не менѣе она доходитъ лишь до середины между мечевиднымъ отросткомъ и пупкомъ. Однако дно маточное въ слѣдствіе болѣе сильныхъ сокращеній прощупывается на различн. высотѣ. Причина этому—опусканіе подлежащей части въ малый тазъ, у первородящихъ до самой широкой части таза (срв. Акуш. атл. I, рис. 1).

Дитя=48—50 см., вѣситъ 3000—3600 грм.; околоплодная жидкость=1500 грм.; плацента= $\frac{1}{5,5}$ вѣса ребенка (400—600—1000 грм.); пуповина=50—200 см. Прощупываемая черезъ передній сводъ стѣнка матки стано-

¹⁾ Нормальная беременность продолжается въ среднемъ 280 дней, затѣмъ наступаетъ *partus maturus* (на 38—41 недѣлѣ; *partus praematurus* на 28—38 нед.; *partus immaturus* на 16—28 нед., когда ребенокъ не жизнеспособен; выкидыши происходятъ до 16 нед., когда плодъ еще не сформировался). Послѣ 41 недѣли до 300 дней и болѣе наступаетъ *partus serotinus* въ большинствѣ случаевъ съ чрезвычайно большимъ ребенкомъ. *Missed labour*—начавшіеся, но слова остановившіеся роды.



Fig. 86.



Fig. 85.

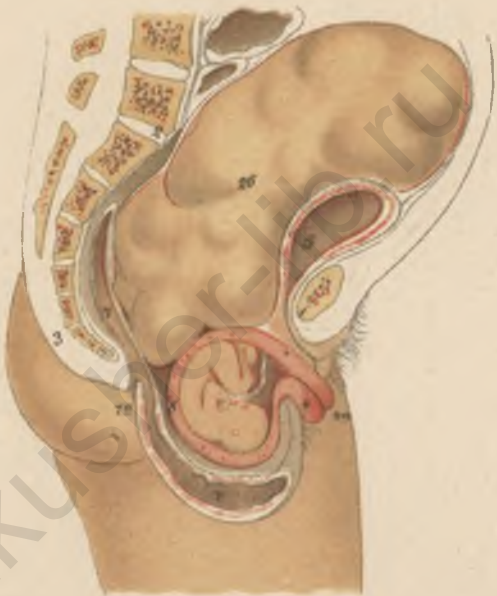


Fig. 88.

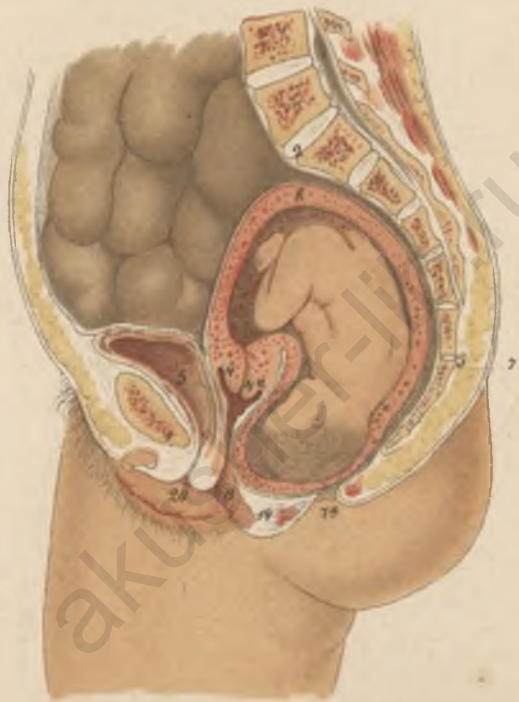


Fig. 87.

Рис. 87. *Переходъ къ выпаденію загнутой назадъ беременной матки съ прободеніемъ прямой кишки, влагалища и промежности.* Текстъ § 23, 34.

Рис. 88. *Полное выпаденіе загнутой назадъ беременной матки вслѣдствіе давленія на нее большой лѣвосторонней кисти яичника.* Послѣдняя сидитъ на ножкѣ, выполняетъ малый тазъ и достигаетъ пупка; *ischuria, rectocele.* Текстъ § 23, 35, 40.

Рис. 87 и 88 оригинальн.

вится все тоньше (Segm, chartaceum), и черезъ нее явственно ощущаются швы и роднички! ²⁾.

Литература въ § 7.

¹⁾ Lott, Zur Anatomie u. Physiologie der Gravidität. Erlangen 1872.—²⁾ P. Müller, Scanz's. Beitr. V.—³⁾ J. Veit, Z. f. Geb. u. Gyn. VIII.

§ 8. Анатомія „нижняго сегмента“ матки.

(Рис. 17, 28, 30, 31, 52, 102—104, 127)—(Акуш. атл. I, рис. 4, 14, 28).

Во время беременности шейка не имѣетъ значенія для яйца; клѣтки отпадающей оболочки находятся всего на нѣсколько миллиметровъ ниже внутренняго зѣва (очень рѣдко Decidua образуется въ шейкѣ ниже, какъ это было въ одномъ случаѣ виѣнатоичной беременности съ явственными надрывами внутренняго зѣва, наблюдавшемся въ Мюнхенской гинекологической клиникѣ: срв. рис. 127 по преп. и Акушерству Winkler'я); слѣдовательно, для воспринятія яйца приспособлено только собственно тѣло матки; *вся шейка остается неизмѣнной*, укороченіе же влагалищной части у первородящихъ только кажущееся и обусловлено образованіемъ складокъ во влагалищѣ, вслѣдствіе гипертрофіи его. Если образованіе отпадающей оболочки при незначительномъ расширеніи нормальнаго внутренняго зѣва простирается дальше послѣдняго (причемъ яйцо рѣзко оканчивается у внутренняго зѣва), то границей

²⁾ Извѣстное правило для вычисленія длины плода по мѣсяцамъ состоитъ въ слѣдующемъ: I — V мѣс. длина плода въ стм. = квадрату числа, означающаго порядокъ мѣсяца, стало быть 1, 4, 9, 16, 25 стм.; далѣе же порядокъ мѣсяца множится на 5, слѣдоват. $5 \times 6 = 30$, затѣмъ 35, 40, 45, 50 стм.

- Рис. 89 *Остистый тазъ (akanthopelys s. pelvis spinosa)* при рахитическихъ измѣненіяхъ праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія (29) в обонхъ Synost. ileorub. (30). Текстъ § 31, 23. Ориг. рис. по преп. Мюнх. гвн. клнн.
- Рис. 90. *Переломъ подвздошной кости съ исходомъ въ экзостозъ.* (Ех) По *Winckel'*ю. Текстъ § 31.
- Рис. 91. *Кисто-хондрома, вядь сверху.* (Случай *Behm'a*). (Ориг. рис. по отливи. преп. Текстъ § 31.

слизистой оболочки шейки является валикъ, въ видѣ *Müller'*овскаго кольца ¹⁾ (срв. рис. 52).

Съ началомъ родовыхъ схватокъ мышечныя волокна тѣла матки сокращаются надъ плодомъ по направленію къ дну; такимъ образомъ плодъ въ его продольной оси испытываетъ давленіе по направленію къ малому тазу. Но такъ какъ плодъ составляетъ подвижную часть, то изгоняющая мускулатура тѣла матки должна сама себѣ найти точку опоры въ материнскомъ тѣлѣ, какъ только подвигающийся впередъ конецъ плода встрѣтитъ сопротивленіе въ тазовомъ входѣ, прямой кишкѣ, въ *Mm. ileorub.* и вертлужной впадинѣ, въ *spina ischii*, *Mm. levatores ani* и *constrictores cunni*, въ кончиковой кости, промежности и лонномъ соединеніи. *Точками опоры* (рис. 28, 31) при *усиленныхъ* сокращеніяхъ (напр. при узкомъ тазѣ) должна служить *нижняя* граница родового канала, вытянутаго и расширеннаго подъ влияніемъ сокращенія сверху. На только что *опорожненной* маткѣ ²⁾, умершей *sub partu*, легко раз-

¹⁾ *Schröder* причисляетъ его также къ внутреннему зѣву матки.

²⁾ Въ дальнѣйшемъ я придерживался мнѣнія *Benckiser'a Hofmeister'a, Ruge, Veit'a*; но считаю внутренней зѣвъ границей «нижн. маточн. сегмента» лишь въ акушерскомъ смыслѣ, во-первыхъ, потому что онъ окруженъ плотными фиброзными связками, во-вторыхъ, потому что является *точкой фиксаціи*, причемъ тутъ-же нахожу нужнымъ указать, на существованіе *другой глубже лежащей точки фиксаціи* при *усиленномъ* растяженіи (рис. 28 и 31). Я различаю при *нормальныхъ* родахъ *растянутый* «нижн. маточн. сегментъ» (посредствомъ вытяженія) вплоть до внутр. маточн. зѣва и растянутыя посредствомъ давленія шейку и влагалище; напротивъ, при *усиленномъ* сокращеніи (узк. тазъ) нижн. мат. сегментъ растянуть посредствомъ вытяженія *до влагалищнаго свода* (не до наружн. зѣва)!



Fig. 89.



Fig. 90.



Fig. 91.



Fig. 92.



Fig. 93.



Fig. 94.

- * Рис. 92. «Острокожечный животъ» («Spitzbauch») съ нанесенной границей припугления полиамниотического близнеца Küstner'a. Текстъ § 6, 12, 23, 33, 49.

Рис. 93. «Отвислый животъ» I степени. Текстъ § 6, 12, 23, 33.

Рис. 94. Отвислый животъ II степени. Текстъ § 6, 12, 23, 33.

Рис. 92—94 оргв.

личаются двѣ части: сократившаяся часть тѣла матки, затѣмъ болѣе тонкая часть вплоть до наружн. маточн. зѣва³⁾. На беременной, сокращающейся маткѣ передъ раскрытіемъ внутренняго маточнаго зѣва⁴⁾ мы замѣчаемъ три части: сократившуюся часть маточнаго тѣла, нижнюю растянутую часть тѣла (такъ наз. «нижній маточный сегментъ» длиною около 7 см.) и совершенно нетронутый цервикальный каналъ. Въ то время какъ подъ «контракціоннымъ кольцомъ» (т. е. нижнимъ валикомъ сокращающейся части дна) весь родовый каналъ истончается *sub partu* въ своихъ стѣнкахъ (поперечное растяженіе), собственное *растяженіе* (въ длину) происходитъ лишь надъ *внутреннимъ зѣвомъ* до контракціоннаго кольца. Эта часть маточнаго тѣла и есть *растянутый* (истонченный вслѣдствіе *вытяженія*), но дѣйствительный «нижній маточный сегментъ», *цервикальный же каналъ* и *вагиналище* представляютъ собой лишь *расширенную* (а вмѣстѣ съ тѣмъ истонченную вслѣдствіе *давленія*) часть родового канала. Последняя можетъ при усиленныхъ сокращеніяхъ матки расширяться также вслѣдствіе *вытяженія*, т. е., другими словами, родовый каналъ ищетъ себѣ *другихъ глубже лежащихъ* точекъ опоры (рис. 28, 31), чѣмъ при обыкновенныхъ родовыхъ препятствіяхъ. Среди многочисленныхъ препаратовъ съ разрывами матки, находящихся въ Мюнхенской гинекологической клиникѣ, я нашелъ преимущественно продольные, косые

³⁾ Braune'вскій замороженный препаратъ роженицы (рис. 4 и 28, изъѣв. въ Акуш. атл. I), (періодъ изгнанія). Также Chiari.

⁴⁾ Waldeyer'овскій замороженный препаратъ беременной въ послѣдней мѣс.; также препараты Winter'a, Benckiser'a и Hofmeier'a на 4-мъ мѣс. беременности. Далѣе препаратъ Zweifel'я и др.

Рис. 95. *Hernia labialis uteri gravidi bicornis*. Случай *Winckel-Eisenhart'a*. Текст § 36. С', С₂—рога матки, S — маточная перегородка.

Рис. 96. I Лицевое положение встлдствие предлежанія фибромиома маточной шейки, отдлвившейся отъ стннки и потому прорывающейся раньше. Краевое предлежаніе послѣда. Текст § 12, 37, 47.

Рис. 95 и 96 ориг. по преп. Мюнх. гин. клин.

и поперечные разрывы съ значительно удлиненнымъ треугольнымъ остриемъ, причемъ всѣ эти разрывы примыкають *сверху* къ *контракціонному кольцу*, внизу же кончаются на послѣродовой маткѣ $\frac{1}{2}$ —2 стм. надъ наружнымъ маточнымъ зѣвомъ (рис. 102); у нѣкоторыхъ разрывъ непосредственно продолжается (рис. 104) до влагалища, но чаще всего разрывъ прекращается $\frac{1}{2}$ —1 стм. надъ наружнымъ зѣвомъ и, *оставляя нетронутой зубу маточнаго зѣва, продолжается на влагалищный сводъ* (рис. 103).

Такимъ образомъ указаны три различные пути для «*нижнихъ точекъ фиксаціи*»: а) въ нормальныхъ случаяхъ на высотѣ шейки, б) при усиленныхъ сокращеніяхъ матки около $\frac{1}{2}$ —1 $\frac{1}{2}$ стм. надъ наружнымъ маточнымъ зѣвомъ (на послѣродовомъ препаратѣ), в) въ самой верхней части влагалища.

Изъ этого я вывожу заключеніе, что для а) фиксаціи служатъ: *M. retractor uteri* и *Douglas'овы* складки *plicae retrouterinae peritonealis* (рис. 28, 31), а также сухожильныя, блестящія бѣлыя волокна (рис. 34), съ которыми нижняя часть широкихъ связокъ обхватываютъ родовой каналъ съ высоты внутреннего маточнаго зѣва внизъ до влагалища и посылають волокна въ *ligg. sacro-, recto- и vesico-uterina*; для б) растяженіе увеличивается, пока вещество, непосредственно переходящее отъ влагалищнаго свода къ наиболее лежащей точкѣ шейки подвергается сильнѣйшему растяженію; сопротивленіе находится тогда въ стннкѣ свода, укрѣпленной здѣсь вмѣстѣ съ плотно примыкающей брюшинной складкой (самая глубокая часть *Douglas'оваго* пространства, рис. 28). На разорванной маткѣ направленіе разрыва идетъ до высоты; соотвѣтственной части шейки, ближе всего лежащей къ своду (слѣдов. $\frac{1}{2}$ —1 $\frac{1}{2}$ стм. надъ наружнымъ зѣвомъ), или идетъ отсюда непосредственно въ влагалищный сводъ (минуя или



Fig. 95.



Fig. 96.



Fig. 97.



Fig. 98.

Рис. 97. Большой подсерозный мюмь матки препятствует вступлению ребенка въ малый тазъ и вызываетъ неправильное положение и членорасположеніе плода. Текстъ § 37, 40.

Рис. 98. Неполный разрывъ (Rn) задняго растянутого «нижняго маточнаго сегмента», на мѣстѣ внутренняго зѣва матки съ образованиемъ подсерозной гематомы (Häm) въ Douglas'овомъ пространствѣ. Текстъ § 8, 42. P1—мѣсто прикрѣпленія плаценты.

Рис. 97 орт., 98 по преп. Мюнх. гвн. клин.

нѣтъ маточную губу), который, подобно шейкѣ, какъ выше упомянуто, имѣетъ здѣсь плотное укрѣпленіе. Направленіе и мѣсто разрыва зависятъ, наконецъ, отъ положенія предлежащей части плода, надъ которымъ находится истонченная стѣнка матки ⁵⁾.

Уже а priori представляется мало вѣроятнымъ, что при вступленіи головки въ тазовой входъ необходимы еще болѣе глубоко лежація точки фиксаціи ⁶⁾, во-первыхъ, потому что предлежащая головка во входѣ сама ущемляетъ стѣнки полового тракта (складка передъ головкой на Вгаупе'вскомъ замороженномъ препаратѣ узкаго таза, по моему мнѣнію, произошла такимъ путемъ послѣ расслабленія, наступившаго вслѣдъ за сокращеніемъ); во-вторыхъ, потому что влагалище проходить въ видѣ дуги (вогнутостью впередъ) и такимъ образомъ должно быть растянуто вокругъ длинной кривизны, чтобы принимать участіе въ растяженіи; въ-третьихъ, потому что головка, *прошедшая* черезъ тазовой входъ своей *наибольшей* окружностью, все еще стоитъ на высотѣ *spinae ischii*, стало-быть находится еще въ *цервикальномъ каналѣ* и выше точекъ фиксаціи,

⁵⁾ Изъ 100 случаевъ полнаго разрыва матки съ совершеннымъ выходомъ плода я нашелъ 43 на передней, 17 на задней, 11 на боковой стѣнкѣ матки, остальные были частью насильственными, частью старые рубцы послѣ кесарскаго сѣченія, прикрѣпленія мюмовъ и друг. О леченіи разрывовъ матки съ полнымъ выходомъ плода см. Münch. med. Woch. 1889 и у Straub'a Inaug.-Diss. München.

⁶⁾ Такую фиксацію представляютъ *Mm. constrictor. cunnii* и *levator ani*, препятствующіе полному выпаденію вывороченной матки и влагалища.

Рис. 99. *Uterus bicornis septus*: ребенок въ I лицевомъ положеніи, подбородокъ сзади, потому что давленіе потугъ оттягиваетъ ось тѣла ребенка *вось* по направленію къ противоположной стѣнкѣ таза. Текстъ § 12, 39, 41. С, С'—2 рога матки; С. R.—сократительное кольцо.

Рис. 100. *Uterus introrsum arcuatus*; I косое положеніе съ предлежаніемъ плечика. *Впадина маточнаго дна ясно выражена*, на предыдущ. рис. не прощупывается. Текстъ § 12, 41, 42. Обознач. тѣ же, какъ на рис. 99.

Рис. 101. *Отвислый животъ III степени*; сагитальное изображеніе, показывающее положеніе плода и *portion. vagin.*; дно матки стоитъ ниже, чѣмъ влагалищн. часть. Текстъ § 6, 12, 23, 33.

Рис. оргини.

означенныхъ подъ б. Въ дѣйствительности такіе разрывы влагалища не происходятъ ⁷⁾).

«Нижній маточный сегментъ» существуетъ уже во время беременности, а именно съ первой половины ея. Нѣкоторые (*Hofmeier, Ruge, Veit*) полагаютъ, что онъ существуетъ вообще и внѣ беременности, и въ подтвержденіе своего мнѣнія ссылаются на прикрѣпленіе брюшины къ маткѣ и на маточные сосуды. Поэтому-то именно я и не могу согласиться съ упомянутыми авторами. Подобно имъ, и я считаю внутренній зѣвъ нижней границей «нижняго маточнаго сегмента», но не только вслѣдствіе отношенія къ нему отпадающей оболочки и нецелостности внутренняго зѣва до родовъ, но и потому, что на этомъ мѣстѣ происходитъ анатомическая фиксация матки по направленію книзу. *Контракціонное кольцо* (какъ верхняя граница) представляетъ собой непостоянное явленіе, по существу сходное съ волной. Оно становится тѣмъ явственнѣе, чѣмъ больше мышечныхъ волоконъ содержится въ толщѣ надъ внутреннимъ зѣвомъ (шейка сама мало содержитъ мышечныхъ волоконъ, поэтому она не сокращается и почти нисколько не удлинняется во время беременности). Хотя на уровнѣ контракціоннаго кольца дѣйствительно находятъ перед-

⁷⁾ Разрывы влагалища происходятъ только при воронкообразныхъ тазакъ вслѣдствіе некрова отъ давленія или насильственнымъ путемъ.

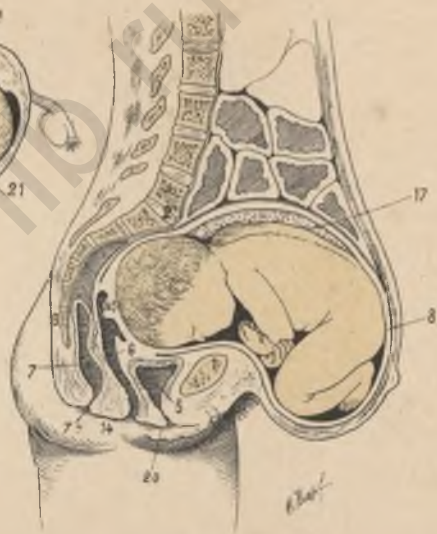
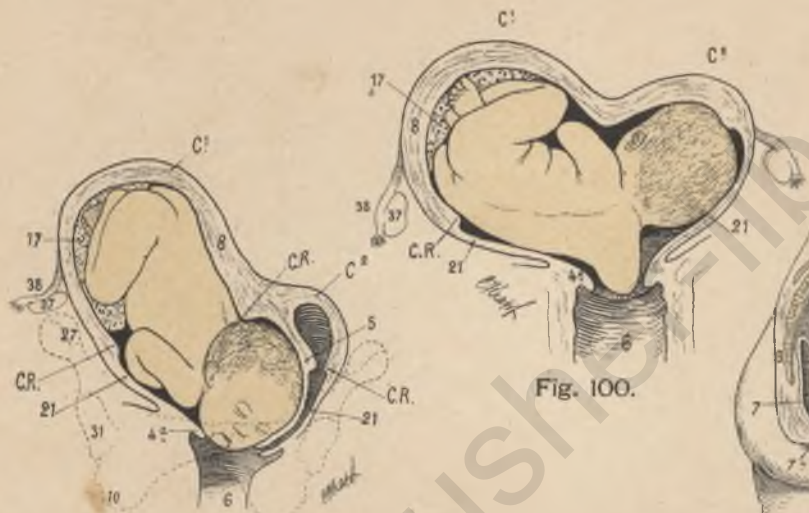




Fig. 102.

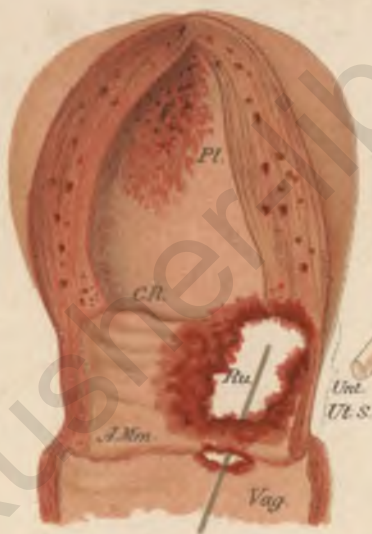


Fig. 103.

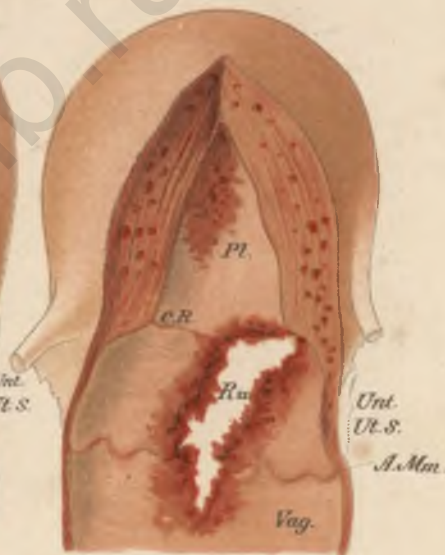


Fig. 104.

Рис. 102. Воронкообразный полный разрыв матки (Ru), идущий отъ контракціоннаго кольца (С. R.) на палецъ шириною надъ наружнымъ маточнымъ звеномъ (А. Мм.); послѣдняя граница соотвѣтствуетъ заднему прикрѣпленію брюшины или Мm. retractoris uteri (срв. рис. 28, 31). Unt. Ut. S.—Нижній маточный сегментъ. P1—Мѣсто прикрѣпленія послѣда.

Рис. 103. Этотъ разрывъ матки начался какъ и прежній въ раз-
тянутомъ «нижнемъ маточномъ сегментѣ», затѣмъ онъ изъ-
подъ нетронутой маточной губы перешелъ непосредственно на
задній сводъ. Обознач. какъ на рис. 102.

Ориг. рис. по преп. Мюнх. гин. клин. Текстъ § 8, 42.

нія и боковыя прикрѣпленія брюшины *) (рис. 28, 30, 31), но это мѣсто уже а ргіогі не можетъ быть нормальной гра-
ницей нижняго маточнаго сегмента также на небеременной
маткѣ. Правда, иногда эти прикрѣпленія брюшины существуютъ
нѣсколько выше внутренняго зѣва небеременной матки; часто
главная вѣтвь Arg. uterinae также идетъ выше внутренняго
рыльца къ стѣнкѣ матки. Но, во-первыхъ, не всегда такъ бы-
ваетъ, во вторыхъ, мѣсто прикрѣпленія брюшины измѣняется
въ зависимости отъ степени сокращенія матки ⁹⁾ и перепол-
ненія мочевого пузыря и, въ третьихъ, часто чрезвычайно за-
трудняется распознаваніе мѣста прикрѣпленія при неправиль-
ныхъ положеніяхъ матки, а въ особенности наприм. при тол-
стыхъ стѣнкахъ только что опорожнившейся, плотно сокращен-
ной матки. Какъ разъ въ подобномъ случаѣ я видѣлъ plica
vesico-uterina peritonealis спускавшейся къ внутреннему зѣву

⁸⁾ Заднее кишечно-маточное прикрѣпленіе брюшины и Dou-
glas'ова складка, прикрѣпленная къ шейкѣ, а также самая глубокая
дугообразная складка, ближе всего примыкающая къ влагалищному
своду, но содержащая еще плотныя волокна, не участвуютъ въ смѣ-
щевіи. Мускулатура маточнаго тѣла можетъ перемѣстить боковыя
и переднія складки брюшины частью вслѣдствіе ихъ загнутаго впередъ
положенія и соотвѣстнаго этому направленія сократительной силы,
частью вслѣдствіе ихъ болѣе высокаго прикрѣпленія къ маткѣ.

⁹⁾ Это легко объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что главныя мы-
шечныя волокна берутъ свое начало отъ брюшины (срв. рис. 14 въ
Акуш. атл. I).

Рис. 104. Этот разрыв сходенъ съ предыдущ., но здѣсь имѣется еще разрывъ маточной губы. Последніе два вида разрывовъ особенно опасны, вслѣдствіе непосредственнаго проникновенія зарыныхъ началъ влагалища въ полость брюшины. Обознач. какъ на рис. 102.

Рис. 105. Воронкообразный разрывъ, происшедшій вследствие некроза отъ тренія, виденъ со стороны Douglas'оваго пространства. Вправо наверху пополамъ перерѣзанный небольшой субсерозный миомъ (My). По Winckel'ю. Текстъ § 42. Fund. ut.—Fundus uteri. Обознач. какъ на рис. 102.

Ориг. рис. по преп. Мюнх. гин. клин.

и даже ниже, если вычестъ загибъ матки при толстыхъ стѣнкахъ. Кромѣ того я видѣлъ два препарата, гдѣ маточная артерія входила какъ-разъ во внутренній зѣвъ; шейкѣ же кровь доставлялась обратнымъ токомъ или собственной вѣтвью; въ одномъ случаѣ правая маточная артерія была расположена къ тѣлу матки выше внутренняго зѣва, лѣвая, напротивъ, точно соответствовала тѣлу матки, слѣдовательно, существуютъ различныя видоизмѣненія на одномъ и томъ же препаратѣ. Чтобы найти дѣйствительную верхнюю границу «маточнаго сегмента» на небеременной маткѣ, слѣдуетъ искать ее въ мышечномъ слое, гдѣ она образуется вслѣдствіе мышечныхъ сокращеній, т. е. слѣдуетъ опредѣлить то мѣсто, на которомъ и Muscularis по числу и расположенію волоконъ (а именно весьма сильнымъ увеличеніемъ и размноженіемъ послѣднихъ на беременной въ начальномъ періодѣ маткѣ) рѣзко отличается отъ шейки.

И такъ окончательные выводы изъ всего сказаннаго слѣд.: шейка въ теченіе всей беременности не принимаетъ никакого участія въ развитіи яйца. «Нижній маточный сегментъ» лежитъ между (анатомически отсутствующимъ, но появляющимся лишь вслѣдствіе физиологическаго увеличенія мышечныхъ волоконъ) контракціоннымъ кольцомъ, образующимся благодаря сокращенію мышцъ, и первой нижней фиксаціонной точкой матки, т. е. фиброзными связками брюшины, фиксирующими внутренній маточный зѣвъ. Этотъ

Fund. ut.

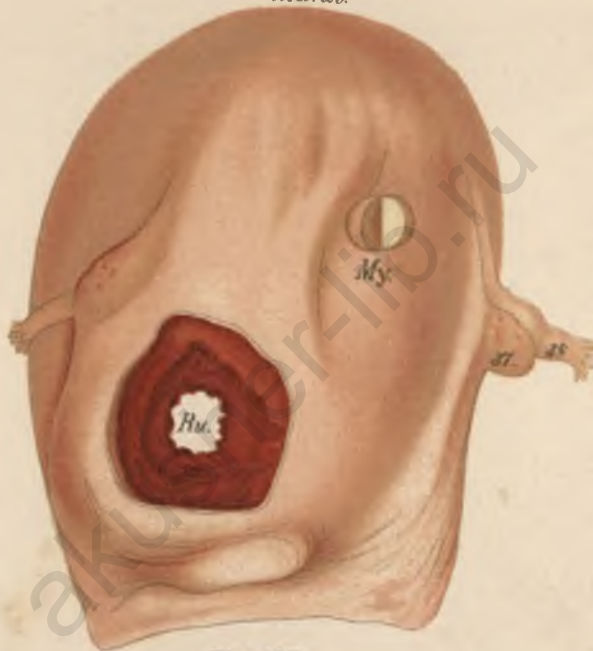


Fig. 105.



Fig. 106.



Fig. 107.

Рис. 106. Поперечный разрывъ матки (Ru) вследствие истонченія стѣнки, вызваннаго канкротной яввой шейки (Ulc.) (Прев. въ сагитальномъ разрѣзѣ). Текстъ § 38, 42. Обоз. какъ на рис. 102.

Рис. 107. Рядкій разрывъ дна (Fund. ut.) съ полнымъ выхожде-
 ніемъ плода (Foet.) въ брюшную полость. (Да—внѣшнннннннннн).
 Кромѣ того надрывъ (R) на маточной губѣ. Текстъ § 37, 42.
 Обознач. какъ на рис. 102.

Ориг. рис. по преп. Мюнх. гин. клин.

сегментъ растягивается и истончается вслѣдствіе вы-
 тяженія; шейка же и влагалище—лишь вслѣдствіе давле-
 нія! Напротивъ, при болѣе сильномъ сопротивленіи вы-
 ступаетъ второе нижнее мѣсто фиксаціи: сводъ рукава
 и его кишечно-маточное прикрѣпленіе брюшины; затѣмъ
 истонченіе идетъ до нижней трети шейки и далѣе непо-
 средственно къ влагалищному своду. Въ этомъ направленіи
 происходитъ большая часть разрывовъ.

Мои акушерско-анатомическія возрѣнія совершенно
 тождественны съ гинеколога-анатомическими: иначе растя-
 нутый насильственно нижній маточный сегментъ захватилъ-бы
 съ собою *pars supravaginal*. шейки (срв. рис. 28); въ выше
 представленныхъ разрывахъ матки *pars media* и нижняя *pars*
vaginal. шейки остались нетронутыми, разрывъ на границѣ
 надвлагалищной части по направленію къ *pars media* прямо
 перешелъ на влагалищный сводъ.

Литература къ § 8.

- ¹⁾ Bandl, Ueber d. norm. Lage u. das norm. Verhalten. des Uterus etc. Arch. f. Gyn. 22 1884.—²⁾ Bayer, Zur physiol. und patholog. Morphol. der Gebärmutter, Freund's Gyn. Klin. 1, Strassburg 1885 und C. f. Gyn. 1886.—³⁾ Braune, Ueber d. Lage des Uterus am Ende d. Grav. Progr. Leipzig 1872. Gefrierschnitt. — Cervix in der Schwangerschaft und das untere Uterinsegment;—
⁴⁾ Litzmann, Arch. f. Gyn. 10.—⁵⁾ A. Martin, Z. f. Geb. u. Gyn. I.—⁶⁾ Leopold, A. f. Gyn. 11.—⁷⁾ Fritsch, A. f. Gyn. 12.—⁸⁾ Küstner, A. f. Gyn. 12.—⁹⁾ P. Müller, A. f. Gyn. 13.—¹⁰⁾ Langhans и P. Müller, A. f. Gyn. 14.—¹¹⁾ Sängner, A. f. Gyn. 14.—¹²⁾ Mar-

Рис. 108. *Правосторонняя трубная беременность; Sinistropositio uteri. Corp. lut. verum* слѣва Transmigratio ovuli, Текстъ § 44.

Рис. 109. *Разрывъ беременнаго трубнаго мѣшка.* Плодь въ *Douglas* ономъ пространствѣ; слизчивый перитонитъ; вслѣдствіе этого искривленіе правой трубы. *Dextropositio uteri.* Текстъ § 44.

Ориг. рис. по преп. Мюнх. гин.кабин.

*chand, A. f. Gyn. 15.—¹³) Schatz, A. f. Gyn. 22 и 29.—¹⁴) Lohs, A. f. Gyn. 23.—¹⁵) Bandl, Ueb. d. Verhalten des Uterus u. Cervix in d. Schwang. u. während der Geburt. Stuttgart 1876 и Arch. f. Gyn. 12, 15. (Discuss.).—¹⁶) Küstner, Das unt. Uterinsegment und d. Decid. cervic. Jena 1882.—¹⁷) Hofmeier, Das untere Uterinsegment in anat. u. physiol. Beziehung, in Schröder's D. schwang. u. kreissende Uterus. Bonn 1866.—¹⁸) Waldeyer, Medianschnitt einer Hochschwangeren b. Steisslage des Foetus etc. Bonn 1886.—¹⁹) Benckiser, Z. Anat. der Cervix u. unteren Uterinsegmentes in Beitr. z. Anat. d. schwang. u. kreiss. Uterus von Benckiser und Hofmeier, Stuttg. 1887.—²⁰) Chiari, Ueber d. topogr. Verhältn. d. Genit. einer int part. Verstorb. I p., Wien 1885.—*Замороженный препаратъ.* ²¹) W. A. Freund, Mon. f. Geb. 13.*

§ 9. Влагалищная часть матки во время беременности.

(Рис. 3, 9, 29.—Акуш. атл. I; рис. 4).

Высота стоянія влагалищной части матки въ тазу въ первые мѣсяцы беременности остается неизмѣнной; то же самое можно сказать и о направленіи, тѣмъ болѣе, что въ виду особахъ индивидуальных искривленій матки трудно себѣ представить общую картину (рис. 29). Начиная съ IV мѣсяца тѣло матки, выходясь надъ лонной дугой, наклоняется впередъ, вслѣдствіе чего шейка матки подвигается назадъ. При дальнѣйшемъ подниманіи всего органа вверхъ, влагалищная часть также поднимается нѣсколько надъ lin. spinalis; наружный зѣвъ лежитъ на заднемъ влагалищномъ сводѣ вблизи отъ верхнихъ крестцовыхъ позвонковъ (рис. 8) и направленъ влево вслѣдствіе дэкстропозиціи тѣла матки. Матка своимъ поперечнымъ размѣромъ лежитъ въ правомъ или первомъ косомъ діаметрѣ, также начи-



Fig. 108.



Fig. 109.



Fig. 110.



Fig. 111.

Рис. 110. Тампонація кровоточащей матки. По *Dührssen*'у. Маточныя губы (4 а) оттянуты пулевыми щипцами (К. Z.), въ соответственныхъ случаяхъ тампонація производится въ зеркалѣ. Вчетверо сложенные полоски 10⁰/_о йодоформной марли (Т), шириною въ ладонь, длиною въ 5 стм. прямо изъ жестяной коробки (В) при помощи корнцанга вводятся въ матку. Та самая рука, по указательному и среднему пальцу которой вводится тампонъ въ цервикальный каналъ, можетъ снаружи надавливать на маточное дно (8). При этомъ пальцы остаются асептичными для дальнѣйшихъ манипуляцій. Ориг. рис. по указаніямъ *Dührssen*'а. Текстъ § 44, 47, 48, 55, 56, 60. С. R = контракціонное кольцо. P1 = мѣсто прикрѣпленія послѣда.

Рис. 111. *Robert*'овскій поперечно-сжуженный тазъ. Копія. Текстъ § 27.

ная съ IV мѣсяца. Лѣвая круглая маточная связка поэтому часто легко прощупывается.

Мочевой пузырь приподнять вверхъ (срв. рис. 4, Акуш. атл. I) и уплощенъ. Вслѣдствіе этого мочеточники и почечныя лоханки въ большинствѣ случаевъ расширены отъ застоя; происходитъ омертвѣніе почечнаго эпителия, выдѣленіе бѣлка и сахара изъ водянистой мочи (*почка беременныхъ*). Моча во время беременности увеличена, водяниста, содержитъ нормальное количество мочевины. *Почки* гипертрофированы, также *печень, щитовидная железа* и лѣвый желудочекъ сердца вслѣдствіе гипертрофіи отъ чрезмѣрной работы при гидреміи и менѣ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Маточный зѣвъ обращенъ *взадъ* и *внизъ* (иногда прямо назадъ (рис. 8), если передняя маточная стѣнка опущена) или образуется уголь между шейкой и тѣломъ, такъ что наружный зѣвъ направленъ впередъ, внутренний назадъ (рис. 9).

Литература въ § 9.

¹⁾ *P. Müller*, Unters. über d. Verkürzung der Vaginalportion in d. letzten Monaten d. Gravidit. въ Scanz. Beitr. 5, 1869. — ²⁾ *Lott*, Z. Anat. u. Phys. d. Cervix uteri. Erlangen 1872.

Рис. 112. Промежуточная внематочная беременность. Текст § 44.

Рис. 113. Брюшная беременность. Сливчивый перитонитъ. Текст § 45.

Рис. 112 и 113 ориг. по преп. Мюнх. гин. клн.

§ 10. Анатомія маточнаго тѣла и измѣненія его мышечнаго слоя во время беременности и въ послѣ-родовомъ періодѣ.

(Рис. 118, 35—37, 121, 43, 45. Акуш. атл. I рис. 14).

Дѣвственная матка имѣетъ грушевидную форму, 7—8 стм. въ длину, 3 стм. въ ширину въ наибольшемъ поперечномъ размѣрѣ и вѣситъ 30—40 грм.; стѣнки ея *толще*, чѣмъ въ началѣ второй половины беременности.

*Только что опорожненная, хорошо сократившаяся*¹⁾ матка имѣетъ болѣе круглую форму, 16—18 стм. въ длину (толщина матки въ области дна=2—4 стм.; слѣдов. длина полости матки, пзмѣренная зондомъ=около 15 стм.) и вѣситъ 750—1000 грм.²⁾

1) Срв. §§ 17—20: *послѣродовыя измѣненія, молоко, послѣродовыя очищенія!*

2) Черезъ 8 дней: 400—600 грм.; черезъ 14 дней: 300—350 грм., черезъ 5 недѣль: 200 грм., черезъ 8 нед.: 50—75 грм. Самое большое уменьшеніе матки, *констатируемое на живой*, наблюдается на 9—12 день, а именно въ длину $2\frac{1}{2}$ стм., въ ширину 2 стм., причѣмъ длина уменьшается быстрѣе, чѣмъ ширина. Уменьшеніе обуславливается жировымъ перерожденіемъ матеи, какъ результатомъ разрастанія соединительной ткани въ Intima сосудовъ, облитерациа послѣднихъ и ожирѣніа средней оболочки. Мышечный бѣлокъ переходитъ въ пептонъ (въ мочѣ и послѣрод. очищеніяхъ=Муометра). Сосуды на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда частью закупорены, частью сжаты мышечными волокнами. Спустя 4—6 недѣль на этомъ еще нѣсколько выдающемся мѣстѣ происходитъ отложеніе пигмента. Новое образованіе мышечныхъ волоконъ начинается быстро. *Отпадающая оболочка отдѣляется лишь постепенно!* Изъ эпителіа железъ (рис. 121) образуется новый эпителіальный покровъ. Уменьшеніи въ слѣдствіе сокращенія приливъ крови вызываетъ подъ вліяніемъ нервной системы обратное развитіе половыхъ органовъ.



Fig. 112.

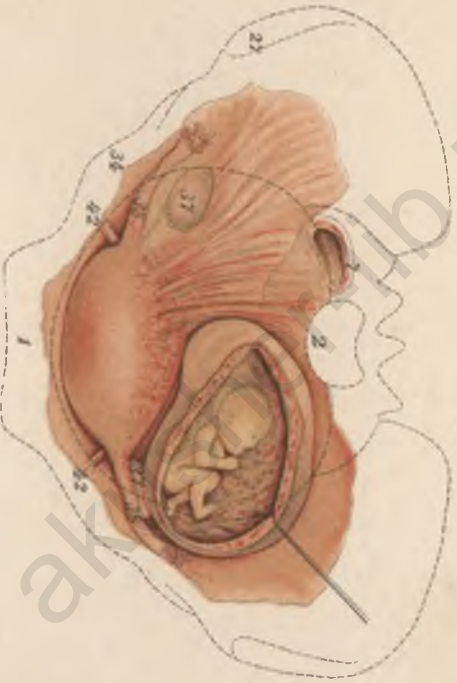


Fig. 113.



Fig. 114.

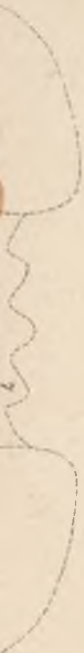


Fig. 115.

Рис. 114. *Яичниковая беременность*. Слищивый перитонитъ, искривленіе трубы слѣва. Текстъ § 46.

Рис. 115. *Прободеніе трубнаго мѣшка въ мочевой пузырь и прямую кишку въслѣдствіе растворенія костей вросшаго плода*. Матка наклонена впередъ. Текстъ § 44, 45.

Рис. 114 и 115 ориг. по преп. Мюнх. гин. клин.

Такимъ образомъ матка во время беременности увеличивается въ вѣсѣ, объемѣ и толщинѣ ея стѣнокъ (рис. 14, Акуш. атл. I), причеиъ увеличеніе касается преимущественно *мышечнаго слоя*. Отъ этого слоя зависить одна изъ функций матки, а именно: *позиція плода и измѣненіе яйца*. Самое яйцо *помѣщается въ слизистую оболочку матки*, гдѣ оно *питается и развивается на счетъ чрезвычайно богатой капиллярами сосудистой системы* (2 и 3 функций).

Прежде всего мы разберемъ *мышечный слой*, существенно влияющій на *величину и форму* матки, Явственнаго всего онъ наблюдается на яйцѣ (рис. 118) 1 или 2 мѣсяца беременности, когда *полость матки оказывается больше яйца*. Соответственно этому маточная шейка, какъ у дѣвиць, такъ и у беременныхъ женщинъ, обладаетъ слабымъ мышечнымъ слоеиъ и представляетъ собой лишь *пассивный замыкающій или выходной каналъ*, въ которомъ болѣе всего развита слизистая оболочка при дѣвственномъ еще состояніи матки. Такимъ образомъ шейка дѣйствительно неспособна къ образованію въ ней отпадающей оболочки.

Мышечный слой дна состоитъ изъ *круговыхъ волоконъ*, представляющихъ собой продолженіе частью внутренняго круговаго (рис. 36), частью наружнаго продольнаго слоя трубки (рис. 35). На этомъ мѣстѣ ясно можно видѣть слияніе матки изъ *обоихъ Müller'овыхъ протоковъ*.

На остальной части *тѣла матки* менѣе явственно различаются собственно слои (середина особенно богата сосудами, преждее strat. vasculos. musc., рис. 43), чѣмъ пучки волоконъ двухъ видовъ:

Главныя волокна идутъ отъ брюшины къ слизистой оболочкѣ такимъ образомъ, что они продольными рядами начинаются у первой и кончаются у второй (рис. 35, 37); они *пересѣкаютъ* средній слой маточныхъ стѣнокъ снизу, частью въ косомъ, частью въ поперечномъ направленіи (рис. 36, 37).

Рис. 116. Черепъ доношеннаго ребенка, въ профиль. По орг. фот. Текстъ § 5, прибавл., 12, 61. г.—Fr. 0=Прямой размѣръ (*Diam. recta*), соответствуетъ *Dist.* и *Peripher. fronto-occipitalis.* o. mј и o. mј'=Большой косоу разм. (*Diam. obliqua maj.*), смотря по тому соответствуетъ-ли наидальше лежащая точка малому родничку, или лежитъ выше. G. L.=наибольшая окружность черепа, прорѣзывающаяся при *лицевыхъ положеніяхъ* o. mі—s. o. bг.=малый косоу размѣръ (*Diam. obliqu. min.*) соответствуетъ *Distant.* и *Peripher. suboccipito-bregmatica.*—H. L.=наибольшая окружность черепа, прорѣзывающаяся при *затылочныхъ положеніяхъ*, не совсѣмъ соответствуетъ *Peripher. suboccip-bregmatica.* V. St' и V. St₂=обѣ наибольшія окружности черепа, прорѣзывающіяся при *переднетемянныхъ положеніяхъ*, смотря по виду (срв. Акуш. атл. I, рис. 19—21).

Рис. 117. То же самое *сверху*. По орг. фот. Текстъ § 5, прибавл. tr. mј=большой поперечный размѣръ (*Diam. transversa maj. seu biparietalis*) tr. mі=малый поперечный размѣръ (*Diam. transversa minor seu bitemporalis*).

Упомянутыя волокна перекрещиваются между собой *соединительными волокнами*, такъ что образуются ромбондныя пространства между черепицеобразно расположенными мышечными волокнами («мышечные ромбонды» Ruge) (рис. 37). Эти волокна берутъ свое начало отъ отростковъ *Ligg. got., ovar. infundib.-pelvic., sacto-, recto- и vesico-uterina*, частью отъ мышечныхъ пучковъ, сопровождающихъ сосуды.

Эта *разнообразная* картина перекрещивающихся во всѣхъ направленіяхъ мышечныхъ волоконъ встрѣчается *одинаково*, какъ на *небеременной*, такъ и на *послѣродовой* маткѣ. Она *есть результатъ сокращенія!*

Напротивъ, *беременная* матка (исключая первыхъ мѣсяцевъ ³⁾) *истончается* въ своихъ стѣнкахъ и сильно *расширяется* во всѣхъ размѣрахъ. Причина этого—значительное *удлинненіе* ⁴⁾ и *увеличеніе не сократившихся* мышечныхъ волоконъ, которыя теперь идутъ въ продольномъ направленіи параллельно другъ къ другу.

³⁾ На IV мѣс. срастаются между собой *Decid. vera* и *circumflexa*.

⁴⁾ Мышечныя волокна становятся въ 10 разъ длиннѣе и въ 5 разъ шире.



Fig. 116.

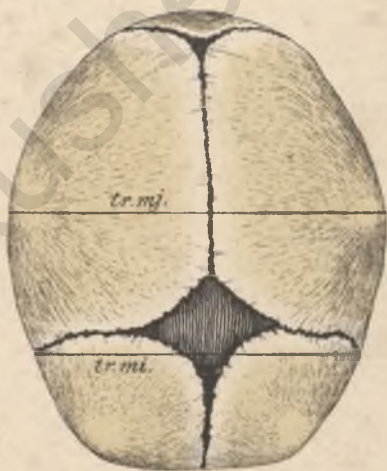
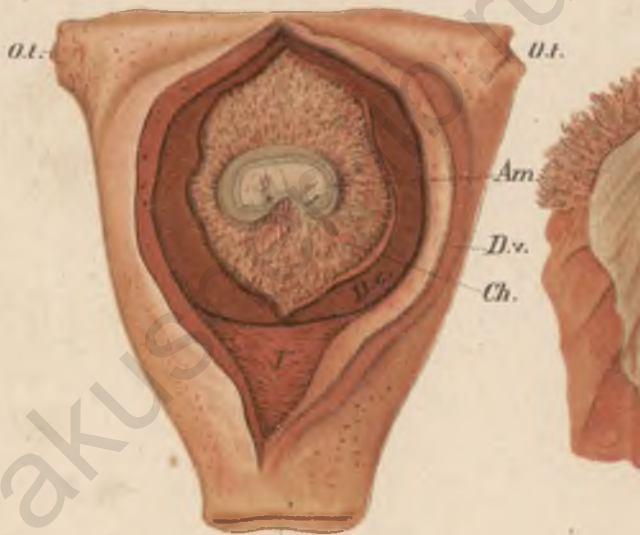


Fig. 117.



J. M.

Fig. 118.

Nab.



Ch.

Am.

D.e.

Fig. 119.

Рис. 118. Полное яйцо из II мѣсяца. Текст § 7, 10, 48. Орг. рис. по преп. Мюнх. гин. клев. Въ вырѣзанномъ «окнѣ» истинной отпадающей оболочке (D. v.), которая благодаря своему трехугольному виду и соответственнымъ 3 отверстиямъ [маточный зѣвъ (J. M.) и два отверстия трубъ (o. t.)] передаетъ форму матки—видны Decid. circumflexa (D. c.), затѣмъ весь ворсистый хоріонъ (ch.), а въ аттіонъ (am) или въ водномъ мѣшкѣ—зародышъ (жозговые пузырь, жаберныя дуги, 4 конечности, сильно выдающаяся область сердца и печени, наконецъ тазовой конецъ). Дальнѣйшее см. мой Атл. эмбриологін.

Рис. 119. Яйцо из III мѣсяца. Орг. рис. Текст § 7, 48; дальн. см. мой Атл. эмбриологін). Здѣсь Decid. circumflexa (D. c.) и Chorion (Ch.) открыты, водный мѣшокъ (Am) замкнутъ. Плодъ виситъ на просвѣчающемся пупочномъ канатѣ (Nav.). Еще несоразмѣрная величина головы въ сравненіи съ туловищемъ.

Посредствомъ рыхлой, весьма сочной соединительной ткани они раздаются въ разныя стороны. Отсюда и легко *прощупываемое разрыхленіе шейки!* Главныя волокна обусловливають продольное, соединительныя волокна — круговое растяженіе органа. Периферическое растяженіе заставляеть матку механически вытѣснить рыхлую соединительную ткань широкихъ связокъ (какъ при интралигаментарныхъ міомахъ, трубной беременности или яичниковыхъ кистахъ): *«она врослаетъ въ широкія маточныя связки»*. Развитие дна до того значительно, что мы всѣ придатки матки и связки находимъ опустившимися внизъ, глубоко къ маточному тѣлу. Эти связки *вытягиваются лишь въ началъ родовыхъ сокращеній!*

Въ послѣродовомъ состояніи мышечныя волокна подвергаются весьма быстро зернистому распаду (рис. 45). Волокна, лежащія близко къ слизистой оболочкѣ (Decidua), образуютъ характерныя зигзагообразныя полосы. Они уже не уменьшаются до прежней длины; другія вновь образованныя волокна редуцируются до minimum'a, но продолжаютъ существовать. Это и есть причина упомянутаго увеличенія матки послѣ совершившейся инволюціи, въ сравненіи съ ея прежнимъ дѣвственнымъ состояніемъ.

Рис. 120. *Микроскопическая картина «плацентарного инфаркта».*
 Ориг. рис. по соб. преп. Текст § 48, 49 и в моемъ Атл. эмбриолог. 1=веретенообразныя децидуальныя кѣтки въ ворсистой плацентѣ; 2=широкая, соединительнотканная прикрѣпляющаяся ворсинка (Nafizotte) децидуальной ткани, ведущая зародышевые сосуды; 3=нормальныя ворсинки въ пространствѣ, наполненномъ материнской сывороткой и ведущія зародышевые сосуды; 4=децидуальныя кѣтки, удаленныя другъ отъ друга вслѣдствіе образованія эксудата, въ то же время подлежатъ некрозу; 5=совершенно омертвѣвшія ворсинки chorion'a, которыя лежатъ въ децидуальныхъ кѣткахъ, превращенныхъ въ слоистыя массы волоконъ (=6, слоицы вслѣдствіе давленія матки на яйцо); 7=перерожденныя ворсинки chorion'a обнаруживаютъ еще слѣды окрашиванія ядеръ веретенообразныхъ кѣтокъ и соединены между собой посредствомъ гомогенныхъ комообразныхъ массъ; послѣднія образовались изъ некротическаго кубовиднаго эпителия въ сліяніи съ вторично свернувшимся межворсинчатымъ тромбозомъ; 8=организированіе этихъ некротическихъ комообразныхъ массъ; 9=такъ образуется широкая полоса богатой кѣтками соединительной ткани; 10=фибринозный межворсинчатый тромбозъ; 11=еще не свернувшійся межворсинчатый тромбозъ; 12=ворсинка въ 1 стадіи некробіотическаго гомогеннаго окрашиванія края кубовиднаго эпителия; соединительнотканный стволъ ворсинки не тронутъ; 13=ворсинка во 2-й стадіи перерожденія; край превращается въ легкоокрашиваемую гомогенную комообразную массу, которая сливается съ таковой побочной ворсинки; сосудистыя стѣнки утолщены на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ основная ткань ворсинокъ начинаетъ перерождаться; 14=отложение извести; 15=образованіе маленькихъ кистъ внутри ягодообразныхъ разрастающаго кубовиднаго эпителия=16; 17=отложение извести внутри такихъ маленькихъ кистъ.

Литература къ § 10 (срв. къ § 8).

¹⁾ Schatz, *typ. Schwangerschaftswehen*, Arch. f. Gyn. 29, 1887. — *Innenfläche des puerp. Uterus.* — ²⁾ Leopold, A. f. Gyn. XII. — ³⁾ Langhans, A. f. Gyn. VIII. — ⁴⁾ Küstner, A. f. Gyn. XV. — *Uterusmuscul.*: ⁵⁾ v. Hoffmann, Z. f. Geb. u. Gyn. II. — ⁶⁾ C. Ruge, Z. f. Geb. u. Gyn. V. — ⁷⁾ J. Veit in Müller's Handb. I.

§ 11. Механика положеній плода и силы давленія матки.

(Рис. 18).

Положеніе плода обусловливается не его силой тяжести и не его самостоятельными или рефлекторными движеніями, а



Fig. 120.

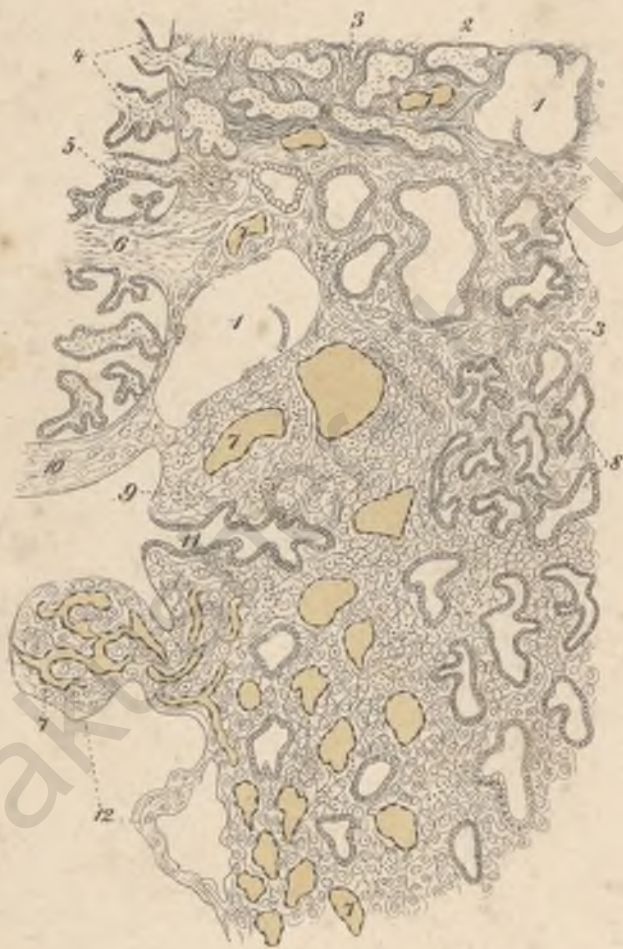


Fig. 121.

Рис. 121. *Endometritis decidualis*. Ориг. рис. Текстъ § 10, 49; дальн. срв. жой Атл. зибриолог. 1—расширенныя пространства железъ съ отчасти слущеннымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; при сильной гиперсекреціи они опорожняются (какъ обозначено на рис. между 10 и 9) между Dec. circumflexa и veга въ свободный просвѣтъ матки—*Hydorrhoea gravidarum*; 2—ворсинки chorion'a, лежащія въ перерожденной децидуальной ткани (=3); 4—нетронутыя сосудистыя ворсинки chorion'a, частью примыкающія къ Decid. veга въ свободномъ межворсинчатомъ пространствѣ (наполненномъ материнской сывороткой), частью же къ ней прикрѣпленныя; 5—сосудистыя ворсинки, отдѣленные въ видѣ вѣтки отъ «прикрѣпляющейся ворсинки» («Haftzotte») (=6); послѣдняя переходитъ въ децидуальную ткань; 7—капиллярные сосуды, весьма сильно расширенныя въ промежуточно воспаленной части (=3 и 9) (расширеніе является не столько слѣдствіемъ воспаления, сколько беременности); 8—*Endometritis glandularis*; 9—*Endometritis interstitialis* съ очагами круглыхъ кѣтокъ и лейкоцитовъ; 10—Decid. circumflexa, переходъ ея въ истинно отпадающую оболочку; 11—железа въ незанятомъ яйцомъ маточномъ пространствѣ выстлана нетронутымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, принадлежитъ къ Decid. veга; 12—отпадающая оболочка, образующая то *полнозныя*, то *мостовидныя* разрозненія и носящая *телеангиэктатическій* характеръ (=7).

лишь маточными сокращеніями, приспособленными къ яйцевидной формѣ матки, причемъ головка представляетъ наилучшую точку опоры и въ то же время наиболѣе подвижную часть плода. Такимъ же образомъ происходитъ *членорасположеніе плода*, т. е. взаимное отношеніе головки и конечностей къ туловищу, и наконецъ *позиція* плода, т. е. отношеніе размѣра подлежащей части къ тазу. Что касается *членорасположенія* плода во время родовъ, то оно, благодаря изгоняющимъ силамъ и сопротивленію малаго таза и пр., выпрямляется по продольной оси.

Во время сокращеній матка приближается къ грушевидной формѣ, насколько ей позволяетъ плодъ; она выпрямляется, увеличиваясь въ глубину и высоту. Благодаря этому, а также благодаря сопротивленію пояснично-крестцовыхъ позвонковъ, матка отгѣсняетъ брюшныя покровы впередъ. Верхняя часть маточнаго тѣла, какъ «*полая мышца*», сокращается и растягивается (вслѣдствіе слабого мышечнаго строенія нижняго стрѣзка маточнаго тѣла или вслѣдствіе противоположной иннерваціи) «*нижній маточный сегментъ*», образующій вмѣ-

Рис. 122. Яйцо из VI мѣсяца: Placenta serotina; ворсистая и водная оболочка вскрыты. Плодъ = $\frac{1}{3}$ естественной величины. По Haeskel'ю измѣн. Текстъ § 7, 48; дальн. срв. мой Атл. эмбриол. и проч. Am=Amnion, Ch=Chorion, Pl=Placenta.

стѣ съ шейкой и влагалищемъ (рис. 18) «выходную трубку». Шейка и наружный зѣвъ обѣды мышечными, но богаты эластическими волокнами, которыя снаружи идутъ продольно, внутри—кругообразно. Послѣднія, благодаря подвигающейсѣ впередъ головкѣ, съ помощью продольныхъ волоконъ, похожихъ на стянутый табачный кисетъ, раздаются, образуя отверстіе. Мышечный жомъ здѣсь отсутствуетъ, зато существуетъ таковой изъ эластическихъ волоконъ. Растяженіе шейки и нижняго маточнаго сегмента въ 6 разъ больше ихъ обыкновеннаго просвѣта (5—8 стм.).

Сокращеніе полыхъ мышцъ и брюшнаго пресса въ соединеніи со всѣми сопротивленіями производятъ общее «давленіе содержиимаго» на плодъ. «Полая мышца» вслѣдствіе этого не только подвигается вверхъ. «Выходная трубка» растягивается, за нею—«нижній маточный сегментъ». Поэтому плодъ выпрямляется ¹⁾ (на $3\frac{1}{2}$ стм.) и происходитъ «давленіе плоднаго позвоночнаго столба» ²⁾.

Внутриматочное давленіе (опредѣленное въ плоскости тазоваго входа посредствомъ введеннаго въ шейку резиноваго баллона по Schatz'у и по Westermarck'у, изъ Стокгольма) ³⁾ зависитъ отъ брюшнаго пресса вмѣстѣ со случайными внутрибрюшными напряженіями (вслѣдствіе газовъ и проч.), что и составляетъ внутривнутрибрюшное давленіе, затѣмъ—отъ разницы въ уровнѣ между тазовымъ входомъ и высшей точкой матки (зависитъ отъ длины тѣла; въ спинномъ положеніи=30 мм Hg), наконецъ—отъ напряженія маточной стѣнки + объемъ содержиимаго.

¹⁾ Это выпрямленіе вмѣстѣ съ поворотомъ, смѣщеніемъ и сжиманіемъ со стороны контракціоннаго кольца было видно на ребенкѣ Brauner'скаго замороженнаго препарата.

²⁾ Schatz установилъ (Arch. f. Gyn. III) другую теорію, въ различіе отъ той, которая изложена тутъ по Lahe'у; онъ различаетъ: «общее внутреннее давленіе матки», «реституціонную силу» матки, плода и вытекающее отсюда «давленіе плодной оси».

³⁾ Рефериров. мною въ Centr. f. Gyn. 1893.



Fig. 122.



Fig. 123.



Fig. 124.

Рис. 123. Такъ назыв. *субамниотическій «фибринъ» съ кистами и экстравазатами*. Ориг. рис. по соб. микроскоп. преп. Текстъ § 49. (Дальн. срв. мой Атл. эмбриол.) 1—однослойный кубовидный эпителий амнион'а; 2—принадлежащая сюда соединительная ткань; 3—такъ назыв. клѣтки chorion'а, перерожденныя подъ вліяніемъ выщелѣнія и превращенныя благодаря давленію воднога мѣшка и матки въ параллельно волокнистыя фибриноподобныя массы (=4); 5—гомогенныя массы (совершенно некротическія ворсинки?); 6—серозная киста безъ покрывательныхъ клѣтокъ на стѣнкахъ, также и 8—кровеная киста (Cystocyste), лежащая въ перерожденныхъ клѣточныхъ массахъ; 7—скопленія круглыхъ клѣтокъ; 9—межворсинчатый кровяной тромбозъ свертывается въ окрестности некротическихъ ворсинокъ = 11, которая срослись между собою посредствомъ некротическихъ комковъ (=12) ихъ кубовиднаго эпителия; 10—нормальныя сосудистыя ворсинки; 13—веретенообразныя клѣтки отпадающей оболочки съ большимъ капиллярнокровянымъ пространствомъ (=14) и железой (=15).

Рис. 124. *Субхориальное т. е. децидуальное кровоизліяніе*. Ориг. ис. по соб. микроск. преп. Текстъ § 48. Дальн. срв. мой Атл. эмбриол. 1—веретена Decid. vera; —2—кровоизліяніе въ децидуальной клѣточной ткани; 3—при вытѣсненіи волоконъ стромы; 4—фибринный тромбозъ межворсинчатого пространства съ нормальными ворсинками chorion'а (=5); примыкающими къ Decid. vera.

Внутриматочное давленіе уменьшается лишь при разрывѣ яйцевыхъ оболочекъ; затѣмъ оно стремится подняться до прежней высоты, которой оно однако не достигаетъ вслѣдствіе отхожденія водъ и опущенія плода. Чѣмъ выше внутриматочное давленіе, тѣмъ сильнѣе *потужная боль*. *Кривая* поднимается сначала медленно, затѣмъ довольно быстро, наконецъ опять медленно, пока она достигаетъ своего maximum'а въ 8,1 сек.; пониженіе идетъ сначала медленно, затѣмъ скорѣе, наконецъ *крайне медленно, вытягиваясь въ прямую линію*, что служитъ признакомъ недостаточнаго сокращенія маточной мускулатуры. *Частота потугъ* въ началѣ періода раскрытія незначительна, затѣмъ она постепенно усиливается и достигаетъ своего maximum'а при увеличенной *продолжительности* каждой потуги въ концѣ періода раскрытія и во время періода изгнанія; при продолжительныхъ и сильныхъ потугахъ частота ихъ уменьшается. *Внутриматочное дав-*

Рис. 125. Цильный амниотический мешок (*Am*), оторванный вследствие *partus praetaturus VII* месяца. плод; наверху сидит кусочек оторванного chorion'a (*Ch*); надъе прикрѣпленіе пуповины (*Nab.*), оторванное отъ послѣда. Текстъ § 48.

Рис. 126. Трехугольный кусокъ *Decid. vera*, отделившийся при выкидыше во время беременности; наружная поверхность шероховата, внутренняя содержитъ отверстія желѣзъ и складки, похожія на яваново одеяло. Текстъ § 44, 48.

Рис. 127. То же самое, но здѣсь *Decid. vera* въ видѣ исключенія образовалась въ шейкѣ, ниже внутреннего зѣва. Текстъ § 44, 48.

Рис. 128. Начинаясь выкидышъ вследствие субхоріональных или децидуальныхъ кровоизліяній (*Ch. Häm.*). Одни прорѣзаются черезъ водный мешокъ (*Am*), другія надрѣзаны. Самое большое кровоизліяніе въ *Decid. vera* (*R. Häm.*) представляетъ образовавшуюся вмѣстѣ съ отдѣленіемъ chorion'a ретроплацентарную гематому. Пуповина плода (*Nab.*) перекручена. *Decidua vera* (*D. u.*) идетъ до внутреннего зѣва. Текстъ § 48. *U. R.* = контраціонное кольцо.

Рис. 125—128 оригин. по преп. Мюнх. гин. клин.

леніе колеблется между 20—220 миллим. ртутнаго столба, въ среднемъ 55,6—163,3 или 107,7 миллим. Hg (по *Schatz*'у $\text{mmHg} = 100$). Давленіе потугъ увеличивается во время родовъ, болѣе всего къ концу ихъ. Маточной мускулатурѣ послѣ усиленной работы необходимо извѣстное время для отдыха. Это доказывается тѣмъ, что послѣ одной или нѣсколькихъ очень сильныхъ потугъ послѣднія или ослабѣваютъ, или наступаютъ длинныя промежутки.

Потуги ¹⁾ по токодинамометру *Schatz*'а обнаруживали силу въ 8,5—27,6 килограмм. Онѣ идутъ перистальтически отъ трубы къ внутреннему маточному зѣву.

¹⁾ *Dolores praesagientes* въ концѣ беременности; *D. praeparantes* расширяютъ маточный зѣвъ; *D. ad partum* оттѣсняютъ плодъ внизъ; *D. conquassantes* изгоняютъ плодъ черезъ дѣтородную щель (давленіе на *plex. vasg.*); *D. ad secundinas* изгоняютъ послѣдъ; *D. post partum* наблюдаются особенно у многорожавшихъ.

Ch.

Am.

Nab.



Fig. 125.



Fig. 126.



Fig. 127.

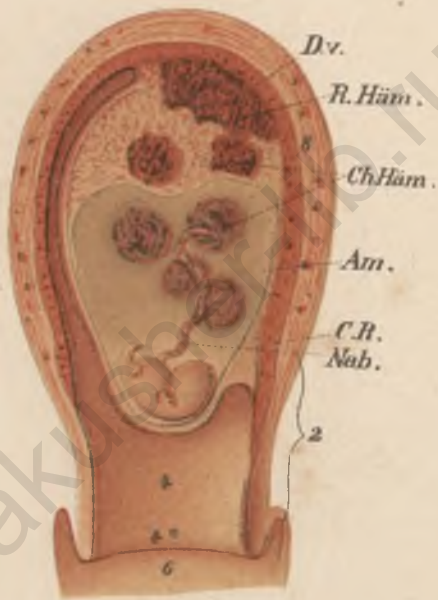


Fig. 128.



Fig. 129.



Fig. 130.

Рис. 129. Пузырный заносъ (*Mухота chorii multiplex*) и гидрамнионъ. Миксоматозные пузырьки на пуповинь. Часть плаценты еще не поражена. Ориг. рис. по преп. Мюнх. гин. клин. Текстъ § 33, 49. Дальн. см. мой Атл. эмбриол. и проч. Pl—плацента, Am—Amnion, Mo—пузырный заносъ, H—пузырьки, Nab—пуповина.

Рис. 130. Случай родовъ двойнями съ одностороннимъ пузырнымъ заносомъ (Mo). Последний post partum превратился въ злокачественный, т. е. онъ разрушаетъ Muscularis (8) (*разрушающій пузырный заносъ*); отъ другой плаценты остались массы chorion'a и образовали плацентарный полость (Pl, P). Кровяные сгустки выполяютъ полость матки. Ориг. рис. со значительными измѣненіями основ. на случаѣ *Kaltenbach'a*. Текстъ § 48, 49. Mus—Mucosa.

Литература къ § 11 (срав. §§ 5 и 12).

1) *Schatz*, Intraabdomineller Druck, Arch. f. Gyn. IV и V, 1872—73.—2) *Schatz*, «Formrestitutionskraft» etc., A. f. Gyn. III. 1871. VI. 1874.—3) *B. S. Schultze*, Unters. üb. d. Wechsel d. Lage u. Stellung der Frucht etc. Leipzig 1868. —4) *Kehrer*, Beitr. z. vgl. u. exp. Gebtskde. II. 1868. Giessen und Vgl. Physiol. d. Gbt.—5) *Lahs*, Theorie der Geburt. Bonn 1877.—6) *Schatz*, Formen der Wehenkurve, Peristaltik des menschl. Uterus, A. f. Gyn. 27. 1886. —7) *Spiegelberg*, Geburtsdauer, Mon. f. Geb. 32, 1868. —8) *Veit*, Beitr. z. gbtsh. Statistik. Mon. f. Geb. 5, 1855.—9) *Schröder* и *Stratz*, Z. Physiol. der Austreibungsperiode in *Schröder's* der schwang. u. kreiss. Uterus. Bonn 1886. —10) *Hofmeier*, Ueb. Contractionsverhältnisse des kreiss. Uterus. Zeitschr. für Geb. u. Gyn. V, 1880.—11) *Westermarck*, Stockholm 1892, ref. in C. f. Gyn. 1893.

§ 12. Нормальное теченіе родовъ вообще и частота положеній ¹⁾.

(Рис. 116, 96, 99, 100, 101.—Акуш. атл. I, рис. 4, 5, 7—11, 28, 41, 19, 26, 32, 33, 35, 43, 44, 57).

I Периодъ родовъ: раскрытіе наружнаго зъва матки у I-родящихъ (у многорожавшихъ съ V мѣс.); *міцовой конецъ отдѣляется отъ стѣнки матки, головка всту-*

¹⁾ Подробности теченія родовъ и оперативные способы леченія см. мой Акуш. атл. I.

Рис. 131. Сифилитически воспаленныя ворсинки: соединительная ткань сильно разрослась (5) и инфильтрована (особенно въ окрестности сосудовъ съ утолщенными стѣнками (1) круглыми кѣлками (5). Очаговые ворсинки лишены своего эпителия (4) и переходятъ въ межворсинчатый фибриновый тромбъ (3). Микр. орг. рис. по соб. преп. Текстъ § 49. Дальн. въ моемъ Атл. эмбриол. 6—интeлліи водной оболочки; 7—кровеносные сосуды ворсинокъ (здоровые).

Рис. 132. Поперечный разрѣзъ черезъ сифилитическую пуговичку съ воспаленіемъ Mediae и Adventitiae: инфильтрація послѣднихъ круглыми кѣлками и центральное размягченіе (3) внутри очага. На другой артеріи съ утолщенными стѣнками (2) видны характерная треугольная звѣздчатая форма Intimae, толстая эластическія волокна Mediae и широкая Adventitia. Вена (1) съ толстыми стѣнками широко видѣть. Основная ткань произошла вслѣдствіе слизистой соединительной ткани (4). Снаружи пуговина выстлана водной оболочкой, слѣдоват. рядомъ кубовидныхъ кѣлокъ (5). Текстъ § 49. Дальн. см. мой Атл. эмбриол. и проч. Микр. орг. рис.

пасть въ нижній маточный сегментъ (Акуш. атл. I, рис. 4). Сократительное кольцо оттягивается вверхъ надъ тазовымъ входомъ²⁾. Плодный пузырь³⁾ разрывается при наружномъ маточномъ зѣвѣ въ 5 см. ширины; головка тотчасъ-же охватывается имъ, закрываетъ междустистую линію. Продолжительность = у I род.: 12—20 час., у многорож.: 6—12 час.

II періодъ: послѣ отхожденія водъ совершаются повороты головки, половая щель раскрывается; вся головка находится въ шейкѣ [Акуш. атл. I, рис. 5]; боли ослабѣваютъ; вступаетъ въ дѣйствіе брюшной прессъ [вслѣдствіе этого лицо роженицы становится краснымъ, выступаетъ обильный потъ]; появляются позывы на низъ [вслѣдствіе сокращенія Mm. levatores ani подѣ влияніемъ давленія головки на муску-

²⁾ Если контракціонное кольцо находится на ладонь выше лоннаго соединенія, или даже на уровнѣ пупка, то чрезвѣрно растянутаю нижнему сегменту матки угрожаетъ опасность.

³⁾ Преждевременный разрывъ плоднаго пузыря, при ненормальныхъ родовыхъ препятствіяхъ происшедшій передъ раскрытіемъ наружнаго зѣва (преждевременно: передъ началомъ родовыхъ потугъ) является неблагоприятнымъ обстоятельствомъ, въ виду того, что тогда головка должна растягивать родовой каналъ. Когда разрывъ пузыря замедляется, производится проколъ оболочекъ.



Fig. 131.



Fig. 132.



Fig. 133.



Fig. 134.



Fig. 135.

Рис. 133. Краевое предлежание плода. Токотъ § 47.

Рис. 134. Центральное предлежание плода и *Placenta succenturiata*. Ребенок родился через плаценту. Токотъ § 42.

Рис. 135. Краевое предлежание, плода и *Inertio velamentosa pupoviny*; выхождение ребенка производится между большими сосудами въ яйцевыхъ оболочкахъ. Токотъ § 47, 52; Дальн. см. мой Атл. эмбриол., также и для слѣд. рис. 136—142.

Рис. 133—135 срисован. по преп. Мюнх. гм. кнжн.

латуру промежности, *поддерживание промежности* *)]; [Акуш. атл. I, рис. 7—9]; *Продолжительность*: = у I род. $1\frac{1}{2}$ — $7\frac{1}{2}$ час., у многорож.: $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ часа.

III периодъ: маточныя сокращения отдѣляютъ плаценту, какъ изложено въ § 49. Оставаясь въ «выходной трубкѣ», она помощью брюшного пресса совершенно выталкивается на-

*) *Поддерживание промежности* производится по способу, изображенному на рис. 9 моего Акуш. атл. I, слѣд. образ.: большой и указательный пальцы освобождаютъ наиболее подверженную разрыву заднюю свайку, между тѣмъ какъ тѣ же пальцы отодвигаютъ кожу, идущую отъ боковыхъ частей губъ. Но если задняя свайка вследствие растяженія становится безкровной, то помощью Соммерговскихъ ножницъ производится соответственно глубокий разрывъ съ боковъ (смотря по случаю черезъ фасцію до *M. constrict. sup.*). Во время потугъ головка удерживается другой рукой до тѣхъ поръ, пока прорѣзана большой рожничекъ. Теперь во время промежутковъ края промежности отодвигаются или сгибается головка по направленію въ синфизу по способамъ *Ritgen-Fehling's* или *Smellie-Ritgen's*. Оба способа служатъ для защиты промежности и отдвигаютъ одновременно лобъ и лицо по направленію къ лонному соединенію, приподнявъ ихъ надъ промежностью (при первомъ способѣ рука надавливаетъ снаружи ниже крестцовой кости, при второмъ — два пальца вводятся въ тесноту; во второмъ *Hohl's* большой рожничекъ захватывается крючкообразно).

Послѣ прорѣзыванія головки, слѣдуетъ тотчасъ распутить пуповину, а при обвитіи ея вокругъ шеи, черезъ голову и плечики младенца (срв. рис. 10, Акуш. атл. I).

Приблизное со стороны брюшныхъ покрововъ давленіе на дно матки и на *туловище* ребенка, въ видѣ *Kristeller's*оваго способа, способствуетъ дальнейшему вытѣнанію плода. *Прорѣзываніе плечиковъ* ускоряется введеніемъ указательнаго пальца въ болѣе доступную (преимущественно заднюю) жидкостную впадину (со стороны спины); послѣ того какъ заднее плечико (при I черномъ положеніи лѣво) выкатилось изъ-за промежности, головка опускается, а переднее плечико при потягиваніи за подмышечную впадину или безъ того выступаетъ изъ-подъ лоннаго соединенія, если переднее плечико прорѣзывается раньше, слѣдуетъ приподнять головку вверхъ.

Рис. 136. Вставленіе анэмцефала въ такъ наз. лицевое положеніе для родовъ,

Рис. 137. *Diccephalus dibrachius*, вставившійся къ родамъ.

Рис. 138. *Thoracosragus*, вставившійся къ родамъ.

Рис. 136—138. копир. по Küstner'у. § 50.

ружу. Продолжительность = $\frac{1}{4}$ —14 час. (въ среднемъ *) 2—2½ час.). Слѣдуетъ осмотрѣть яйцевыя оболочки относительно ихъ цѣльности! Количество крови въ среднемъ = 225 грм.

Частота положеній.

93.0% черепныя положенія (I:II = 2:1).

0.8% лицевыя положенія.

4.6% положенія тазов. концомъ.

1.6% косыя положенія.

} срв. § 52.

Этіологія положеній.

Черепное положеніе (этіол.: срв. §§ 3, 5, 8, 10, 11).

Поступающая впередъ *regiph. subocc.-bregmat* = 32 см. съ ея малымъ косымъ размѣромъ = 9 см. (рис. 116 и Акуш. атл. I, рис. 6).

II черепное положеніе (спинка вправо) легче переходитъ въ 3 затылочное—(затылокъ сзади и вправо)—или 2 передне-темянное положеніе (Акуш. атл. I, рис. 19) въ самомъ неблагопріятномъ случаѣ съ *regiph. fronto occ.* = 34 см. и прямымъ разм. = 13 см.—или въ лобное положеніе (Акуш. атл. I, 26).

Послѣ промыванія глазъ ребенку (или впусканія 1—2 капель 2% раств. *Arg. nitric.*) на нуповину накладываютъ 2 лигатуры (одна на разстояніи 2—3 пальцевъ отъ пупка) и перерѣзываютъ посредніи (Акуш. атл. I, рис. 11). Вторая лигатура (плотно къ полой щели) служитъ замѣткой для выхода послѣда и, способствуя его переполненію кровью, вызываетъ болѣе энергичныя сокращенія матки. Кромѣ того въ случаѣ двойней при одномъ яйцѣ она предохраняетъ второй плодъ отъ истеченія кровью.

⁵⁾ Если плацента лежитъ въ выходной трубкѣ, то ее выжимаютъ по способу *Credé* (срв. рис. 28 въ Акуш. атл. I), не прибѣгая къ растираніямъ дна во время потугъ! Если существуетъ приращеніе плаценты при атонической маткѣ и кровотеченіи вслѣдствіе частичнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, то послѣднее удаляется ручнымъ способомъ 2 часа *post partum* при отсутствіи угрожающихъ явленій.



Fig. 136.



Fig. 137.



Fig. 138.



Fig. 139.

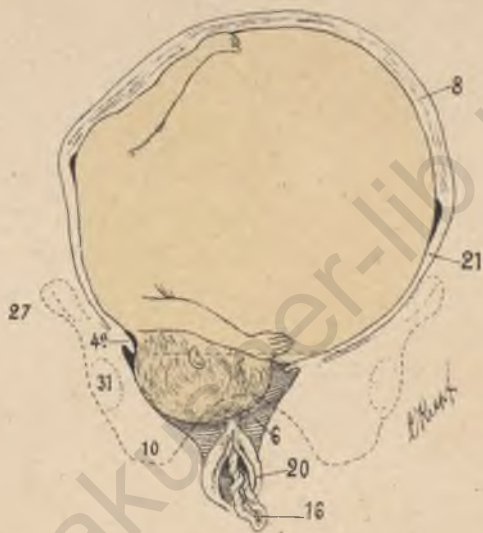


Fig. 140.

Рис. 139. Гидроцефаль, вставившійся въ родамъ. По *Bandl'*ю измѣнено. Текстъ § 42, 50, С. R.—контракціонное кольцо.

Рис. 140. Растяженіе мочевого пузыря и мочеточниковъ со вторичнымъ гидронефрозомъ, соединеннымъ съ водянкой вследствие непроходимости мочевого канала; выпавшая петля пуповины. По *Hecker'*у измѣн. Текстъ § 50, 52, 53, 61.

Лицевое положеніе: этиологія: соединеніе извѣстныхъ свойствъ со стороны матери и плода, наприм.: узкій тазъ, отвислый животъ (рис. 101), большой плодъ—опухоли матери (рис. 96) или ребенка (срв. *Gebtsch. Winkel'*я II изд. рис. 46), неправильныя формы (рис. 99) матки. Располагающимъ, но не причиннымъ моментомъ служитъ долихоцефалія *) *Hecker'a*. *Проръзываніе* косымъ размѣромъ (submento—оссір.) и окружностью въ 36,5 см. (Акуш. атл. I, рис. 33, 35); сначала въ peripher. submento-front.—32 см. (Акуш. атл. I, рис. 32, 44).

Положенія тазовымъ концомъ: этиологія: незначительная величина плода, hydramnion, аномаліи ребенка (гидроцефалія, гемикефалія, мацерация), у многорож. чаще (растянутая матка), при неправильныхъ формахъ матки. Чѣмъ меньше развитъ нижній маточный сегментъ, тѣмъ скорѣе образуются тазовыя положенія.—Часто наблюдается прижатіе пуповины! (Акуш. атл. I, рис. 57).

Косыя положенія: у многорож. (слабый тонусъ маточной мускулатуры), суженіе таза, опухоли, неправильныя формы матки (рис. 100) при родахъ двойнями, при выпаденіи мелкихъ частей, предлежаніе послѣда, hydramnion, внезапное отхожденіе водъ опасно, ибо можетъ истечь все количество околоплодной жидкости; преждевременное выработываніе потугъ вслѣдствіе давленія на нервные узлы шейки и свода. (Теченіе родовъ и терапія при послѣднихъ 4 положеніяхъ въ Акуш. атл. I и здѣсь § 52).

*) Срв. *Winkel*, *Gbtsch. II Afl.*, 154 и мои работы въ *его же* *Ber. u. Stud.* 1885—90 sub. «zur Pathol. des Foetus», pag. 626.

Рис. 141. *Плацента при двойнях*: первый ребенок доношенный, живъ; второй мертвый при *перекрученной* пуповинѣ (болѣе всего на брюшной части ея); послѣдній плодъ имѣеть въ плацентѣ весьма незначительную область питания. Другая пуповина содержитъ удлинненныя артеріи и богата Вартоновой студенью. Текстъ § 48, 49, 50, 52. Ориг. рис. по одному преп. Мюнх. гин. клин.

Рис. 142. *Плацентарный инфарктъ при эклампси*. Ориг. рис. по преп. Мюнх. гин. клин. Текстъ § 47, 48, 49.

Литература въ § 12 (срн. § 5, 11, 21 и 51).

¹⁾ *Schatz*, Naegele'sche Obliquit. Tagebl. d. Leipz. Naturf. Vers. 1873.—²⁾ *Э. Ф. Биддеръ*, Vorder-und Hinter Scheitellagen. Gyn. Mitth. Berlin 1884.—³⁾ *Litzmann*, Hint. Scheitelbeinstellung. A. f. Gyn. II, 1871.—⁴⁾ *Dohrn*, fehlerh. Drehung der Schultern nach Austritt des Kopfes bei Schädelgeburten. A. f. Gyn. 4. 1872.—⁵⁾ *Hecker*, Schädelform bei Gesichtslagen. Berlin 1869.—⁶⁾ *Ahlfeld*, Entstehung der Stirn- und Gesichtslagen. Leipzig 1873 u. in A. f. Gyn. 16.—⁷⁾ *Schatz*, Umwandl. v. Gesichtslage zu Hinterhauptslage durch alleinigen äuss. Handgriff. A. f. Gyn. V, 1873.—⁸⁾ *Schatz*, Aetiol. der Gesichtslagen. Ibid. 27, 1886.—⁹⁾ *Ziegen-speck*, itim, Volksm. Sammlg. 284.—¹⁰⁾ *Ahlfeld*, Dammschutz, A. f. Gyn. 6.—¹¹⁾ *Schatz*, Dammschutz, A. f. Gyn. 22.—¹²⁾ *Olshausen*, Dammschutz, Volk. Vortr. 42.—¹³⁾ *v. Ritgen*, Dammschutz, Mon. f. Geb. 8.—¹⁴⁾ *Runge*, Abnabeln etc., C. f. Gyn. 1880, 19; 1881, 9.—¹⁵⁾ *Sänger*, Abnabeln etc. C. f. Gyn. 1880, 19; 1881, 6.—¹⁶⁾ *Ahlfeld*, Nachgeburtperiode, C. f. Gyn. 1886, 52; Ber. u. Arb.—¹⁷⁾ *Fehling*, Nachgeburtperiode, C. f. Gyn. 1880 и A. f. Gyn. 7.—¹⁸⁾ *Credé*, Nachgeburtperiode, Mon. f. Geb. 16, 17. Deutsche med. Woch. 1880, 45; A. f. Gyn. 17 и 18.—¹⁹⁾ *Dohrn*, Nachgeburtperiode, Dtsche med. Woch. 1880. 14.—²⁰⁾ *Küstner*, Nachgeburtperiode, A. f. Gyn. 14.—²¹⁾ *Olshausen*, Nachgeburtperiode, Klin. Beitr. z. Gyn. u. Geb. Stuttgart 1884.—²²⁾ *Schauta*, Nachgeburtperiode, Wien. med. Bl., 1886, 11—13.—²³⁾ *Schultze*, Nachgeburtperiode, D. med. Woch. 1887, 43.—²⁴⁾ *Winckel*, Mon. f. Geb. 21.

§ 13. Сосуды матки и ихъ измѣненія во время беременности.

(Рис. 38, 41—43).

Въ соединительнотканномъ трехугольномъ основаніи широкой связки проходитъ *маточная артерія*, происходящая отъ подчревной (a. hypogastrica) и отдающая вѣтви къ влагалищу и наружнымъ половымъ частямъ. Незначительная вѣтвь



Fig. 141.



Fig. 142.

идеть прямо къ шейкѣ или же послѣдняя питается обратной кровью маточной артеріи, которая идетъ непосредственно къ внутреннему зѣву или выше, чтобы тотчасъ же сдѣлать загибъ вверху (рис. 30). Вѣтви образуютъ характерныя извилины, сохраняющіяся во время беременности. Онѣ идутъ въ подбрюшинной соединительной ткани, оттуда радиарно къ слизистой оболочкѣ, образуя мимоходомъ въ среднѣ мышечнаго слоя развѣтвляющійся поясъ (рис. 43). Выше маточная артерія анастомозируетъ съ внутренней сѣмянной (a. spermatica interna), происходящей отъ аорты и вступающей въ широкую связку, на верхнемъ краѣ. Она идетъ вдоль lig. infundibulo-pelvicum и снабжаетъ трубу и яичникъ.

Вены идутъ въ видѣ продольно-вытянутыхъ сплетеній соответственно маточной артеріи и вливаются въ подчревную вену (v. hypogastrica). Сѣмянное сплетеніе (plexus spermaticus s. ramificiformis) направляется вдоль трубы сначала въ двойную, затѣмъ въ одиночную внутреннюю сѣмянную вену, непосредственно выдающую слѣва въ почечную, справа въ нижнюю полую вену (рис. 41).

Лимфатическіе пути, частью отъ окружности маточныхъ железъ, частью изъ подсерозной соединительной ткани, ведутъ черезъ широкую связку къ нижнимъ подчревнымъ и поясничнымъ железамъ (glandul. hypogastricae и lumbales inf.) боковой маточной стѣнки и далѣе къ поясничнымъ железамъ (рис. 42).

Во время беременности усиливается притокъ крови ко всѣмъ органамъ родового тракта (рис. 41), даже связочные аппараты таза пропитываются кровяной сывороткой. Потужная дѣятельность прекращаетъ артеріальный притокъ крови къ покой мышцѣ, но не къ нижнему маточному сегменту и къ шейкѣ, и переполняетъ вены. Такимъ образомъ плацента въ теченіе послѣднихъ частей минуты остается безъ обмѣна веществъ.

Литература къ § 13.

Leopold, Die Lymphgefäße des normalen, nicht schwangeren Uterus, Arch. f. Gyn., 6, 1874.

§ 14. Иннервация матки.

(Рис. 39).

Нервы идутъ къ маткѣ по тремъ путямъ: а) отъ спинного мозга черезъ вѣтви *N. sacralis* (обусловливаютъ *dolores conpassantes!*) къ боковымъ нервнымъ узламъ шейки въ заднемъ влагалищномъ сводѣ; б) черезъ аортальное, брыжжечное и подчревное сплетенія къ *plex. uterin.*, лежащему на аортѣ; в) отдѣльно отъ нихъ въ переднемъ влагалищномъ сводѣ лежатъ ганглии Дембо.

Нервы во всѣхъ трехъ проводникахъ распадаются на двигательные и чувствительные, но вѣтви крестцового нерва ведутъ преимущественно центростремительныя задерживающія волокна. *Яичниковые нервы* (п. ovariales) при центростремительномъ раздраженіи производятъ сильныя маточныя движенія.

Маточныя сокращенія вызываются внезапными значительными кровопотерями, сильной возможностью всей крови, высокой лихорадочной температурой, спорыньей и друг. ядами вслѣдствіе непосредственныхъ раздраженій матки. Послѣднія дѣйствуютъ рефлекторно, такъ что потуги, происшедшія этимъ путемъ, опять вызываютъ послѣдующія сокращенія; съ другой стороны маточныя сокращенія могутъ происходить и безъ участія центральной нервной системы черезъ самостоятельные маточные центры.

Нервы матки болѣе всего возбудимы въ концѣ (и въ самомъ началѣ) беременности; они утолщаются въ теченіе всей беременности посредствомъ соединительной ткани. Опытами доказано, что зачатіе и роды возможны при полномъ разрушеніи поясничной части спинного мозга (также у женщинъ безъ черепного и верхней части спинного мозга: параличя, эхинококкѣ, новообразованіе грудного позвонка и проч.), по всей вѣроятности, черезъ центры Дембо.

Маточныя сокращенія передъ родами происходятъ благодаря слѣдующимъ процессамъ: тромбозъ плацентарныхъ венъ и некробіозъ отпадающей оболочки, величина плода и его давленіе на матку, десятый срокъ менструаціи, обремененіе угольной кислотой, раскрытіе внутренняго зѣва, обиль-

ное скопление регрессивныхъ продуктовъ обмѣна веществъ, особенно угольной кислоты, въ то время, какъ нижняя полая вена плода, претерпѣвая отклоненіе устья, впадаетъ, наконецъ, въ *правое* предсердіе, вслѣдствіе чего только головка получаетъ еще венозную кровь.

Литература къ § 14.

- ¹⁾ *Frankenhäuser*, Die Nerven der Gebärmutter, Jena 1867.—
²⁾ *Spiegelberg*, Die Nerven und die Bewegungen der Gebärmutter. Mon. f. Geb. 24, 1864.—³⁾ *Schlesinger*, Ueb. Reflexbewegungen d. Uterus. Stricker's Jahrb. 1872, 1873, 1874.—⁴⁾ *Goltz*, Ueb. d. Einfl. des Nervensystems auf. d. Vorgänge während der Schwang. u. d. Gebärmutter, Pflüger's Arch. 9, 1874.—⁵⁾ *Петръ*, Pflüger's Arch. B. XXIII, p. 68.—⁶⁾ *Cohnstein*, Innerv. d. Gebärmutter, A. f. Gyn. 18, 1881.—⁷⁾ *Frommel*, Ueb. d. Beweg. des Uterus, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 8, 1882.—⁸⁾ *Дембо*, Soc. de biologie, 23, Dec. 1882.—⁹⁾ *Leopold*, A. f. Gyn. XI, Urs. des Geburtseintritts.—¹⁰⁾ *Lahs*, Theorie d. Geburt, Bonn 1877.—¹¹⁾ *G. Veit*, Verh. d. Berl. Gel. Ges. 7 Heft. Urs. d. Geburtseintritts.—¹²⁾ *Runge*, A. f. Gyn. 13 item.

§ 15. Связочные аппараты внутреннихъ половыхъ органовъ и тазовая клѣтчатка.

(Рис. 28, 31, 46, 34, 30, 43, 38).

Широкія связки представляютъ собой брыжейку внутреннихъ половыхъ органовъ; во время беременности онѣ становятся толще, благодаря болѣе сильному переполненію сосудистыхъ системъ.

Брюшина (рис. 28, 46) также утолщается и увеличивается во всѣхъ частяхъ полового тракта, такъ какъ она можетъ приспособиться къ увеличивающейся маткѣ не только въ силу своей растяжимости, но и въ силу разрастанія клѣтокъ. Брюшина распространяется отъ мочевого пузыря къ внутреннему маточному зѣву или нѣсколько выше, образуя такимъ образомъ окруженную *пузырно-маточными складками* одноименную впадину (*excavatio*) (рис. 28, 31). Подъ брюшиной рыхлая соединительная ткань соединяетъ тѣло матки съ пузыремъ, а *lig. cardinale*, состоящее изъ очень плотныхъ, сухожильныхъ волоконъ, напротивъ, соединяетъ шейку и верхнее влагалище (рис. 34) съ мочевымъ пузыремъ, начиная отъ внутреннего зѣва матки.

Брюшина покрываетъ тѣло матки, плотно срастаясь

съ нимъ (рис. 28, 43) и простираясь складками къ бокамъ тазовой полости въ видѣ *широкихъ связокъ* (рис. 30). У верхняго угла матки въ складчатой дубликатурѣ лежитъ *яйцепроводъ* или *Фаллопиева труба* (рис. 31); складка продолжается въ видѣ *lig. infundibulo-pelvicum* къ безымянной линіи. Сзади на широкой связкѣ или въ ея глубинѣ помѣщаются *яичникъ* и *придатокъ яичника* (*parovarium*), не окруженные ею. Между серозными листками находится рыхлая клѣтчатка съ сосудами (рис. 43, 46, 30). *Lig. infundibulo-pelvicum* тянется дугообразно сзади къ верхней части таза, къ которому оно прикрѣпляется поверхъ мѣста дѣленія общей подвздошной артеріи (*a. iliaca communis*). Дубликатура *широкой связки* тянется отсюда, загибая впередъ и назадъ, вдоль *подчревной артеріи*.

Къ этимъ подчревнымъ артеріямъ примыкають *мочеточники* (рис. 31, 38), имѣющіе наружу и кзади изогнутое направленіе. Они спускаются косо сзади и наружу кпереди и внутрь къ основанію широкихъ связокъ. *Лѣвый* лежитъ ближе къ срединной линіи, *правый* ближе къ *внутреннему зѣву матки* (на разстояніи 19 миллим.) (!) (вслѣдствіе правосторонняго положенія матки онъ прощупывается черезъ прямую кишку), далѣе лишь 8 миллим. отъ *pars supravaginal.* шейки и 6 миллим. отъ влагалищаго свода. 15 миллим. ниже мочеточники прилегають къ *передней стѣнкѣ* влагалища, пересѣкая его подь острымъ угломъ.

На задней стѣнкѣ матки брюшина оставляетъ *cornu uteri* на высотѣ внутренняго зѣва. На этомъ мѣстѣ образуется *утолщеніе* (рис. 31, 28), содержащее многочисленныя мышечныя волокна, съ которыми оно расходится въ видѣ двухъ заднихъ боковыхъ *plicae sacro-et recto-uterinae Douglasii*. Мышцы называются *m. rectofores uteri* (*Luschka*) (рис. 31). *Здѣсь, а равно по бокамъ и кпереди, у основанія широкой связки, шейка и верхняя часть рукава обхватываются упомянутыми весьма толстыми, плотными, блестящими пучками волоконъ, которые тоже расходятся въ видѣ lig. vesico и recto-uterina* (срв. § 8 относящ. къ нижнему маточн. сегменту и рис. 34).

Отъ *Дугласовыхъ складокъ* брюшина опускается на 1—2 см. въ *Excavatio recto-uterina* или *Дугласовъ карманъ*,

до уровня задняго влагалищнаго свода (слѣд. глубже, чѣмъ впереди), откуда онъ переходитъ на прямую кишку и заднюю стѣнку таза (рис. 28 и 31).

Подбрюшинная полость таза (cavum subperitoneale pelvis) до фасции таза и мышцъ, поднимающихъ заднепроходное отверстие (levatoros ani), наполнена жировой клетчаткой, соединенной посредствомъ промежутковъ съ *сѣдалищно-прямокишечной полостью* (cavum ischio-rectale), resp. *подкожной полостью таза* (cavum subcutaneum pelvis) (рис. 30), а также посредствомъ сѣдалищной вырѣзки вдоль грушевидныхъ и внутренней запирательной мышцъ (mm. pyriformes et obturator int.) съ *наружной тазовой клетчаткой*, вдоль *круглыхъ связокъ* съ лобковымъ возвышеніемъ или, далѣе, вдоль *лобково-пузырно-маточной связки* съ боковъ пузыря съ брюшными покровами.

Подъ брюшиной, выстилающей широкую связку, отъ трубно-маточнаго угла по обѣ стороны дугообразно внизъ, впередъ и сбоку проходить, образуя складку, *круглая связка* (lig. rotundum) къ паховому кольцу и черезъ него, сопровождаясь здѣсь выворотомъ брюшины, прос. vagin. perit. (seu diverticulum seu canalis *Nuckii*),—и наконецъ къ лобковому возвышенію, гдѣ она получаетъ поперечно-полосатія мышечныя волокна отъ косои мышцы. На маточномъ концѣ входятъ въ нее гладкія мышечныя волокна. Во время *беременности* круглая связка утолщается на палець, отчасти посредствомъ плотнаго увеличенія мышечнаго слоя. Вслѣдствіе подниманія матки надъ тазовымъ входомъ обѣ связки идутъ круче, хотя дно матки и выдается надъ ними. *Во время родовъ* круглая связка напрягается, лѣвая явственно прощупывается вслѣдствіе поворота матки вокругъ ея правой діагонали.

Литература къ § 15.

1) *Hasse*, Beobacht. über d. Lage der Eingeweide im weibl. Beckeneingange, Arch. f. Gyn. 8, 1875.—2) *Luschka*, Topogr. der Harnleiter des Weibes, Arch. f. Gyn. 3, 1872.—3) *E. Schiff*, Das Lig. rotund., Stricker's med. Jahrb. 1872.—4) *Баладинъ*, Klin. Vortr. St.-Petersb. 1883. Beckenorganveränd. in d. Gravid.

§ 16. Яичники и яйцепроводы; измѣненія ихъ во время беременности.

(Рис. 44, 46, 47, 48, 50, 51).

Яйцепроводы становятся болѣе сочны, во время беременности идутъ также круто, какъ и круглыя связки и прикрѣпляются къ верхней трети матки.

Маточный конецъ трубы (isthmus) имѣетъ болѣе сильный мышечный слой (рис. 44) и менѣе развитую слизистую оболочку, чѣмъ *воронка (ampulla)*. *Безжелезистая тисоза* состоитъ изъ продольныхъ складокъ, богатыхъ круглыми клѣтками, и усѣяна умѣренно высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, обнаруживающимъ *мерцательное движеніе по направленію къ узкому маточному отверстію*. Рѣснички клѣтокъ производятъ отъ брюшнаго конца трубы *серозный потокъ* жидкости, нормально покрывающей тонкимъ слоемъ всю слизистую оболочку; этотъ потокъ идетъ къ *маточному концу трубы* и способенъ перенести освободившееся яйцо въ Фаллопиеву трубу, если *мерцательныя бахромки яичника* не въ состояніи сдѣлать то своимъ собственнымъ движеніемъ. Дальнѣйшее передвиженіе неоплодотвореннаго яйца происходитъ благодаря мерцательному потоку, оплодотвореннаго яйца—благодаря *мышечнымъ волокнамъ* трубы. Яички могутъ попасть въ трубу противоположной стороны вслѣдствіе *наружнаго или брюшнаго передвиженія*, а также посредствомъ *внутренней маточной миграціи*.

Поперечные разрѣзы трубы представляютъ собой *звѣздообразную фигуру* (рис. 44, 66): на маточномъ концѣ въ просвѣтѣ 3 сосочкообразныя возвышенія, въ средней части трубы 4 главные и нѣсколько придаточныхъ сосочковъ (первыя образуются уже въ 5-мъ мѣсяцѣ утробной жизни и содержатъ многочисленныя, гладкія мышечныя волокна), выполняющихъ все пространство *воронки* посредствомъ многочисленныхъ красивыхъ развѣтвленій и переходящихъ *наконечъ въ бахромки (fimbriae)*. Изъ нихъ одна въ видѣ *мерцательной яичниковой бахромки* идетъ къ яичнику по направленію *lig. infundibulo-pelvicum*. Эта связка вызываетъ въ

трубѣ вогнутое искривленіе внизъ воронки, въ котормъ помѣщается *придатокъ ячника* (раговagium). Бахромки образуются на 3 — 4 мѣсяцѣ утробной жизни; въ это время трубный конецъ отчасти сращенъ съ поверхностью ячника, образуя т. наз. *ячниковую трубу*. Последняя можетъ *остаться навсегда* и дать поводъ къ образованію *трубно-ячниковой беременности*. (Срв. мой гин. атл.).

Мышечный слой (рис. 44, 46) трубы состоитъ изъ срединнаго, болѣе сильнаго круговаго и болѣе слабаго наружнаго продольнаго слоя. Все это окружено съ 3-хъ сторонъ *брюшиной*; 4-я сторона въ видѣ вырѣзки (hilus) образуетъ внутрисвязочную соединительную ткань, которая со своими сосудами идетъ субперитонеально кругомъ трубы (рис. 44, 46).

Ячники увеличены, сочны. Изъ *последняго видѣливашагося фолликула* (рис. 50) вслѣдствіе разрастанія клѣтокъ внутренней поверхности и ихъ жирового перерожденія, а также вслѣдствіе скопленія круглыхъ клѣтокъ образуется желтая масса: *corpus luteum verum* (рис. 51). Стѣнка отдѣляется въ видѣ складки; отлагаются гематойдинные кристаллы; разрастаніе соединительной ткани далѣе ведетъ къ образованію рубца—*corpus fibrosum* или *candicans* (срв. мой гинек. атл.)¹⁾.

Ячникъ, величиной въ миндаль, лежитъ въ покрывающемъ его на половину брюшинномъ карманѣ (3—5 см. длины) (*Mesovarium*) задней стѣнки широкой связки, будучи соединенъ съ трубой какъ сказано выше, а съ маткой посредствомъ *ячниковой связки*.

Ячникъ покрытъ однослойнымъ кубовиднымъ эпителиемъ, рѣзко граничащимъ съ перитонеальнымъ эндотелиемъ, хотя онъ одного происхожденія. Этотъ эпителий съ 3-го мѣс. утробной жизни въ видѣ *Pflüger*'овскихъ *клеточныхъ трубокъ* или, точнѣе, «веретенообразныхъ клѣтокъ» вросаетъ посредствомъ твердаго фиброза наружнаго «слоя стромы» (т. наз. *albuginea*) въ рыхлый соединительнотканый корковый слой. Здѣсь въ собственной паренхимѣ развиваются *ячки*: сначала

¹⁾ Въ теченіе одной беременности могутъ лопнуть нѣсколько фолликулъ и образоваться нѣсколько сопрога lutea; поэтому возможна *superfoecundatio* (при уже существующемъ зародышѣ) и даже *superfoecundatio* (слѣдоват. послѣ 6-й недѣли при одномъ плодѣ!)

примордіальныя въ видѣ большихъ клѣтокъ между кубоиднымъ эпителиемъ, снабженныхъ ядромъ и ядернымъ тѣльцемъ, — затѣмъ *яйцевыя комки*, вросшаго въ строму въ видѣ группъ зародышеваго эпителия съ нѣсколькими примордіальными яйцами, — далѣе *первичныя фолликулы*, между тѣмъ какъ каждое такое яйцо отшнуровывается и окружается малыми фолликулярными эпителиями (рис. 47 и 48). — наконецъ, *зрѣлыя Граафовы пузырьки*, т. е. фолликулярныя эпителии, ставши многослойными, разрастаются и образуютъ *зернистый поясъ* (zona granulosa), въ которомъ эксцентрически внутри *плодоносной кучки* (cumulus proligerus) расположено *зрѣлое яйцо*. Последнее состоитъ изъ радиарно-полосчатаго *свѣтлаго кружка* (zona pellucida), *желтка* (vitellus), *зародышеваго пузырька* и *зародышеваго пятна* (macula), расположеннаго въ ядерныхъ нитяхъ. Плодоносная кучка орошается *жидкостью Граафова пузырька* (liquor folliculi), падающей вънутри зернистаго пояса. Поэтому строма образуетъ *tunicae propria et fibrosa* (theca folliculi). *Нервы* идутъ до плодоносной кучки! (Herff).

Центрально мозговой слой яичника состоитъ изъ соединительнотканной стромы съ многочисленными сосудами и нервами, происходящими изъ внутрисвязочной соединительной ткани (рис. 47 и 48).

Въ *Alae vespertilionis* между яйцепроводами и яичниками лежатъ *придатки яичниковъ* (parovaria, Rosenmüller'овскіе органы или *epoorphoron*), остатки половой части *Вольфова тѣла*, представляющаго собой 12—15 слѣпыхъ ходовъ, выстланныхъ мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Эти ходы состоятъ изъ наружнаго круговаго и внутренняго продольно-волокнустаго пристѣночнаго слоя и содержатъ паральбуминъ (прооптонъ, свертывающійся клочьями отъ укусной кислоты).

Посрединѣ отсюда лежатъ незначительныя остатки первоначальной почки, *paroophoron* (весьма часто подающій поводъ къ образованію кистъ).

Литература къ § 16.

1) *Frommel*, Beitrag z. Histol. d. Eileiter, Verhandl. d. I Congr. d. deutsch. Ges. f. Gyn. zu München; Leipzig 1896. — 2) *Walddeyer*, Eierstock. u. Ei, Leipzig, 1870. — 3) *Tqmъ же*, Eierstock und Nebeneierstock, in Stricker's Handbuch, 25. — 4) *Lindgren*, Ueber

das Vorhandensein von wirklichen Porenkanälchen in der Zona pellucida des Säugethiereies. Arch. f. Anat. u. Phys., Anat. Abth. 1877. 4.—⁵) *Spiegelberg*, Ueber die Bildung und Bedeutung des gelben Körpers im Eierstocke, Mon. f. Gyn. 13, 1878.—⁶) *Pinner*, Ueber den Uebertritt des Eies aus dem Ovarium in die Tube beim Säugethier Arch. f. Anat. u. Physiol. 1880. Phys. Abth. — ⁷) *Pflüger*, Eierstöcke der Säugethiere u. des Menschen. Leipzig 1863.—⁸) *Peimъ*, Beiträge zur Kenntniss der Reifungserscheinungen. Arch. f. mikrosk. Anatomie B. 22, 1882.—⁹) *Баладинъ*, Klin. Vortr., Petersb. 1883. Veränd. der sexual. Beckenorg. in d. Grav. — ¹⁰) *v. Herff*, A. f. Gyn. 1892. Ovar. Nerv.

§ 17. Влагалище и наружныя половыя части и ихъ измѣненія во время беременности.

(Срв. §§ 16, 18—20.—Рис. 40, 33, 30, 31, 53—55).

Наружныя половыя части во время беременности набухаютъ и въ нихъ просвѣчиваются расширенныя вены (рис. 40). Вслѣдствіе этого появляется болѣе темное, синеватое окрашивание, продолжающееся на влагалище и сильнѣе всего выраженное на влагалищной части матки. *Слизистая оболочка рукава* рядомъ съ сильной гипертрофіей сосочковъ обнаруживаетъ увеличеніе всей слизистой оболочки, такъ что она образуетъ значительныя складки, удлиненіе и расширеніе трубки при одновременно усиленныхъ выдѣленіяхъ изъ половыхъ частей.

Влагалище простирается отъ наружнаго маточнаго зѣва до каймы дѣвственной плевы. Такъ далеко тянется, начиная съ 17 мѣсяца утробной жизни, характерный у взрослой женщины многослойный плоскій эпителий. Верхній его слой сдѣлался роговымъ, слѣдующіе высокіе слои состоятъ изъ набухшихъ, но жизнеспособныхъ мостовидныхъ клѣтокъ, а нижніе слои—изъ материнскихъ клѣтокъ съ весьма сильно окрашивающимися ядрами при переходѣ клѣтокъ изъ цилиндрическихъ въ кубовидныя. Эти эпителии расположены въ видѣ четырехугольника, такъ какъ узкіе сосочки стромы, ведущіе кровеносныя сосуды, погружаются въ нихъ. *Такое расположеніе эпителия характерно для portio vagin. и рукава.* Отдѣльныя клѣтки соединены между собой въ видѣ «кряжа» посредствомъ протоплазматическихъ нитей и содержатъ рядомъ съ ядромъ большіе вакуоли. Железы существуютъ лишь весьма рѣдко въ видѣ *gland. aberrantes, cervicales et vulvares*; за-

то обыкновенно встрѣчаются *лимфатическіе фолликулы* ¹⁾ въ соединеніи съ обильно развѣтвленной лимфатической системой.

На изобилующемъ венами гладкомъ мышечномъ слое влагалища нельзя различать отдѣльныхъ слоевъ; влагалище *не дѣйствуетъ изгоняющимъ образомъ* на плодъ, а, подобно шейкѣ и нижнему маточному сегменту, *окружаетъ* подлежащую часть плода. *Непосредственная* мышечная волокна идутъ *отъ шейки къ влагалищу* (срв. § 8, «нижній маточный сегментъ»). *Подслизистая соединительная тканьъ*, сильно пронизанная *нервами* и вѣнными сплетеніями, образуется на передней и задней стѣнкѣ по одному продольному вадику, *Columna rugarum*; передняя не лежитъ непосредственно надъ задней, а нѣсколько вправо ²⁾, вслѣдствіе соотвѣтственнаго смѣщенія лѣваго *Мюллера* протока. На этихъ продольныхъ сторонахъ кончаются поперечныя складки, содержащія избытокъ ткани, необходимый для растяженія во время родовъ. Кзади отъ мочеиспускательнаго отверстія находится возвышеніе—*promontorium vaginae*.

Гладкій мышечный слой самъ окруженъ соединительной тканью тазовой мускулатуры, а въ нижней трети *M. constrictor cippi* (§ 5, рис. 30, 31, 33). Задній-влагалищный сводъ покрытъ брюшиной *Дугласова кармана*.

Половая щель въ смыслѣ механизма родовъ дѣйствуетъ частью активно вслѣдствіе задерживанія ею подлежащей части плода, частью пассивно вслѣдствіе узкости ея частей.

Границей между внутренними и наружными частями служитъ *дѣятельная плева* (hymen), по своему происхожденію принадлежащая частью къ влагалищу (ektoderma), частью къ наружнымъ половымъ частямъ (entoderma), такъ какъ она образуется на V мѣсяцѣ изъ двухъ соотвѣтственныхъ параллельныхъ складокъ, изъ коихъ наружная огибаетъ мочеиспу-

¹⁾ Срв. «Саркома влагалища» въ моемъ гинекологич. атл.

²⁾ Относительно связи *Columnae rugar.* съ образованіемъ влагалища изъ *Мюллеровыхъ* протоковъ и т. д. срв. мою статью: «Bild. Anomal. weibl. Genit. a. d. foet. Alt. mit Berücksicht. d. Hymens.» Arch. f. Gyn. XXXVII, 2 и мой гвнec. атл. Ibid. Entwicklung des Hymens

скательное отверстие ³⁾). Обѣ ямки возлѣ мочеиспускательнаго канала первоначально окружены складками наружной пластинки, также образующими возвышенія слизистой оболочки внутри отверстия. Другія ямки представляютъ отверстия *Skene* вскихъ железъ.

Мочеиспускательный каналъ открывається впереди въ *преддверіе* (vestibulum), т. е. Sinus urogenitalis, передняя граница котораго образуетъ *похотникъ* (clitoris). Послѣдній состоитъ изъ способнаго къ напряженію *тѣла*, которое впереди и внизъ переходитъ въ *головку* (glans), покрытую *крайней плотью* (praeputium), а взади и вверхъ въ оба *суга clitoridis* (образовавшіеся тоже изъ пещеристой ткани), дивергирующія противъ восходящихъ вѣтвей сѣдалищной кости. *Похотникъ* соотвѣтствуетъ рудиментарному мужскому половому члену. Къ его основанію примыкають пещеристыя *луковницы преддверія* (bulbi vestibuli) по бокамъ дѣвственной *плены*).

Боковую и нижнюю границу *преддверія* образуютъ *малыя губы* (Nymphea) и *уздечка* или *спайка* (frenulum). Первые обладаютъ *обильной зубчатой системой кожныхъ сосочковъ*, къ поверхности которыхъ *приспосаблиется плоскій эпителий*. На *большихъ дѣтородныхъ губахъ* (labia majora) отсутствуетъ эта зубчатость. У взрослыхъ въ *большихъ и малыхъ губахъ* находятся *сальные железы* (у плода только въ labia maj.). *Строма малыхъ губъ* богата *сосудами и нервами* (многочисленныя *Meissner*'овы шупательныя тѣльца).

Изъ всѣхъ *наружныхъ половыхъ частей* (рис. 33) *выстланы цилиндрическимъ эпителиемъ* только *гроздевидныя Бартолиновы железы* (съ выводнымъ протокомъ въ 3—4 см. длины), *впадающія наружу на нижней боковой трети дѣвственной плены*. *Промежность* ⁴⁾ *кончается на уздечкѣ* и *существенно состоитъ изъ мускулатуры*, описанной въ § 5, и *незначительнаго жирового слоя* (рис. 33).

Выдѣленія изъ влагалища при *нормальныхъ условіяхъ* реагируютъ *кисло* и *содержать плоскій эпителий и бациллы*. Эти *бациллы производятъ молочную кислоту*, которая въ 1% *концентраціи какъ разъ и уничтожаетъ жизнеспособ-*

³⁾ Срв. рис. въ гинекод. атл.

ность болъзнетворныхъ зародышей (кокки). При усиленномъ отдѣленіи изъ рукава находятъ бациллы численно увеличенными вмѣстѣ съ лейкоцитами, *Leptothrix*, *Oidium albicans*, *Trichomonas vaginalis* *).

Рѣже встрѣчается чистая или первичная гоноррея влагалища. Отдѣленія бывають густогнойны или кровянистогнойны. Преимущественно вызываются гоноррейнымъ поражениемъ шейки, секретъ которой сообщаетъ влагалищнымъ выдѣлениямъ среднюю или даже щелочную реакцію. Тогда вмѣсто влагалищныхъ бациллъ тамъ размножаются болъзнетворные гроздекокки (стрептококки) (*Döderlein*).

Въ послѣродовомъ періодѣ секретъ (рис. 53—55) измѣняется въ зависимости отъ свойства и числа микроорганизмовъ.

1. *Lochia cruenta* (кровянистыя послѣродовыя очищенія): содержать множество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и децидуальные остатки до 2-го дня.

2. *Lochia serosa* (серозныя послѣродовыя очищенія): бѣднѣ красными кровяными тѣльцами, богаче лейкоцитами и кровяной сывороткой. Далѣе въ нихъ содержатся плоскій эпителий и цилиндрическія клѣтки, стафилококки, монококки, диплококки, стрептококки и бациллы, даже у нелихорадящихъ родильницъ (поэтому, вприснутыя подкожно *experimenti causa*, они вызываютъ нагноеніе или лихорадку),—но цервикальный каналъ остается свободнымъ отъ зародышей (*Döderlein*). Реакція: щелочная! Начиная съ 4-го до 7-го дня пахнутъ застоявшимся гноемъ.

3. *Lochia alba* (бѣлыя послѣродовыя очищенія): содержать слизь, гнойныя тѣльца въ изобиліи, меньше эпителия, жировыя зерна и холестеринъ, молодыя жирнопереорожденныя веретенообразныя клѣтки и вышеупомянутые микробы. Реакція: средняя или кислая! Постепенно становятся свѣтлѣе и болѣе стекловидны.

Количество послѣродовыхъ очищеній обратно пропорционально количеству отдѣленія молока.

При родильной горячкѣ ⁵⁾ стрептококки колоссально

* Срв. рис. въ гинекол. атл.

⁵⁾ Срв. рис. въ гинекол. атл.

размножаются въ влагалищныхъ выдѣленіяхъ, а также въ маткѣ! далѣе въ брюшинномъ трансудатѣ и въ крови. Встрѣчаются оба вида стрептококковъ (гноеродный и рожистый), если только предположить, что оба они не представляютъ одинъ и тотъ же видъ, какъ утверждалось недавно. Кромѣ того, стафилококки и сапрофиты (*Lochia putrida* срв. въ гинекол. атл.).

Литература къ § 17.

¹⁾ *Döderlein*, Unters. über d. Vorkommen v. Spaltpilzen in d. Lochien d. Uterus etc. Arch. f. Gyn. 31.—²⁾ *Тотъ же*, 1892, Monographie.—³⁾ *O. Schäffer*, Bild. Anomal. weibl. Genital. a. d. foet. Alt. mit besond. Berücksichtigung d. Entwickl. des Hymen, Arch. f. Gyn. 37;—далѣе въ *Winckel's* Ber. u. Stud. 1883—1890.—⁴⁾ *Dohrn*, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. XI. Hymenformen.

§ 18. Грудныя железы и ихъ измѣненія во время беременности.

(Рис. 49, 56, 57, срв. §§ 6, 7, 17, 19, 20).

Во второмъ мѣсяцѣ беременности изъ груди выдавливается сыворотка; въ пятомъ мѣсяцѣ образуются рубцы (*striae*), происходитъ окрашиваніе околососковаго кружка и образованіе вторичной *areola*; Мальпигіевы железки выдаются. Эпителий пузырьковъ въ железистыхъ новообразованіяхъ разрастается, междольчатая соединительная ткань набухаетъ и разрывается; происходитъ образованіе жира между 15—24 дольками, изъ которыхъ самыя маленькія представляютъ собой тѣ гроздевидные железистые пузырьки. Млечный ходъ каждой дольки ведетъ къ грудному соску, гдѣ всѣ вмѣстѣ образуютъ млечный *мѣшечекъ* (*sinus lactiferus*).

Эпителий железъ плоскій, многоугольный, зернистый; только слабая соединительная ткань его *tunica propria* и лежащій на ней наружу эндотелий отдѣляетъ его отъ обильныхъ лимфатическихъ путей!

Во время беременности клѣтки становятся выше, кубоидны, содержатъ болѣе ядеръ, богаче альбуминомъ; на свободной краевой части клѣтки, обращенной къ полости пузырька, образуются жировыя зернышки, которыя отпадаютъ вмѣстѣ съ клѣточнымъ краемъ (рис. 49).

Въ *молозивъ* (colostrum) находятъ альвеолярный эпителий, наполненный жировыми каплями въ видѣ *молозивныхъ тѣлецъ*, которыя встрѣчаются въ молокѣ до 5-го дня послѣ родовъ. Разрывъ ихъ обуславливаетъ взвѣшиваніе жировыхъ капель въ молочной сывороткѣ, какъ это бываетъ въ готовомъ молокѣ съ 3-го и 4-го дня послѣ родовъ (рис. 56 и 57). Тонкая такъ назыв. гаптогенная оболочка молочныхъ шариковъ есть только кажущаяся. *Молоко является простой эмульсіей жировыхъ капель*. Кромѣ того, въ немъ находятся лейкоциты и отдѣльныя блѣдныя клѣтки.

Женское молоко 1) содержитъ:

3,92 казеина.

3,66 жира.

4,36 молочнаго сахара.

0,14 солей.

0,38 альбумина.

0,13—0,33 пептона.

Кромѣ того мочевины, лецитинъ, холестеринъ, при суточномъ количествѣ въ 500—1,500 куб. см. и *удѣльн. вѣсъ* въ 1,026—1,036.

Литература къ § 18.

• • 1) *Winkler*, Beitr. z. Histolol. u. Nervenvertheilg. in der Mamma, Arch. f. Gyn. 11.—2) *Rauber*, Bemerk. über d. feineren Bau der Milchdrüsen. Schmidt's Jahrb. 182.—3) *Heidenhain-Partsch*, Ueber d. feineren Bau der Milchdrüse, Bresl. ärztl. Zeitschr. 1879, 20.—4) *Kühne*, Lehrb. d. phys. Chemie, Leipz, 1868.—5) *Schmidt-Mühlheim*, Pflüger's Arch. 30, Milchanalyse. — 6) *Radenhausen*, Ztschr. f. phys. Chemie V.

1) *Молозиво* содержитъ преимущественно альбуминъ, въ молокѣ переходящій въ казеинъ (какъ таковой свертывается при вареніи, осаждается сычужнымъ ферментомъ). Далѣе многія соли (магнезія, фосфорнокислая известь, NaCl , хлористый калий), какъ *слабительное* для *удаленія первороднаго кала* (mesonium).

Прибавленіе къ главѣ II.

§ 19. Измѣненія другихъ органовъ во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ.

(Срв. §§ 9 и 20).

Беременность.

Мочевой пузырь: оттянуть, уплощенъ, напирание мочи и позывы на мочеиспусканіе. Мочеточники и почечныя лоханки расширены, омертвѣніе почечнаго эпителія; *моча* содержитъ бѣлокъ, также сахаръ, увеличена, водяниста при норм. количествѣ мочевины. (*Почка беременных*).

Почка также гипертрофирована (§ 9).

Печень и *щитовидная железа* гипертрофированы.

Сердце: вѣроятная гипер-

Послѣродовой періодъ.

Моча: уменьшена въ 1 и 2 день (4) до minimum'a, затѣмъ увеличивается, содержитъ молочный сахаръ, ацетонъ, содержаніе азота пропорціонально выдѣленію молока (слѣдоват. 3—5 день самое большое), пептонурія (отъ распада мышечныхъ волоконъ матки, также въ послѣрод. очищеніяхъ, отсутствуетъ при операциі Рогго). Пепсинъ.

Пульсъ ¹⁾: тотчасъ post

¹⁾ Причины: измѣненіе кровян. давленіе — душевный и тѣлесный покой при горизонтальномъ положеніи и паденіи брюшнаго давленія (потому застои въ брюшныхъ венахъ, уменьшеніе крови въ сердцѣ и легкяхъ, паденіе кровяного давленія) по *Fritsch*'у, замедленіе дыханія, общее замедленіе всѣхъ функцій; частота пульса при дыханіи уменьшена (присасывающее напряженіе легкыхъ въ плевральной простраствѣ: жизненная емкость легкыхъ увеличивается на 3—5 день). Противъ приво-

трофія лѣваго желудочка (увеличенный пульсъ, различіе его при лежачемъ и стоячемъ положеніи, возможное лишь при существованіи компенсаціи).

Кровь: гидремія и лейкоцитозъ, уменьшеніе числа красныхъ кровян. тѣлецъ (соотвѣтств. гидреміи!), болѣе гемоглобина.

Легкія: смѣщены, діафрагма стоитъ высоко, грудная клѣтка расширена, въ передне-заднемъ размѣрѣ (сагиттально) менѣе широка. Жизненная емкость нормальна.

Внутренняя поверхность черепа: образованіе костныхъ пластинокъ (*Osteophyta*).

Десны: разрастаются.

Кожа: обильное выдѣленіе, кожныя пятна (*chloasmata*), расширенія венъ.

Кишечникъ: сильные запоры.

partum 40—60, мягкій. Темп. 37, 2—38, 2 С. (37,46 среднимъ числомъ по *Winckel*'ю).

Лейкоцитозъ исчезаетъ, количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ остается то же. Содерж. гемоглобина въ первые дни становится меньше. Къ концу серозн. послѣродовыхъ очищенной (7 день) число бѣлыхъ и красныхъ кров. тѣлецъ увеличивается. Много маленькихъ красн. кровян. тѣлецъ и небольшие блестящіе элементы.

Жизн. емкость легкихъ увеличивается на 3 день.

Норм. запоры до 3—4 дня (учащенные испражненія при мясной пищѣ).

данныхъ теорій (всасываніе жира изъ подвергающагося жировому процессу мышечнаго слоя матки, разстройства иннерваціи, болѣе легкая работа сердца послѣ родовъ и друг.) говоритъ замедленный пульсъ, наблюдаемый при выкидышахъ и спустя $3\frac{1}{2}$ часа послѣ родовъ, а также доказанное *Winckel*'емъ увеличеніе мочи.

Литература къ § 19.

1) *Nasse*, Das Blut der Schwangeren, Arch. f. Gyn. 10.—2) *Fritsch*, Z. Physiol. u. Pathologie des Herzens b. Schwang. Ac. Schmidt's Jahrb. 173.—3) *H. W. Freund*, Beziehungen der Schilddrüse z. d. weibl. Geschlechtsorganen, In. Diss. Strassb. 1882. — 4) *Dohrn*, Die form der Thoraxbasis b. Schwang. u. Wöchnerinnen. Mon. f. Geb. 24. 1864. — 5) *Томъ же*, Zur Kenntniss des Einflusses von Schwang. u. Wochenbett auf d. vitale Capacität der Lungen, ibid. 28.—6) *Vejas*, Mitth. üb. d. Puls u. die vitale Lungencapacität bei Schwang., Kreiss. und Wöchner. v. Vollkman's Sammlg. kl. Vortr. 269.—7) *v. Winkel*, Studien üb. den Stoffwechsel bei der Geburt etc. Rostock 1865.—8) *Kehrer*, Zur Physiologie u. Pathologie der Schwangerschaft, Beitr. z. klin. u. exp. Geburtsh. u. Gynäk. 3. 1884.—9) *Gassner*, Ueb. d. Veränd. des Körpergewichtes b. Schwang., Gebär. und Wöchner., Mon. f. Geb. 19, 1862.—10) *v. Winkel*, Unters. über d. Temp. b. normalen Geburten u. Veränd. d. Resp. b. d. Geburt in «Klin. Beobacht. z. Path. d. Geburt» Rostock 1869.—11) *Löhlein*, Puls im Wochenbett. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. I.—12) *Kleinwächter*, Harn d. Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. IX.—13) *Fritsch*, Puls i. Wochenbett, Arch. f. Gyn. VII.—14) *Kaltenbach*, Harn i. Wochenbett, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. IV.

§ 20. Распознавательные физиологическіе признаки у роженицы и новорожденного (хронологически).

(Срв. §§ 16—19).

1-й день, 2-я половина: пентонурія. Опредѣляемое нѣмѣреніемъ уменьшеніе матки въ длину. Пульсъ только 40—60. Lochia cruenta.—*Діета* 1):

2 чашки молока, 2 тарелки овсянки или супа съ манной или перловой крупой попеременно, 1 тарелка бульона, 1 яйцо въ смятку, 3—4 сахара на 5 приемовъ пищи. Ночью вода или молоко.

2-й день: образованіе демаркаціонной линіи на пуповинѣ ребенка, послѣдняя скоро начинаетъ отдѣлять влагу. *Діета* та же. Постоянное положеніе матери на спину до 4 или 5 дня. Ежедневно выпускать по крайней мѣрѣ 2 раза мочу (!) и каждый разъ обмывать наружныя половыя части 1% лизолемъ или 0,2% судоной, вытирая обмытыя мѣста ватой.

3-й день: груди болѣе всего напряжены. Начинаются

1) При *лихорадкѣ*: только жидкая пища, но крѣжкіе супы съ яйцомъ (бульонъ, винные супы)—коньякъ съ яйцомъ, вино, молоко. При *разрывахъ промежности* только жидкая діета.

lochia serosa. Жизненная емкость легких увеличивается. Температура 37,2 до 38,2°. *Диета* та же.

4-й день: молозиво превращается въ болѣе жидкое молоко, очень обильное выдѣленіе его, уменьшеніе послѣрод. очищеній. Наибольшее содержаніе азота въ мочѣ. Остатокъ пуповины отваливается (иногда лишь на 6-й день). До 4-го дня ребенокъ убываетъ въ вѣсѣ; до тѣхъ поръ выдѣленіе первороднаго кала (*богатое солями* молозиво дѣйствуетъ послабляющимъ образомъ), послѣ этого желтыя, какъ шафранъ, испражнения. Темп. 37,7 до 36,8° (болѣе всего поднимается послѣ сосанія, слѣдовательно, большею частью въ обѣденное время). Физиологическая желтуха.—*Диета* съ 4-го до 6-го дня:

3 чашки молока съ прибавленіемъ кофе или чая, 3 тарелки бульона, 1 яйцо, $\frac{1}{4}$ фунта тонко наръзаннаго бѣлаго мяса, 3 раза сухари или булки, 2 стакана вина, 1 разъ легко перевариваемый компотъ (изъ яблокъ), раздѣленный на 5 приемовъ; ночью сахарная вода, молоко или слизистый супъ.

8-й день: начинаются *lochia alba*. Явственно прощупывается мѣсто бывшаго прикрѣпленія плаценты. Ребенокъ вѣситъ столько же, какъ при родахъ (конецъ 1-го года=10 килограмм.).

9-й день: дно матки позади лоннаго соединенія отклонено или загнуто впередъ, наружный маточный зѣвъ болѣе закрытъ, слабое образованіе влагалищной части! *Съ этого дня* родильница, смотря по ея состоянію, можетъ *впервые встать*, но не сразу. Съ 7-го до 12-го дня слѣдующая *диета*:

2 чашки кофе, чаю или какао съ молокомъ, 3 раза печенье, 2 раза скобленое сырое мясо, сырая ветчина или бифштексъ, $\frac{1}{4}$ ф. жаренаго бѣлаго мяса, 1 разъ легко переваримые овощи (или рисъ, манная каша), компотъ, 2 стакава вина, 1 тарелка бульона, 1 разъ слизистый супъ (или рисъ, манная крупа, мансъ) на 5 приемовъ. Ночью: молоко.

4-я—6-я недѣля: обратное развитіе половыхъ частей (*Involutio*) закончено. До сихъ поръ мѣсто бывшаго прикрѣпленія плаценты узнается по сильной выпуклости въ маткѣ.

6-я—8-я недѣля: появленіе вновь регуль.

Литература къ § 20.

1) *Winckel*, Path. u. Ther. des Wochenbetes. Berlin 1878. III Aufl. (Русское изданіе въ переводѣ М. И. Горвица. С-Петербургъ. 1882 г.).—2) *Fritsch*, Grundz. d. Path. u. Ther. d. Woch. 1884.—

3) *Kehrer*, Physiologie des Wochenbetes i. Müller's Handbuch.—

- 4) *Müller*, Phys. u. pathol. Involut. des puerp. Uterus, Festschr. f. A. v. Kölliker, Leipzig 1887.—5) *Runge*, Krankheiten der ersten Lebensstage (въ русскомъ переводѣ).—6) *Zweifel*, Verdauungsapparat d. Neugeb., Berlin 1874.—7) *Dohrn*, Mon. f. Geburtsk. 29.—8) *Martin u. Ruge*, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. I, 1875.—9) *Hofmeier*, Virch. Arch. 89.—10) *Schütz*, Gewicht u. Temp. b. Neugeb. Dtsche med. Woch. 1880. 43—46.—11) *Kehrer*, Arch. f. Gyn. I. Gewicht u. Ernährg des Neugebor.—12) *Ahlfeld*, Ernährg des Säuglings a. d. Mutterbrust. Leipzig 1878.—13) *Hofmeier*, Virch. Arch. 89. Gew. u. Ernährg des Neugebor.—14) *Küstner*, An welchem Tage soll d. Wöchn. das Bett verlassen? Berl. klin. Wochenschr. 1878. № 23 u. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 11.—15) *Kehrer*, Entstehg. u. Prophyl. der wunden. Brustwarzen. Beiträge II.—16) *Biedert*, Kinderernährg in Säuglings-alter. Stuttgart 1880.
-

ОТДѢЛЪ II.

Неправильные тазы и ихъ вліяніе на беременность и роды.

§ 21. Общія замѣчанія относительно распознаванія и леченія неправильныхъ тазовъ.

(Рис. 69—71).

Касательно *распознаванія* см. § 1, 5; въ особенности слѣдуетъ помнить важное значеніе *общаго состоянія костей скелета* ¹⁾ и тщательнаго *ощупыванія тазового пространства*. Снаружи и внутри *асимметріи* констатируются *зрніемъ* и *пальпацией*. Въ *рахитическихъ тазaxъ* разстояніе *остей* (Dist. spinarum) равно или больше, чѣмъ разстояніе *ребешковъ* (Dist. cristarum); въ *кососъуженныхъ тазaxъ* часто одно подвздошное крыло стоитъ выше другого. Внутри опредѣляются форма и длина *безъимянной линіи*, положеніе *мяса* и его отношеніе къ *плоскости тазового входа*, состояніе *лоннаго хряща* (срв. § 31, № 12) и *наклоненіе лонной дуги* (въ *рахитическихъ тазaxъ* болѣе вертикальное), далѣе не смѣщены-ли *мысъ* и *лонная дуга* сагитально, не другъ противъ друга (*косой тазъ*). Начинаютъ *ощупываніемъ сѣдалищныхъ бугровъ* и *остей*, а также *ширины лонной дуги* (первыя укорочены въ *воронкообразныхъ тазaxъ*, послѣдняя увеличена въ *рахитическихъ тазaxъ*), далѣе не существуетъ-ли *вывихъ копчиковой кости* каереди. На ука-

¹⁾ Глубоко сидящій кифозъ заставляеть подозрѣвать воронкообразный тазъ, сколіозъ и хромота—косой тазъ; характерныя *рахитическія искривленія* и *утолщенія суставовъ*, отвислый животъ — прежде всего *плоскій тазъ*.

занныхъ въ § 31 *излюбленныхъ мѣстахъ* слѣдуетъ обратить вниманіе на *костные отростки* (exostoses)! Важны *анамнестическія* данныя относительно *предшествовавшихъ родовъ*.

Измѣреніе таза обнаруживаетъ общее уменьшеніе (объема таза!) или укороченіе *отдѣльныхъ* размѣровъ, въ особенности истинной конъюгаты—или одного косога размѣра—или поперечныхъ размѣровъ—или размѣровъ тазового выхода.

Если *укороченіе истинной конъюгаты* вызвано *рахиломъ*, то отъ *Conjug. diagonal.* (вслѣдствіе наиболѣе вертикальнаго положенія лонной дуги) нужно *вычитать больше*, т. е. вмѣсто 1,5 см. 2—2,5 см. (срв. § 1 въ концѣ, тамъ же отношеніе къ *Conj. ext. Beauclerqui.* въ *плоскоракит. таз.* и вліяніе положенія роженицы на измѣряемую длину!) Касательно значенія наружныхъ измѣреній и отношенія ихъ къ таковымъ тазового входа, въ частности для суженныхъ тазовъ срв. § 1.

Какъ много можно ожидать отъ *растяженія тазовыхъ суставовъ* и *сжимаемости дѣтскаго черепа* во время родовъ объяснено въ § 5, прибавл. «черепъ плода». «Узкими тазами» въ акушерскомъ смыслѣ слѣдуетъ считать таковыя, которые не только представляютъ собой препятствіе для *родовъ*, но и вызываютъ *неправильныя положенія плода*. *Litzmann* прочно установилъ для нихъ границу въ 9,7—10 см. *Conjug. vera.*

Встрѣчающіяся во время беременности *неправильныя положенія и формы матки*, а равно *плода*, оказываютъ неблагоприятное вліяніе также и на *вступленіе ребенка въ малый тазъ*. *Продолжительность родовъ* увеличена на половину; головка въ 56% всѣхъ случаевъ вступаетъ въ малый тазъ лишь послѣ полнаго открытія зѣва. Слѣдствіемъ этого часто бываетъ преждевременный разрывъ пузыря (т. е. до *полнаго раскрытія зѣва*). При *плоскихъ тазахъ* впереди головки скопляется много переднихъ водъ.

Потуги вначалѣ не бываютъ слабы, но онѣ становятся таковыми вторично, вслѣдствіе продолжительнаго высокаго стоянія головки или наступающаго затѣмъ ущемленія шейки, послѣ преждевременнаго отхожденія водъ (тогда головка не въ состояніи постепенно растягивать маточный зѣвъ, отчего легко и образуются отеки, прижатія, подрывы шейки и т. д.)

благодаря ненормальнымъ положеніямъ плода и его частей и проч., по причинѣ вредшествовавшихъ рубцовъ въ влагаліщномъ сводѣ. «Нижній маточный сегментъ» сильно растягивается, а потому очень легко происходятъ *разрывы и прободенія* (срв. § 42).

Газовые суставы также могутъ *разрывать*ся, рѣдко благодаря неспособности сжатой головки приспособляться къ тазу, а большею частью вслѣдствіе слишкомъ ранняго поднятія рукоятокъ шипцовъ, особенно *въ соединеніи съ усиленными боковыми рычагообразными движеніями*. Располагающими моментами служатъ первичныя воспаленія и нагноенія, остеомаляція, костоѣда, опухоли—а въ *воронкообразныхъ* тавахъ сильный *напоръ*, производимый нисходящими вѣтвями лобковой кости на лонную дугу при прорѣзываніи головки. *Диагнозъ* ставится на основаніи чувствуемаго треска, постоянной боли и ненормальной подвижности состава. *Леченіе* помощью тазового пояса, т. е. двухъ связанныхъ между собою полотенецъ, наложенныхъ отъ крестцовой области, надъ гребешками и остями къ лонной дугѣ (*Ahlfeld*). Искусственное расщепленіе лоннаго соединенія, *симфизеотомія*, въ послѣднее время опять стала примѣняться для ограниченія перфораций, отчасти съ успѣхомъ, но пока клиницисты и опытные операторы должны еще выяснитъ ея дальнѣйшее казуистическое значеніе.

Неблагопріятное *вліяніе* узкаго таза на плодъ выражается въ *задержкѣ плацентарнаго кровообращенія* и *дыханія*, вызванной *частыми и сильными маточными сокращеніями*, а иногда и *столбнякомъ матки*; слѣдствіемъ *продолжительной неподвижности* головки, въ особенности послѣ отхожденія водъ, являются: *отеки, прижатія, омертвѣнія, вдавленія, трещины, переломы* на черепѣ. Кости сильно смѣщены (срв. рис. 69—71 и § 5, § 23). Образуются *кровоаня опухоли* (*cephalohaematomata*) или происходятъ *субдуральныя кровоизліянія*. Переломы могутъ встрѣчаться на *основаніи черепа* или на *шейной части позвоночнаго столба*. Опредѣленіе *величины ребенка* и его головки во время беременности (срв. § 5 и 6), причемъ слѣдуетъ обратить вниманіе на то, имѣемъ-ли мы дѣло съ *перво-или многородящей*, отчасти вслѣдствіе возможнаго *сопротивле-*

нія со стороны *мягких частей матери*, отчасти вследствие нормального *увеличения объема головки* у многорожавшихъ. Въ такихъ случаяхъ для *діагностики и терапіи* важно производить умѣренное втѣсненіе головки въ тазовой входъ до родовъ (если возможно съ 28—30 недѣли) еженедѣльно 1 разъ, въ продолженіе 1—1^{1/2} минутъ.

Что касается *лечения*, то слѣдуетъ имѣть въ виду, что 1) по *Winckel'ю* $\frac{7}{10}$ всѣхъ родовъ съ узкими тазами оканчиваются *безъ оперативнаго вмѣшательства*, и 2) необходимо соблюдать *строжайшую антисептику* начиная съ перваго изслѣдованія, и даже тогда, когда акушеръ убѣжденъ, что роды окончатся самопроизвольно; всегда образующіяся трещины и царапины слишкомъ легко превращаются въ язвенную поверхность съ грязнымъ сѣро-зеленоватымъ налетомъ септического свойства. *Выжидательное лечение* должно состоять въ точномъ наблюденіи за *поступательнымъ движеніемъ головки* (величина головной опухоли) и за *выработываніемъ поту* (запрещается напрягать брюшной прессъ въ I родовомъ періодѣ до тѣхъ поръ, пока головка не прошла черезъ тазовой входъ; примѣняются горячіе компрессы, горчишники, морфій, хлораль-гидратъ, хлороформъ). *Роженіицу* дается положеніе на боку, а именно на томъ, по направленію къ которому была отклонена лежащая часть; а при *лицевыхъ и лобныхъ* положеніяхъ—на боку, соответствующемъ той сторонѣ, гдѣ находятся лицо и лобъ. *Вышеописанный наружный способъ втѣсненія* головки дополняетъ діагнозъ и терапію. Касательно *наложенія щипцовъ* срв. § 61! *Показанія къ операціямъ со стороны таза* приведены въ § 22 (подъ таблицей).

Если *головка* стоитъ *высоко и подвижно*, или если не удалось исправленіе *лицевого положенія* съ подбородкомъ кзади, то производится *поворотъ* при живомъ плодѣ и суженіи таза съ *Conj. vera* до 8 (7 или 6^{3/4}) стм. При тѣхъ же условіяхъ съ *низкой и неподвижной головкой* накладываются *щипцы*, въ другихъ случаяхъ при *Conj. vera* до 6,5 (или 5,5 стм. § 22) дѣлается *прободеніе* головки; при меньшей *Conj. vera* *безусловное* показаніе къ *кесарскому стеченію*.

Литература къ § 21 (срв. Лѣт. къ § 1, 2, 4, 5).

- 1) *Balandin*, Kl. Vortr. aus d. Gebiete d. Geb. u. Gyn. St.-Petersburg 1883.—2) *Korsch*, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. VI оба о подвижности тазовыхъ суставовъ.—3) *Michaelis*.—4) *Litzmann* etc срв. Лѣт. къ § 1, 2, 4, 5.—5) *v. Winckel*, Zerreis. v. V. B. Gelenk. Path. d. Woch. 1878 p. 473.—6) *v. Winckel*, Klin. Beobacht. z. Dystokie b. Beckenenge. Leipz. 1882.—7) *Spiegelberg*, A. f. Gyn. VI.—8) *Dohrn*, A. f. Gyn. VI, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 14.—9) *Litzmann*, A. f. Gyn. II.—10) *Veit*, Z. f. Geb. u. Gyn. IV.—11) *Breisky*, Prag. Viertelj. 104, 1869. Послѣднія 5 относительно теченія родовъ при узкихъ тазахъ.—12) *Haselberg*, Berl. Beitr. z. Gen. II (послѣдоват. головка при узк. таз.).—13) *Hofmeier*, z. f. Gebh. u. Gyn. VI.—14) *Wyder*, A. f. Gyn. 32; оба о теченія родовъ при узкихъ тазахъ).—15) *v. Braun* u. *Herzfeld*, der Kaiserschnitt u. seine Stellung z. künstl. Frühgeburt etc. bei eng. Becken.—16) *Gradow*, Z. f. Geb. u. Gyn. 17. Geburtsverlauf.—17) *Cohnstein*, A. f. Gyn. VII.—18) *Winter*, Z. f. Geb. u. Gyn. 13; оба о поворотахъ при узкихъ тазахъ.—19) *Dührssen*, Ther. d. eng. Beckens.—20) *Nagel*, A. f. Gyn. 34. Ther. d. eng. Beckens.—21) *Ahlfeld*, Schmidt's Jahrb. 169, 1876 (Literat.).—22) *Schauta*, Allgem. Wien. M. Ztg. 1882, 28.—23) *Dührssen*, A. f. Gyn. 35; оба о разрывѣ тазовыхъ суставовъ.—24) *Schatz*, Kraft z. Zerreis. v. B. Gelenk. A. f. Gyn. III.—25) *Fasbender*, Mutt. u. Kindeskörper, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. III.—26) *Grünbaum*, Mutt. u. kindl. Kopf. Diss. Berl. 1879.—27) *Kehrer*, Schädelimpv. O. H. Ges. f. Natur- u. Heilkunde. XIV.—28) *P. Muller*, A. f. Gyn. 16 и 27.

Обозначение тазовъ.	Этіологія.	Главные свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
---------------------	------------	-------------------	-----------------------------

§ 22. Обще-суженные тазы.

(Рис. 2 и Акуш. атл. I, рис. 16—18).

I. Обще-равнобѣрно-суженный.

а) уменьшенный преимуществ. у хорошо сложенных женщинъ (рис. 2).

б) просто суженный съ развитыми, какъ у мужчинъ, костями

в) тазъ карлицъ (pelv. pana).

Задержка развитія, безъ рашита.

По формѣ и симметріи соответствуетъ норм. тазу; на нѣкоторыхъ наблюдается задержка развитія, происшедшая въ дѣтскомъ возрастѣ.

Норм. развитыя кости; преимущ. простое уменьшеніе правильныхъ тазовъ.

Дѣтское развитіе выражается: высокимъ стояніемъ мало-выдающагося мыса, болѣе вертикальной крестцовой костью, меньшимъ наклоненіемъ лонной дуги. Напротивъ поперечная растянутасть норм. Большее разстояніе заднихъ верхн. остей.

Также чрезвычайно сильное строеніе костей.

Нижнее строеніе костей, норм. разбѣры, сильное поперечное искривленіе крестца. *Дѣтское развитіе* выражается: *хрящевымъ соединеніемъ крестцовыхъ и тазобедренныхъ частей.* Незначительная ширина крестцов. крыльевъ въ сравненіи съ тѣломъ позвонка. Тазовой выходъ суженъ. Мысь мало выдается. Норм. поперечная растянутасть.

Беременность: смѣщеніе матки наблюдается рѣдко, такъ какъ нижняя часть въ концѣ беременности можетъ уже опуститься въ малый тазъ; поэтому *большою частью — черепная положенія.*

Роды: вслѣдствіе болѣе сильнаго, со всѣхъ сторонъ равнобѣрнаго сопротивленія въ тазовомъ входѣ подбородокъ приближенъ къ груди, слѣдоват. сильно выраженное *Röderer*'овское *отклоненіе*, часто соединенное съ *Solayres*'овскимъ отклоненіемъ, т. е. вступленіе предлежащей части въ косомъ діаметрѣ (Акуш. атл. I, рис. 16 и 18). Плоскость черепа (32 стм.), соответствующая малому косому разбѣру ($9\frac{1}{2}$ стм.) дѣтской головы съ *легко прощупываемымъ, предлежащимъ малымъ родничкомъ* подвигается *впередъ.*

Переднетемянная позиция (съ лобно-затылочной окружностью въ 34 стм. и прямымъ разм. въ 12 стм.) встрѣ-

Обозначение тазовъ.	Этіологія.	Главные свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
<p>г) обще-равно-мѣрно-суженный, рахитическій.</p>	<p>Рахить. Диагнозъ: <i>Conj. vera</i>: колеблется между $9\frac{1}{2}$—$10\frac{1}{2}$ стм., никогда ниже 8 стм. при уменьшеніи таза.</p>	<p>Всѣ размѣры укорочены, болѣе всего разстояніе остей (рис. 2). Отличается отъ суженнаго таза угловатыми некрасивыми формами (срв. рис. 2), выдающимся гребешкомъ лобковой кости, рахитическимъ искривленіемъ и положеніемъ крестцовой кости (срв. рахитическій тазъ), увеличивающимся расширеніемъ въ тазовомъ выходѣ. Встрѣчается совсѣмъ не чрезвычайно рѣдко, какъ обыкновенно указывается. Отношеніе остей къ гребешкамъ нормально! Мысь не выдается, однако <i>Conj. vera</i> укорочена; разстояніе заднихъ остей больше, чѣмъ въ не-рахитическомъ тазѣ. Объемъ таза на 7 стм. меньше. Укороченіе всѣхъ размѣровъ на 2 стм. существенно не вызываетъ большихъ родовыхъ препятствій, чѣмъ въ обыкновенныхъ случаяхъ.</p>	<p>чается рѣдко и является неблагоприятной при сжѣщеніи матки врано (<i>роженица не должна лежать на правомъ боку</i>).</p> <p>При рѣдко встрѣчающихся положеніяхъ тазовымъ концомъ головка прорѣзывается въ аналогично-согнутсмъ положеніи.</p> <p>Легко происходитъ <i>вколачиваніе</i> головки (<i>paragomphosis</i>); вслѣдствіе этого преждевременное прекращеніе потугъ и иногда разрывы, чаще же <i>омертвѣніе тканей</i> отъ давленія и тренія или <i>поврежденія</i> (<i>psugae</i>). Очень часто <i>эклампсія</i> (давленіе мочеточниковъ) — значительная головная опухоль.</p>
<p>Терапія: При <i>Conj. vera</i> между 8—9 стм. <i>искусств. преждеврем. роды</i> ¹⁾ на 35 — 36 недѣль или <i>сильное втъсненіе головки въ тазовой входъ</i> въ продолженіе $1\frac{1}{2}$ мин. каждые 8 дней, съ того времени, когда ребенокъ становится жизнеспособнымъ (о <i>сжимаемости черепа</i> и <i>величинѣ</i></p>			

¹⁾ Таблица для производства преждевремен. родовъ: при *Conj. vera* въ 8 стм. на 35 недѣль, въ $7\frac{1}{2}$ —8 стм. на 31 — 34 нед., въ $7\frac{1}{2}$ стм. раньше, чѣмъ на 30 нед. То же самое для *плоскихъ тазовъ*. При *Conj. vera* въ 6 м. обходится показывается искусственный *выкидышь*.

ею (срв. § 5 в прибавление);—въ другихъ случаяхъ *щипцы* ¹⁾, если *Conj. v.* болше 9 стм.: выжиданіе, положеніе на боку роженицы, соотвѣтственно той сторонѣ, на которой лежить затылокъ. Поворотъ на ягодицы рекомендуется только въ исключительныхъ случаяхъ.

Литература къ § 22 (срв. къ § 21, рахитическій тазъ подъ § 23). 1) *Löhlein*, Z. f. Geb. u. Gyn. I, 1875. 2) *Müller*, A. f. Gyn. 16. 3) *Naegele*, das weibl. Becken, Carlsruhe 1825 и прибавк. къ ст. «das schräg verengte Becken», Mainz, 1839. 4) *Litzmann*, срв. § 2 и 4. 5) *Hecker*, Z. f. Geb. u. Gyn. 7. 6) *Schliephake*, path. foet. Beck.—A. f. Gyn. 20. 7) *J. Veit*, Z. f. Geb. u. Gyn. 9.

§ 23. Плоскіе тазы (или суженные въ прямомъ размѣрѣ).

(Рис. 85, 89, 101, 78, 6, 11, 60, 61, 63, 69—71, 67, 92—9). (Акуш. атл. I, 16).

2. Плоскій, нерахитическій.

а) простой, плоскій, нерахитическ.

(Неправильно названный Deventer-гоувскимъ тазомъ).

Задержка развитія, самая частая форма неправильныхъ тазовъ; обуславливается, вѣроятно, ненормальнымъ ростомъ (рѣже преждевременнымъ или сильнымъ давленіемъ туловища).

Укороченіе истинной конъюгаты тазового входа, въ слабой степени и прямыхъ размѣровъ таза, т. е. крестецъ цѣликомъ отодвинуть впереди безъ поворота вокругъ своей поперечной оси (какъ при рахитическихъ тазакъ) и укороченъ во всѣхъ размѣрахъ. Благодаря этому, заднія верхнія ости выдаются взади и приближены другъ къ другу (обратно при обще-суженныхъ тазакъ).

Беременность: Чаше, чѣмъ при обще-суженномъ тазѣ, встрѣчаются: отвислый животъ, измѣненія формы матки (срв. § 33—35; рис. 101, 85—88), неправильныя положенія плода и его частей.

Роды: Такъ какъ тазъ суженъ въ прямомъ размѣрѣ, въ поперечномъ же достаточно широкъ, то *стрѣловидный шовъ* вступаетъ по *поперечнымъ* размѣрамъ таза, причемъ головка во время

¹⁾ Таблица показаній къ щипцамъ и къ прободенію (срв. § 21): Суженіе таза I степени, *Conj. vera* 8¹/₂—10 стм., II степени—7—8¹/₂ стм., III степени 5¹/₂—7 стм. При 7 стм. возможно еще наложеніе щипцовъ при благоприятныхъ условіяхъ; обыкновенная граница 8 стм. Ниже 6,5 стм. при обще-суженныхъ и ниже 5,5 стм. яри плоскихъ тазакъ *извлеченіе плода по частямъ невозможно*. При плоскихъ тазакъ съ *Conj. v.* ниже 8 стм. наблюдалось даже самопроизвольное окончаніе срочныхъ родовъ. Всѣ эти показанія ставятся не только въ зависимости отъ величины *Conj. vera*, но и отъ потужной дѣятельности, отъ степени подготовленія родовыхъ путей и отъ другихъ сопутствующихъ моментовъ.

Обозначение тазовъ.	Этиология.	Главные свойства.	Изменение механизма родовъ.
	<p>Диагнозъ:</p> <p><i>Conj. vera:</i> ¹⁾ 8—10 см., большею частью выше 9 см.</p>	<p>Крестцовая кость <i>мало</i> наклонена! Часто <i>двойной</i> мысь. Отношение остей къ гребешкамъ нормально, слѣд. <i>не</i> рахитич. Расстоянія заднихъ верхнихъ остей укорочены. Поперечн. расстояніе мало, <i>Conj. ext.</i> и <i>diag.</i> значительно укорочены. Точные результаты можно получить посредствомъ способа <i>Skutsch'a</i> (рис. 6 и 11).</p>	<p>своего <i>продолжительнаго</i> вступленія <i>смѣщается</i> двойнымъ путемъ; а) намысь, съ задней темянной костью на верхъ, вслѣдствіе чего <i>стрѣловидный шовъ</i> приближается къ мысу (<i>Nägele'</i>вское отклоненіе срв. Акуш. атл. I, рис. 16); б) <i>малый височный</i> и поперечный размѣръ (8 см.) вступаетъ въ <i>Conj. vera</i>, т. е. <i>рядомъ</i> съ <i>Nägele'</i>вскимъ отклоненіемъ или <i>передне-темяннымъ</i> вставленіемъ образуется <i>передне-темянная</i> позиция: <i>Большой родничекъ</i> предложить при изслѣдованіи. Въ этомъ поперечномъ положеніи головка спускается къ тазовому выходу. При <i>пояснично-крестцовомъ лордозѣ</i> ²⁾ съ сильнымъ укороченіемъ <i>Conj. vera</i> головка (какъ при обще-служенныхъ тазахъ) вступаетъ въ сильномъ <i>сгибаніи</i>, но <i>кнаружу отъ серединной линіи</i> (рис. 78), фиксированная въ одной половинѣ тазового входа.</p>
		<p>Терапія. При <i>Conj. vera</i> въ 8—8¹/₂ см. <i>искусственные преждевременные роды</i> на 34—36 недѣль, а при <i>срочныхъ родахъ поворотъ</i>; щипцы лишь при <i>постъ</i> прохожденія ею тазового входа и остановки потужной дѣятельности. У <i>I-родящихъ</i> вслѣдствіе небольшой величины головки и сильныхъ схватокъ, а также благодаря примѣненію брюшного прессы рекомендуется <i>выжиданіе</i>, а затѣмъ наложеніе щипцовъ; у <i>многород.</i>—поворотъ. Рѣдко встрѣчающаяся</p>	

¹⁾ При опредѣленіи *Conj. vera* изъ *Conj. diag.* при плоскихъ тазахъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что лонная дуга здѣсь значительно менѣе наклонена, вслѣдствіе чего *Conj. diag.* относительно больше; вмѣсто 1,5 см. нужно изъ нея вычитать 1,8, даже до (при рахитич. тазѣ) 3 см., чтобы получить *Conj. vera*.

²⁾ Въ особенности при сильно сколіотико-рахитич. тазахъ.

заднемаянная позиция исправляется во время вступленія головки, въ другихъ случаяхъ производится поворотъ, а не накладываются щипцы; боковое положеніе роженницы на сторону предлежащаго лба.

Разрывы матки происходятъ чаще, чѣмъ при общеслужен. тазахъ.

Цѣлесообразенъ указанный подъ I въ «обще-служен. тазахъ» способъ вдавливанія *головки* въ тазовый входъ въ *последній періодъ беременности*.

б) *обще- и плоско-суженный, нерахитическій (обще-неравнобѣрно-суженный, нерахитич.)*.

Задержка развитія.

Укороченіе всѣхъ размѣровъ, преимущ. прямыхъ тазового входа, что обусловлено рудиментарными частями подвздошной кости, а не выступаніемъ впередъ крестца. Втрѣчается не такъ рѣдко, какъ обыкновенно указывается. Мышь стоитъ высоко и къзади (повтому отъ *Conj. diag.* для опредѣленія *Conj. vera* слѣдуетъ вычесть 2—25 стм.).

3. Плоско-рахитическій.

а) *простой плоскій рахитическій.*

(Рис. 61, 63, 69—71).

Развитіе. При норм. разрастаніи хряща и надкостницы происходятъ недостаточное отложеніе известковых солей или слишкомъ сильное всасываніе ихъ. *Дѣйствіе двоякое:*

Отношеніе остей къ гребешкамъ *равно* или *первая* даже *больше*, потому что крылья лежатъ плоско къзади. Такое расположеніе въ то же время является выраженіемъ *уплощенія* и большей безусловной или по крайней мѣрѣ относительной *поперечной растянутости*. *Крестцовая кость* вслѣдствіе лордоза поясничныхъ позвонковъ сильно вдвинута въ тазъ, а именно болѣе всего тѣ-

При положеніяхъ *тазовымъ концомъ* бываетъ наиболее благоприятно, если прежде вступаетъ *подбородокъ* (слѣдовательно, наименьшей косою окружностью (реірh. suboccip. bregmat.)=32 стм.), въ противномъ случаѣ подбородокъ легко задѣваетъ горизонтальную вѣтвь лобковой кости.

Срв. соответственную *рахитическую* форму.

Беременность: особенно часты смѣщенія матки: *anteversio* и *anteflexio* съ *отвислымъ животомъ* (срв. § 33 и рис. 92—94, 100), или *retroversio* и *retroflexio*, которыя могутъ повести къ самымъ опаснымъ ущемленіямъ подъ мышсомъ (срв. § 34 и рис. 85—88). Эвлямпсія, напротивъ, наблюдается рѣдко, вѣроятнo, потому что мочеточники, защищенные отъ давленія, лежатъ въ углубленіи

Обозначение тавовъ.	Этіологія.	Главные свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
	<p>1) <i>Посредствомъ давленія и оттягиванія.</i></p> <p>2) <i>Посредствомъ задержки развитія</i> недостаточности унитанныхъ костей въ дѣтскомъ возрастѣ.</p> <p>Иногда существуетъ <i>наследственное расположеніе. Давленіе и оттягиваніе</i> дѣйствуютъ, какъ указано въ § 2, но въ слѣдствіе <i>мягкости</i> костей, чрезмерно.</p>	<p>ломъ позвонковъ, что обуславливается чрезмернымъ дѣйствіемъ тяжести туловища въ дѣтствѣ, когда <i>рахитическая мягкость</i> костей существовала въ острой формѣ <i>Заднія верхнія ости</i> поэтому выдаются кзади; разстояніе между ними <i>уменьшено. Крестцовая кость</i> во всѣхъ своихъ соединеніяхъ съ подвздошными крыльями (слѣд. до III позвонка) <i>приподнята</i> по направленію кзади, осталая крестцово-кончикова часть висеть по направленію книзу (срв. рис. 70). Крестцовая кость, какъ и большинство костей, <i>уменьшена. Натягиваніе</i> связокъ и мышцъ обуславливаетъ болѣе значительную <i>поперечную</i> растянутасть тазового выхода; <i>лонная дуга</i> образуетъ уголъ больше, чѣмъ 100°. <i>Лонное сочлененіе</i> стоитъ круто (слѣдов. удлинняетъ Conj. diag.) и, подобно всѣмъ стѣнкамъ малаго таза, низко. Практически важно, что всѣ синостозы, межрящевыя отложенія, синартрозы и проч. образуютъ <i>острые костные отростки</i>, легко причиняющіе разрывы мягкихъ частей (срв. остистый тазъ § 31 и рис. 89).</p>	<p>около выпуклаго тѣла крестцовыхъ позвонковъ. Зато <i>во время родовъ</i> является большее предрасположеніе къ <i>выпаденію мелкихъ частей или пуговки</i> (5 разъ чаще), въ особенности потому, что (при <i>долгомъ прохожденіи головки</i> черезъ тазовой входъ или при <i>не нормальныхъ положеніяхъ</i>) образуется слѣшкомъ много <i>переднихъ водъ</i> и происходитъ <i>преждевременный разрывъ пузыря</i>, т. е. <i>передъ</i> (въ 56% лишь <i>послѣ</i> полнаго открытія маточнаго зѣва) <i>вступленіемъ</i> головки въ тазовой входъ. Это вступленіе совершается такимъ же образомъ, какъ при <i>онивавныхъ</i> уже <i>нерахитическихъ</i> тазахъ (срв. предшеств. форму таза 2 а, рис. 69 и Акуш. атл. I. рис. 16). Напряженія потугъ <i>большую часть</i> гораздо значительнѣе; <i>разрывы</i> мягкихъ частей и тазовыхъ суставовъ, въ особенности о костные отростки <i>встрѣчаются</i> чаще (срв. § 31 и рис. 89), также <i>омертвѣнія</i> и <i>образованіе свищей</i> (срв. мой гниек. атл.). <i>Черепные положенія</i> наблюдаются на 100% рѣже. Продолжительность родовъ на 50% рѣже.</p>

Діагнозъ:

Conj. vera чаще всего больше 8 см. (срв. табл. и примч. къ 1 общесъуженному тазу).

Общій рахитическій видъ. Уплощенные крылья таза лежатъ взади. Разстояніе передн. верхн. остей равно или больше, чѣмъ разстояніе гребешковъ. Мысь легко прощупывается пальцемъ. *Conj. ext.* и *diag.* укорочены, но чтобы получить *Conj. vera*, надо вычестъ 1,8—3,0 см. Выпячиваніе мыса. Кромѣ того, разстояніе заднихъ верхнихъ остей опредѣляется по ихъ сильной выпуклости и уменьшенію.

Терапія: та же, какъ и при нерахитич. плоскихъ тазахъ; не слѣдуетъ забывать, что *Conj. diag.*, вслѣдствіе крутого положенія лонной дуги, по отношенію къ *S. vera* несравненно больше, чѣмъ при нерахит. плоск. тазахъ.

б) обще-съуженный, плоско-рахитическій (рис. 62).

Рахитъ. Чѣмъ мягче кости и чѣмъ раньше появляется болѣзнь, тѣмъ болѣе опускается тѣло крестцовыхъ позвонковъ и сдавливаются внутри переднія боковыя стѣнки тазового входа и

Переходная ступень къ «спавшимся ложно-остеомалятическимъ тазамъ» въ томъ отношеніи, что его форма обусловлена болѣе сильнымъ и болѣе раннимъ размягченіемъ, чѣмъ форма «простого плоскаго рахитическаго таза», а вслѣдствіе этого рядомъ съ уплощеніемъ происходитъ сжиганіе въ направленіи поперечныхъ размѣровъ, а именно въ послѣднемъ направленіи больше чѣмъ въ *Conj.* Благодаря этому образуется *треугольная* форма (рис. 62) тазового входа. Въ осталь-

больше. *Головная опухоль* весьма значительна; вся *конфигурація* головки соответственно смѣщена или повреждена, такъ какъ задняя темянная кость, прилежащая къ мысу, представляетъ вдавленія или трещины съ субдуральнымъ кровоизліаніемъ (рис. 69—71). *Потуги* неправильны, какъ вслѣдствіе чисто *механическихъ* препятствій, такъ и вслѣдствіе *разстройствъ* кровообращенія.

Беременность: мысь сильно выдается, съ обѣихъ сторонъ, слѣдовательно, остается еще больше «мертваго пространства для матки и ея содержимаго; остатокъ передняго отдѣла таза, необходимый для нихъ, имѣетъ ясно выраженные свойства «обще-равнобѣрно-съужен. таза». *Послѣдствія:* чрезвычайно часто загибы матки впередъ съ отвисаніемъ живота (рис. 92—94, 105), неправильныя положенія плода и его частей, ненормальныя формы матки (по

Обозначение тазовъ.	Этиология.	Главные свойства.	Изменение механизма родовъ.
	<p>тѣмъ <i>меньше</i> становятся <i>всѣ</i> части костей.</p> <p>Диагнозъ:</p> <p><i>Conj. vera</i> часто ниже 8 стм. (срв. табл. и прилѣч. къ 1 общесъужен. тазамъ).</p> <p>Терапія:</p>	<p>номъ (въ отличіе отъ болѣе рѣдкихъ не рахитич. обще и плоско-сѣужен. тазовъ) овъ сохраняетъ всѣ <i>признаки</i> «простого плоскаго <i>рахитич</i> таза», хотя тазовой выходъ его меньше. Однако, тѣмъ болѣе дѣйствуютъ, какъ при плоскомъ тазѣ, силы <i>натяженія мышцъ и связокъ</i>: <i>Mm. psoas и sacrospinal.</i> на поясничной лордозъ, на продольное вытягиваніе верхней крестцовой кости; <i>Ligg. ilio-sacralia</i> на поворачиваніе внаружи крыльцевъ.</p> <p>Болѣе сильныя <i>общіе</i> признаки рахита, малый ростъ. Всѣ симптомы «простого плоскаго рахитич. таза» и къ тому еще укороченіе всѣхъ поперечныхъ размѣровъ, также и тазового выхода. <i>Безымянная линия</i> легко прощупывается.</p> <p><i>Искусственные преждеврем. роды</i> при <i>Conj. vera</i> въ 8—9 стм. на 32—36 недѣль — или <i>щипцы</i> при заднетемянной позиціи. При <i>передне-темянной</i> позиціи большую частью, при <i>Conj. vera</i></p>	<p>перечно - эллиптическая, круглая или косая.</p> <p><i>Роды</i>: головка здѣсь также вставляется своимъ стрѣловиднымъ швомъ въ поперечномъ размѣрѣ входа; наконецъ опускается низко затылокъ, какъ при общесѣужен. таз., а именно въ заднетемянной позиціи. Переднетемянная позиція весьма неблагопріятна. Лишь <i>очень поздно</i> совершается <i>поворотъ</i> вокругъ налага косога размѣра. При <i>положеніяхъ тазовымъ концомъ</i> подбородокъ сначала вступаетъ въ тазовой входъ, следовательно, и здѣсь проходитъ наименьшая косая окружность <i>periph. suboccipitobregmat</i> (=32 стм.); если нѣтъ, то весьма неблагопріятно. <i>Выпаденіе</i> мелкихъ частей или пуповины легко объясняется состояніемъ «<i>мертвыѣ</i> угловъ» около мыса; съ другой стороны, легко происходятъ <i>разрывы</i> мягкихъ частей и тазовыхъ суставовъ, значительныя <i>головныя опухоли</i>, поврежденія прилежащей къ мысу <i>темянной кости</i> (подкожная и субдуральная гематомы рнс.</p>

ниже 8 стм. всегда, *краниотомія* или же *кезарское стъченіе*. 60—71), какъ результатъ чрезвычайно *замедленнаго теченія* родовъ черезъ несоответствующую для дѣтской головки *треухольную форму* тазового входа.

Литература къ § 23. (Срав. § 21 и 22). 1) *Kehrer*, A. f. Gyn. V и 2) *Fehling*, A. f. Gyn. XI. Entsteh. rhach. Becken. 3) и 4) *Michaelis* и *Litzmann* срав. § 2 и 4. *Смодуочія* о плоскомъ рахитич. тазѣ; 5) *Breisky*, extramed. Kopfeinstellung am Eingange des partial verengten Beckens. 6) *Fritsch*, Klln. d. geburtsh. Operat. 1876. Einf. platt. nicht. rhach. 7) *L. Fürst*, einfach. platt, nicht rhach. Becken mit dopp. Promotor. A. f. Gyn. VII. 8) *A. Martin*, Seitenlagerng. bei durch. gerad. verengte Becken erschwertn Geburten. Z. f. Geb. u. Gyn. I. 9) *J. Veit*, Hinterscheitelbeinstellung. Z. f. Geb. u. Gyn. IV. 10) *J. Winter*, Ther. des. platt. B's. Z. f. Geb. u. Gyn. XIII.—*Смодуоч.* о рахитич. тазѣ: 11) *Fehling*, Entstehg. d. rhach. B. Form. A. f. Gyn. XI, 12) *M. B. Freund*, Fortpflanz dez Druckes der Rumpflast auf das Kreuzbein etc. Mon. f. Geb. XIII. 13) *H. Gräfe*, Foet. rhach. B., A. f. Gyn. 8. 14) *Scharlau*, Foet. rhach. B., Mon. f. Geb. 30. 15) *Hennig*, Mon. f. Geb. 33; A. f. Anat. u. Phys. 1881. Rhach. 16) *Kassowitz*, Rhachit. u. Osteomalacie, Jahrb. f. Kind. N. F. 19. 17) *Kassowitz*, norm. Ossific. Wien 1881. 18) *v. Ritgen*, N. Ztschr. f. Geb. Berlin 1851 I XXX. Rhach. 19) *Litzmann*, Geb. b. eng. B. (обще-сѣуж. плоскій, нерахитич.) 20) *Michaelis*, d. enge Becken (обще-сѣуж., плоскій, нерахит.) 21) и 22) Lehrb. v. *Schroeder* и *Spiegelberg*.

§ 24. Спавшіеся тазы.

(Рис. 67, 68, 64, 65, 70).

в) *спавшіеся рахитическій или ложно-остеомалатическій* (рис. 64). *Рахитъ*. При чрезвычайно сильномъ размягченіи костей, мѣста, наиболѣе подвержен-

Тазъ сходенъ съ остеомалатическимъ тазовымъ входомъ, имѣющимъ видъ *червонной фигуры*; *мысь* опускается вперед, части *вертлужныхъ впадинъ* глабоко вдавлены, востому *лонная дуга*

Беременность: высокое стояніе матки вслѣдствіе неуступанія предлежащей части плода въ малый тазъ, косыя положенія и проч.

Обозначеніе тазовъ.	Этіологія.	Главныя свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
<p>4. Остеомалатическій славшійся. (Pelvis halisterica, рвсч 65).</p>	<p>вныя давленію и оттягиванію, вслѣдствіе повторнаго расплавленія пластинокъ изъ известковыхъ солей болѣе всего вдавливаются. Такими мѣстами являются <i>вертлужная впадина и мысь</i>. Лонная дуга вторично выступаетъ вперёдъ «клювообразно», подвздошныя крылья отходятъ далеко къзади.</p> <p><i>Остеомалатія.</i> Известковыя соли всасываются изъ <i>позвоночной</i> кости взрослого субъекта и подобно съ этимъ не замѣщаются болѣе хря-</p>	<p>выдается клювообразно. Малыя плоскія крылья подвздошной кости находятся далеко къзади. <i>Спинальные буры</i> прижаты другъ къ другу.</p> <p>Діагнозъ: <i>мысь</i> особенно глубоко вдавлена, <i>лонная дуга</i> клювообразна, <i>безъимьянная линия</i> по своей характерной формѣ легко прощупывается, Рѣзко выраженыя <i>общія</i> явленія рахита. Собственно Согj. <i>vera</i> не имѣетъ значенія для родовъ.</p> <p>Терапія: <i>кесарское сеченіе</i> почти во всѣхъ случаяхъ.</p> <p>Тазъ въ началѣ размягченія <i>поперечно суженъ</i>, такъ какъ при давленіи со стороны бедра измѣненія происходятъ отъ передней стѣнки таза. Затѣмъ являются характерныя измѣненія, описанныя при <i>ложно-остеомалятическомъ рахитическомъ тазѣ</i>, доходящія до сильнѣйшаго обезображенія и сдавленія таза, такъ что <i>извѣ-</i></p>	<p><i>Роды</i>: невозможны самопроизвольно и даже при инструментальномъ пособіи.</p> <p>Теченіе родовъ вполнѣ зависитъ отъ степени <i>размягченія</i> костей. Если <i>остеомаляція</i>, какъ <i>болѣзнь</i>, врожда, то тазъ <i>отвердѣваетъ</i> въ своей патологической формѣ, такъ что <i>роды</i> становятся <i>невозможными</i>. Поэтому во время беременности съ точки зрѣнія <i>распознаванія</i> важно обратить вниманіе, не ущемлена-</p>

щсть, такъ то бы-
вастъ у рихитиче-
скаго ребенка: оста-
ется волокнистая
ткань, *мишечная*
извести (рис. 68).
Въ противополож-
ность рахиту здѣсь
преобладаетъ *вос-*
намителный про-
цессъ, благодаря
которому при де-
кальцинаціи на-
ступаетъ *расши-*
рение Гаверсовыхъ
каналовъ и костно-
мозговыхъ прост-
ранствъ. На мѣсто
содержащей извѣст-
ковые соли костной
ткани съ костными
тѣльцами, появля-
ется *пластинча-*
тая соединитель-
ная ткань, откуда
и происходятъ гну-
щіеся тазы при во-
сковой остеомаля-
ціи.

дованіе пальцемъ черезъ рукавъ стано-
вится *невозможнымъ*, вслѣдствіе того,
что сѣдалищные бугры въ высшей сте-
пени сближены другъ къ другу. Лонная
дуга исчезаетъ или принимаетъ 8-образ-
ную форму. *Крестцовая кость* въ *сред-*
ней ея части поднята спльно къзади, но
(въ противоположность рахитическому
тазу) (срв. рис. 70) оттянута своей вер-
хушкой *по направлению къпереди*, такъ
что крестцово-кончикова кость пред-
ставляется весьма вогнутой и значительно
служиваетъ *выходъ таза въ прямомъ*
размѣрѣ. Подвздошныя *крылья изогнуты*
по бороздкѣ (*•Sulc. iliacus•*), идущей
отъ крестцово-подвздошнаго сочлененія
косо къпереди вверхъ къ гребешку или къ
переднимъ осямъ. Частые *надломы* про-
исходятъ вслѣдствіе неповрежденности
костной коры при размягченіи костнаго
мозга. Совершенно мягки и податливы
такъ наз. «*каучуковые шары*».

ли *замкнутая назадъ* матка (срв. § 34
и рис. 85—88) или не существуютъ-ли
признаки *остраго* проявленія болѣзни:
боли въ костяхъ (сначала верхнія вѣтви
лобковой кости), мышечныя судороги,
вдавливаемость костей (сначала *выходъ*
таза) и особенно выраженная своеобраз-
ная качающаяся походка. Затѣмъ во мно-
гихъ случаяхъ (между 17—80%) воз-
можны *сампроизвольные* роды помощью
растяженія таза; въ *противномъ* случаѣ
можно произвести только *кесарское съ-*
ченіе (съ одновременной-ли кастраціей,
безъ нея, или удаленіе матки по Porro —
составляетъ до сихъ поръ открытый во-
просъ, котораго мы здѣсь касаться не
будемъ) или же смотря по случаю *искус-*
ственные преждевременные роды.

Въ другихъ случаяхъ слѣдуетъ точно
опредѣлить, въ какомъ состояніи нахо-
дятся *тазовые пространства*. На ха-
рактерную форму таза насъ изводить
поперечная *кожная складка* надъ та-
зомъ, клювовидная форма *лоннаго сочле-*
ненія съ его смѣщеніемъ къверху, сужен-
ный *тазовый выходъ*, укороченное *раз-*
стояніе между вертлугами (срв.
§ 1, 5).

Обозначеніе тавовъ.	Этіологія.	Главныя свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
	<p>(Въ итогѣ получается: <i>osteitis</i> + <i>osteoporosis</i>).</p>	<p>Терапія: Во время родовъ слѣдуетъ обратить вниманіе на растяженіе «нижняго маточнаго сегмента» (срв. § 8, 42), такъ какъ легко можетъ произойти <i>разрывъ матки</i>. При сильно растянутомъ сегментѣ поворотъ противопоказуется; кромѣ того, при податливомъ тазѣ и благоприятныхъ условіяхъ можетъ явиться показаніе къ <i>цинтиамъ</i>, рѣже къ <i>прободенію</i>, вмѣсто котораго производится <i>кесарское сечеііе</i>.</p>	

Литература къ § 24. 1) *Kilian*, das halisteretische Becken. Bonn 1857. 2) *Litzmann*, срв. § 2 и 4. 3) *Hennig*, A. f. Gyn. V. 4) *Гуенбергеръ*, Petersb. med. Ztschr. 1872. 5) *Fehling*, Kastr. b. Osteom. Verh. II Congr. d. dtsch. ges. f. Gyn. Leipzig 1888; C. f. Gyn. 1890 и № 34 A. f. Gyn. 20. 6) *Hoffa* item, als Festschr. f. Hegar 1889. 7) *Zweifel*, C. f. Gyn. 1890. 8) *Fasbender*, das pseudo-u. d. rhach. osteom. Becken. Z. f. G. u. Gyn. II, Mon. f. Geb. 33. 9) *Fehling*, Ber. uber die Stuttg. Anst. pro 1878, pag. 15, Würt. ärztl. Corr. Bl. 1877, № 17. 10) *Griffith*, Lond. obst. Trans XXVII, pag. 186. 11) *Winckel*, Mon. f. Geb. 17, 22, 23; Klin. Beobacht. Z. Dystok. Leipzig 1882, N. Ztschr. f. Geb. XII. 12) *Virchow*, Ges. Abh. z. wiss. Med. Frnft. a/M 1816, p. 683, A. f. path. Anat. IV. 13) *Sänger*, Kaiserschnitt, Leipz. 1882. 14) *Olshausen*, Berl. Klin. 1869. 33. 15) *Leopold*, A. f. Gyn. V. 12 j. Mädch. 16) *Kleinwächter*, Z. f. G. u. Gyn. 12. 17) *Chiari*, *Braun* и *Spaeth*, Klin. d. Geb. u. Gyn. Erlangen 1852. 18) *Breisky*, 1/4 Jahresschr. f. prakt. Heilk. II, 2861. 19) *Braun*, Wien. Woch. 1857, 27.

§ 25. Воронкообразные тазы.

(Рис. 72, 3, 73, 74, 5, 76).

5. Воронкообразный тазъ съ общесъуженнымъ выходомъ въ поперечномъ или прямомъ размѣрѣ.

Съуженные въ *выходѣ* тазы встрѣчаются при общесъуженныхъ *пюскиахъ* тазяхъ, далѣе при *спондилолитезѣ, остеомалици*, а также при *двустороннемъ синостозѣ* (срв. послѣдн.).

а) *дѣтскій тазъ* (рис. 42).

Задержка развитія: ненормально высокое *стояніе мыса* при упло-

Общія свойства: въ большинствѣ случаевъ особенно съуженъ выходной *поперечный* размѣръ (рис. 5. § 1, 5), затѣмъ выходная конъюгата. Часто существуетъ одновременное съуженіе *всѣхъ* размѣровъ нижнихъ тазовыхъ отверстій.

Частныя свойства: при нормальной формѣ остальныхъ частей *позвоночного столба* и часто также при правильномъ положеніи и формѣ *крестцовой кости* ¹⁾

Беременность: такъ какъ *отверстіе тазового входа* нормально, кругло или прямо-овально и лишь умѣренно съужено, то подлежащая часть обыкновенно вступаетъ въ малый тазъ, такимъ образомъ не вросходитъ смѣщенія матки и т. п.

Лишь *во время родовъ* подлежащая часть плода встрѣчаетъ *весьма серьезное* сопротивленіе, заключающееся въ невозможности головки уклониться въ какую-либо сторону. Нормальный поворотъ *на прямой размѣръ* (§ 5) происходитъ по *сѣдалищнымъ осямъ*; послѣднія, составляя и безъ того самый узкій размѣръ таза, благодаря узкому разстоянію между ними и между сѣдалищными буг-

¹⁾ *Крестцовая кость* большею частью мало наклонена, длина и узка не только вслѣдствіе значительной поперечной и слабой продольной кривизны, какъ находятъ *Schauta*, но въ тазяхъ съ высоко стоящимъ мысомъ и *плоской* крестцовой костью вслѣдствіе того, что тѣло I крестцов. позонка стоитъ гораздо *выше* надъ крыльями и такимъ образомъ превращаетъ *поперечное* разстояніе въ двѣ линіи, идущія внизъ. Тазовой входъ представляется въ большинствѣ случаевъ кругловатымъ съ наклонностью къ прямо овальной формѣ благодаря свойствамъ крестцовой кости (высокое стояніе + сильная поперечная кривизна и прикрѣпляющіяся тотчасъ *кпереди* входныя дуги тазо-бедренныхъ костей). Тазовое наклоненіе нѣсколько больше обыкновеннаго. *Лонная дуга* стоитъ *круче*, слѣдоват. опять свойства дѣтскаго таза.

Обозначеніе тазовъ.	Этіологія.	Главныя свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
---------------------	------------	-------------------	-----------------------------

щенія крестцовой кости (съ раннимъ, хотя и правильнымъ оостенѣніемъ), что уже само по себѣ обуславливаетъ дѣтскій характеръ таза. Вслѣдствіе этого дѣйствіе тяжести туловища перемѣщается болѣе взаи, такъ что не происходитъ поперечной растянутасти и проч. — слѣдуютъ увеличиваются всѣ особенности дѣтскаго таза

и *мыса*, главныя измѣненія заключаются въ *суженіи* *мизиста* тазовыхъ отверстій при *высокомъ* маломъ тазѣ, главнымъ образомъ въ поперечномъ размѣрѣ.

Діагнозъ: опредѣленіе суженнаго поперечнаго размѣра (рис. 5, § 1) или же конъюгаты тазового выхода, при норм. тазовомъ входѣ. Верхушка крестцовой кости легко достижается пальцемъ.

Терапія: при умѣренныхъ степеняхъ выжидательный способъ, затѣмъ *щипцы*; напротивъ при поперечномъ разм. ниже 8 см. только *прободеніе* или смотря по обстоятельствамъ кесарское сѣченіе. Со щипцами надо быть осторожнымъ, такъ какъ происходятъ значительныя прижатія или разрывы суставовъ.

рами препятствуютъ этому повороту. Головка наприм. своимъ стрѣловиднымъ швомъ продолжаетъ стоять *косо* или *поперечно*, т. е. *наибольшій* размѣръ головки стоять въ наименьшемъ поперечномъ размѣрѣ таза, причемъ затылокъ у сѣдалищныхъ остей уклоняется по направлению *кзади*. Если головка достигла сѣдалищной ости такъ далеко, что она не только прошла тазовый входъ, но и большая часть дѣтскаго туловища удалась отъ способнаго къ сокращенію дна. Вместе съ тѣмъ наступаетъ *прекращеніе родовыхъ потугъ*, рѣже разрывы вслѣдствіе влеченія и растяженія, чаще однако *омертвѣнія влагалища*, пузырно-влагалищныя и уретрально-влагалищныя свищи и проч.

Обыкновеннымъ дѣтскимъ тазомъ считается тазъ съ *нормальнымъ положеніемъ и формой крестцовой кости*, но съ *воронкообразнымъ выходомъ*.

б) *зародышевый тазъ*, происшедшій отъ лежа-

Продолжительное лежаніе при полнѣйшей неспо-

Позвоночный столбъ остается *растянутымъ*, почти какъ въ зародышевомъ видѣ, сообразно съ тѣмъ *крестцовая кость* образуетъ приблизительно прямое продолженіе оси позвоночника при мало выраженномъ *высокомъ* стояніи *мыса*.

ня. (*Liegbes-* способности двигаться или сидеть.
ken) (рис. 3).

в) Пояснично-крестцово-кифотический воронкообразный тазъ (рис. 73, 74, 76).

Размѣтъ яля ко-
стожда въ пояс-
нично - крестцовой
яля пояснично-
спинной области.

Наклонение таза остается значительнымъ, какъ въ зародышевомъ состояннн, хотя физиологическая антефлексія таза не происходитъ, но съ другой стороны не совершается описанный въ § 2, 2 поворотъ роста, который поднималъ бы *передннй* тазъ. *Поперечная растянутасть* отсутствуетъ, крестцовая кость также остается узкой и растянutoй, а крылья—плоски и малы. Поэтому входъ въ тазъ имѣется *круглую и прямо-овальную* форму, *малый* тазъ ясно *воронкообразенъ*. Роды вслѣдствіе недостаточнаго развитія половыхъ органовъ никогда не происходятъ.

Кифотическіе поясничные позвонки тянутъ собою верхніе и крестцовые позвонки *кзади и вверхъ*: мышь уплощается и подвигается вверхъ. Чтобы сохранилось равновѣсіе тѣла, передняя часть таза должна подняться, тазовое наклоненіе уменьшиться. Въ этомъ положеннн *крестцовая кость*, какъ опора тяжести туловища, гораздо менѣе способна воздѣйствовать на *поперечную* растянутасть: *задння верхння остн* идутъ *ближе* другъ къ другу, крылья ложатся плоско (ябо подвздошно-крестцовыя связки за недостаткомъ оттягивающаго впереди давленія крестцовой кости разслаблены), такимъ образомъ, наоборотъ, нижння части этихъ плечъ рычага, составленнаго изъ тазобедренной сѣдалищной кости, подвигаются *ближе* другъ къ другу, т. е. образуется *поперечное суженіе выхода*. Кромѣ того, крестцовая кость поворачиваетъ свою верхушку по направ-

Беременность: Часто наблюдается *отвислый животъ* вслѣдствіе лордоза верхней части позвоночника и происходящаго отсюда ограниченія брюшнаго пространства.

Роды: продольныя положенія съ предпочтеніемъ косыхъ размѣрсовъ таза для наибольшаго размѣра предлагающей части.

Теченіе и терапія какъ при дѣтскомъ воронкообразномъ тазѣ.

Діагнозъ: узнаютъ время заболѣванія позвоночнаго столба и отсюда заключаютъ объ измѣненіяхъ роста таза. *Крылья* отстоятъ далеко, *лонное сочлененіе* выдается, тазовое наклоненіе незначительно. Суженіе *лонной дуги* и *разстояннй выхода*. Боконныя части безымянной линнн легко, мышь съ трудомъ достигаются.

Обозначеніе тазовъ.	Этіологія.	Главныя свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
<p>г) <i>Pelvis obtectas spondylizema</i> = <i>опусканію позвонковъ</i> (в поясничной части).</p>	<p>Какъ предшеств., но кифозъ уравновѣшивается сильнымъ <i>лордозомъ нижнихъ поясничныхъ позвонковъ</i>.</p>	<p>ленію вперед: слѣдов. и тутъ суженіе <i>прямого размѣра</i> выхода. <i>Выпуклость или поперечная прямота крестцовой кости</i> и <i>вліяніе подвздошныхъ костей</i> являются единственными <i>признаками рахита!</i></p> <p>Глубоко сидящій кифозъ уравновѣшивается непосредственно надъ входомъ въ тазъ прикрываніемъ нижнихъ поясничныхъ позвонковъ надъ тазовымъ входомъ, поэтому <i>pelv. obtecta</i> — походитъ на спондилолистетическій тазъ!</p>	<p>Какъ предшеств.</p>
<p>д) <i>кифо-сколіотическій воронкообразный тазъ</i>.</p> <p>е) <i>Выходъ, суженный въ слѣдствіе вывиха копчиковой кости</i>.</p>	<p>Рахить.</p> <p>Вывихъ и анкилозъ копчиковой кости.</p>	<p>Характеренъ, если крестцовая кость участвуетъ въ кифосколіозѣ. На сколіотической сторонѣ наклоненіе таза <i>незначительно</i> (преимуществ. слѣва), на другой весьма значительно. Это косое смѣщеніе комбинировано съ <i>воронкообразной формой</i> чисто кифотического таза. Въ <i>выходѣ</i> смѣщеніе происходитъ обратно. Дальнѣйш. см. при «сколіотически-косо-суженномъ» тазѣ.</p>	

Литература къ § 25. 1) *Braun*, A. f. Gyn. III. 2) *Fischel*, Prag. med. Woch. 1880. 3) *Schauta*, Müll's Handbuch der Gbtsk. II, 1889. 4) *Breisky*, Wien. med. Jahrb. 1865. 5) *Hönnig*, Beitr. Z. Lehre v. kyph. verengten Becken. Bonn, 1870. 6) *Fehling*, A. f. Gyn. IV. 7) *Hüter*, Z. f. Geb. u. Gyn. V. 8) *Leopold*, d. skol. u. kyphoskol. rhach. Becken. Leipzig, 1879—и въ A. f. Gyn. 13, 14, 16. 9) *Schauta*, Wien. med. Woch. 1883. 36 и 37. 10) *W. A. Freund*, Ueb. d. sog. kyphot. Becken. Gynäk. Klin. I. 11) *S. Braun*, Wien. med. Woch. 1888, 34. 12) *v. Herff*, Z. f. Geb. u. Gyn. 17; № 4—12 о кифотич. тазахъ. 13) *Hergott*, A. Tocol. IV. 1877 и Annal. Gynéc. VII, 1877. 14) *Neugebauer*, A. f. Gyn. 22; оба о Spondylizema. 15) *F. Winckel*, Dystok. d. Beckenenge, Leipz. 1882. 16) *J. Veit*, A. f. Geb. u. G. 9. 17) *Schröder*, Schwang., Geb. u. Woch. p. 91. 18) *Credé*, Klin. Vortr. 1854.

§ 26. Косо-сѣуженные (или косо-смѣщенные) тазы.

(Рис. 78, 77, 81, 79).

6. Косо-сѣуженный или косо-смѣщенный.

Косое смѣщеніе происходитъ или въ направленіи противоположномъ патологически *уменьшенному* крылу крестцовой кости, слѣдов. въ стрѣловидной линіи послѣднихъ поясничныхъ позвонковъ, или въ направленіи, соответствующемъ *большому* пощаженному тазо-бедренному суставу.

а) *вследствие сколіоза или лордосколіоза* (рис. 78, 77).

Рахитъ. («Не рахитическій в послѣдствіи приобрѣтенный кифосколіозъ не вызываетъ никакихъ измѣненій формы таза»). На сторонѣ сколіоза тазъ силь-

Пояснично-свинной главный сколіозъ уравнивается смѣщеніемъ таза, или только компенсационнымъ сколіозомъ *крестцовой кости*, но въ *противоположномъ* направленіи, или поворачиваніемъ нижнихъ поясничныхъ позвонковъ; въ общемъ однако *направленіе* послѣднихъ важно для *направленія тазового смѣщенія*, такъ какъ на смѣщенной сто-

Беременность: Высшія степени сѣуженія рядомъ со смѣщеніемъ вызываютъ такія болѣзненные явленія, какъ при сильно плоскихъ тазахъ.

Роды: Какъ указано въ схемѣ рис. 78 и описано при плоскихъ не рахитическихъ тазахъ (2 а), головка при этихъ тазахъ очень часто можетъ наткнуться на такое препятствіе въ одной половинѣ таза (уплощенной, соответствующей сколіозу), что она пользуется *другою лишь снаружи отъ срединной линіи*; другая половина таза представляетъ для головки тѣ же препятствія, какъ и общесѣужен-

Обозначеніе тазовъ.	Этіологія.	Главные свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
	<p>нѣе подвергается вліянію тяжести, поэтому крестцовое крыло вдавлено глубже. <i>Соотвѣтствующимъ</i> давленіемъ бедра ретен смѣщенъ въ <i>другую</i> сторону. Соединеніе кифоза съ лордозомъ обуславливаетъ скручиваніе остей позвонковъ въ направленіи противоположномъ сколіозу. Происшедшее благодаря этому ненормальное натяженіе <i>подвздошно-крестцовыхъ</i> связокъ тянетъ съ собою подвздошныя крылья. Такое потягиваніе вмѣстѣ съ давленіемъ бедра поднимаетъ кры-</p>	<p>лонъ происходит опусканіе крестцовыхъ <i>крыльевъ</i>, крутое положеніе и поворачиваніе <i>кнутри</i> подвздошныхъ крыльевъ; эта половина таза стоитъ выше, чѣмъ другая, соотвѣтственный ей ретен плоче: поэтому 1) <i>conj. v.</i> укорочена, 2) также укорочена <i>Dist. sacro cotyl.</i>, но 3) <i>удлиненъ косою размѣръ</i>, вдушій отъ опустившагося крестцово-подвздошнаго сочлененія смѣщенной стороны. <i>Съдавленный бугоръ</i> сколіотической стороны въ <i>большинствѣ случаевъ</i> находится <i>кнаружи</i>, что обуславливаетъ <i>расширеніе тазового выхода</i>.</p> <p>Въ остальномъ наблюдаются все признаки <i>рахитич.</i> таза.</p> <p>Діагнозъ: констатированіе общ. рахита и возраста, въ которомъ онъ появился — дааѣе общ. рахитич. свойствъ таза и наконецъ <i>косою смѣщенія</i>: посредствомъ ощупыванія ялн измѣренія <i>высоты</i> стоянія <i>крыльевъ</i> по отношенію къ краю реберъ, <i>степени скручиванія</i> позвоночныхъ остей.</p>	<p>ный тазъ (срв. выше): малая косая окружн. (periph. subossip. bregm.) легче всего выступать съ глубоко опустившимся малымъ родничкомъ. Такія сильныя суженія весьма неблагоприятны.</p> <p>Терапія: сначала выжидательный способъ. Во время беременности втѣсненіе головки въ тазовой входъ, начиная съ 30 нед., каждыя 8 дней по 1½ мин.</p> <p>Въ случаяхъ очень сильнаго <i>укороченія Dist. sacrocotyl.</i> не слѣдуетъ поворачивать головку въ <i>Martin'</i>овскомъ смыслѣ, такъ чтобы стрѣловидный шовъ приходился на большемъ косомъ размѣрѣ. Последніи лежатъ параллельно уплощенной сторонѣ ретен и эта половина таза, какъ упомянуто, до того узка, что она въ <i>Dist. sacrocotyl.</i> не имѣетъ мѣста для лобной части, между тѣмъ какъ, <i>наоборотъ</i>, оба поперечные разм. могутъ пройти, т. е. когда послѣдніе лежатъ параллельно уплощенной сторонѣ ретен, а стрѣловидный шовъ въ болѣе короткомъ косомъ размѣрѣ съ глубоко стоящимъ малымъ родничкомъ.</p>

ло со всей (соответствующей сколиозу) тазовой половиной и ставить его *круто*, а передний край крыла *приближается* къ срединной линіи таза.

Болѣ значительныя косыя суженія выражаются въ разницѣ между обоими *наружными косыми размерами* (§ 1); чѣмъ больше въ этой разницѣ участвуютъ слѣдующія *Nägele*'вскія и друг. измѣренія, тѣмъ вѣрнѣе *диагностируются* по моимъ изслѣдованіямъ также *болѣе легкія* степени косога суженія.

Если *самопроизвольное* окончаніе родовъ не удалось, то остается перфорация или кесарское сѣченіе.

1. *Наружн. діагон.* большого таза = 22,5 см. въ среднемъ *in viva*.
2. *Ширина крыльевъ* (Sp. post. s. до Sp. ant. s.) = 16,8 въ средн. *i. v.*
3. *Высота таза* (наивысшая точка подвздошн. гребешка до сѣдал. бугра) = 22,2 въ средн. *i. v.*
4. Разстояніе *Sp. post. sup.* до сѣдал. бугр. *другой* стороны = 20,8 въ средн. *i. v.*
5. Разст. *Sp. ant. sup.* до прос. spin. lumb. V = 18,5 въ средн. *i. v.*
6. Разст. *Sp. ant. s.* до сѣдал. бугра *другой* стороны = 24,0 въ средн. *i. v.*
7. Разст. *Sp. post. s.* отъ *лонн. соед.* = 18,0 въ средн. *i. v.*

б) *косо-суженный тазъ вследствие асимметріи крестцовой кости (т. наз. вторично синостотич. или Nägele'вскій тазъ)* (рис. 81). *Асимметрической косо-суженный*

Врожденный дефектъ крестцово-го крыла со смѣщеніемъ подвздошной кости и анкилозомъ въ большинствѣ случаевъ. Никакихъ воспалительныхъ остатковъ — воспаленіе не можетъ повести

Одно крестцовое *крыло* отсутствуетъ совершенно или частично; на этомъ же мѣстѣ большей частью *синостозъ* крестцово-подвздошного сочлененія. Прилежащее *подвздошное крыло* стоитъ круто, повернуто вокругъ срединной линіи, въ цѣломъ однако оно смѣщено *вверхъ* и *взадъ*; соответствующій *рестен* уплощенъ; *лонная дуга* отодвинута въ другую сторону, слѣд. эта *Dist sacrocotyloidea* такимъ образомъ *укорочена* и сѣдалц-

Необходимое для *родовъ* пространство имѣетъ свойства общесуженнаго таза съ трехугольнымъ тазовымъ входомъ, конъюгату котораго представляетъ соединительная линія между *лоннымъ сочлен.* и *синостозомъ*. Головка подвигается впередъ въ наибольшей флексіи, затылкомъ впередъ; при весьма сильномъ укороченіи *Dist. sacrocotyloidea* наблюдаются тѣ же явленія, какъ въ предыдущихъ тазахъ. Тазовый *выходъ* при его суженіи

Обозначеніе тазовъ.	Этіологія.	Главныя свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
<p><i>ассимиляціонный тазъ</i> (срв. ниже, 11).</p>	<p>къ <i>столь гладкому</i> исчезновенію кости, а <i>подвздошная</i> кость не въ состояніи <i>смѣщаться</i> по направленію къ анкилозу, который, какъ полагають, и составляетъ причину исчезновенія кости. Въ то время, какъ на здоровой сторонѣ безгемьянная линия нормально искривляется, растяженіе на больной сторонѣ отсутствуетъ. <i>Дальнѣйшее</i> унлощеніе, смѣщеніе и <i>вторичный синостозъ</i> вызываются давленіемъ бедра на больной сторонѣ.</p>	<p>ный бугоръ отодвинуть вверхъ и внутрь, а иногда и взадъ. Вторая половина таза достаточно развита. Стѣнки таза на больной сторонѣ приближены другъ къ другу до выход. Косоовальная форма сохраняетъ во всѣхъ частяхъ <i>одно и то же</i> направленіе.</p> <p>Діагнозъ: исключеніе рахита или другихъ воспалительныхъ заболѣваній костей. Констатированіе различной высоты, на которой стоятъ подвздошныя кости. <i>Должно производить весьма тщательное ощупываніе безгемьянной линии и измѣрять удаленіе лонной дуги отъ синостоза, представляющее собой комьюшту!</i> <i>Преждеврем. роды</i> можно вызвать при 8^{1/2} и болѣе см. этого разстоянія! <i>Косые размыры</i> измѣряются какъ въ предыдущ. таз.</p>	<p>представляетъ большія препятствія. Поэтому предсказаніе при затылочныхъ положеніяхъ уже довольно неблагоприятно; при всякомъ другомъ дурно.</p> <p>Терапія: щипцы только вредны: тоже самое поворотъ, потому что головка вкочлена. Поэтому слѣдуетъ оставаться въ борьбѣ между <i>преждеврем. род., перфорацией</i> или <i>кесарскимъ сеченіемъ</i>.</p>

в) *косо-суженный вследствие воспалительнаго первичнаго одно-сторонняго сино-стоза подвздошно-крестцоваго сустава.*

2 Косо-суженный вследствие задержки функций тазо-бедреннаго сустава (рис. 79).

Костоѣда, сино-стозъ первичный; возрастъ не имѣетъ вліянія на форму таза.

Коксалгія; одно-сторонній врожденный вывихъ бедра; ранняя ампутация его; осколочный переломъ одной подвздошной кости или одного крестцоваго крыла.

(Fritsch).

Встрѣчаются всѣ формы, начиная отъ *наибольшей асимметрии*, какъ при врожденномъ *Nägele*'вскомъ косомъ тѣзѣ (вслѣдствіе *вторичнаго* синостоза), если она образовалась въ раннемъ возрастѣ, до *вполнѣ симметрической*.

Въ то время, какъ *всѣ* костныя части коксалгической тазовой половины, начиная отъ сѣдал. бугра до *crista ilei* атрофированы, и стоятъ чрезвычайно (какъ на больной сторонѣ синостотич. таза) круто, расположенныя въ видѣ воронки, давленіе здороваго бедра перемѣщаетъ соотвѣтственную ему половину таза на больную сторону, *уплощая* такія образ. *здоровую* половину. Въ *коксалгич.* вертлужной впадинѣ можетъ произойти прободеніе.

Болѣе рѣдкій видъ чистой коксалгіи безъ вліянія бедреннаго давленія обуславливаетъ происхожденіе *суженной* половины, по аналогіи съ синостотическимъ тазомъ, на *больной* сторонѣ, при *атрофій крестцоваго крыла*, между тѣмъ какъ *послѣдняя* при *вшеупомянутой* формѣ, хотя и не всегда, появляется на

Діагнозъ: Анамнестически доказанный воспалительный процессъ, рубцы и отсутствіе смѣщенія больной подвздошной кости.

При *одностороннемъ вывихѣ бедра* (преимуществ. къзади и вверхъ) образуются различныя формы, зависящія однако отъ *возраста* и *степени употребленія* конечностей.

с) *Врожденный вывихъ*. — Ребенокъ *лежитъ*: атрофія большой половины таза; давленіе бедра на наружную поверхность подвздошной кости сообщаетъ *послѣдней* крутое положеніе. *Сѣдал. бугоръ* вслѣдствіе влеченія вертлужныхъ мышцъ *оттягивается вверхъ*. — Ребенокъ *сидитъ* на немъ, потому что *больной сѣдал. бугоръ* стоитъ *выше*: вслѣдствіе этого *косое* смѣщеніе на счетъ здоровой стороны. — Ребенокъ *ходитъ* преимущ. на *здоровомъ* бедрѣ: слѣдоват. теперь давленіе становится обратнымъ, *больная* половина таза дѣлается *болѣе обширной!*

Обозначеніе тазовъ.	Этіологія.	Главныя свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
		<p><i>зд ровой</i>, причѣтъ крестцовая кость поворачивается вокруг своей продольной оси.</p> <p>Въ противоположность <i>Nägele</i>'вскому тазу косо-овальная форма входа <i>не</i> всегда сохраняет то же самое направленіе до выхода, такъ какъ <i>сѣдалищная кость здоровой стороны отъскакивается</i>—или смѣщеніе <i>уменьшается</i> по направленію книзу, благодаря оттягиванію вперед и внаружи общихъ сѣдалищн. бугровъ.</p> <p>Діагнозъ и терапія: срв. предыдущ. тазъ.</p>	<p>б) <i>Приобрѣтенный вывихъ</i>—въ юношескомъ возрастѣ безъ употребленія конечностей: форма, какъ при врожд. вывихѣ безъ употребленія при <i>болѣе слабой</i> атрофіи. — У <i>взрослыхъ</i> безъ употребленія конечностей: большая половинна таза становится обширной (вслѣдствіе потягиванія <i>lig. ileofemoral</i> и <i>M. Psoas</i>).</p> <p>Если конечности <i>употребляются</i> у <i>юныхъ</i> и <i>взрослыхъ</i> особъ: та же форма какъ при врожд. вывихѣ + употребленіе, но безъ атрофіи и съ <i>болѣе слабымъ</i> смѣщеніемъ по направленію къ большой сторонѣ.</p>

Литература къ § 26. 1) *Nägele*, d. schrägverengte Becken. Mainz. 1839; Heid. klin. Ann. IV, 3, 2) *Hohl*, Path. d. Beckens. Leipzig 1852. 3) *Litzmann*, d. schräg ovale Becken. Kiel 1853; Mon. f. Geb. 23. 4) *Thomas*, d. schrägverengte Becken. Leyden u. Leipzig, 1861. 5) *Olshausen* Mon. f. Geb. 19. 6) *Spiegelberg*, A. f. Gyn. II. 7) *Gusserow*, A. f. Gyn. XI. 8) *Гуенбергеръ*, A. f. Gyn. 14. 9) *Fritsch*, ein durch Fractur schräges Becken. 10) *Krukenberg*, A. f. Gyn. 25. 11) *Leopold*, A. f. Gyn. 13, 14 (срав. § 25). 12) *Freund*, A. f. Gyn. 3. 13) *Gruner*, Werth der äuss. Schrägdurchm. Z. f. rat. Med. 1864, 33. 14) *Kleinwächter*, Prag. Vierteljahrsschr. 106. 15) *E Martin*, Neue Ztschr. f. Geb. 15, 19.

§ 27. Поперечно-суженные тазы.

(Рис. 111),

7. Поперечно суженъ.

а) вслѣдствіе отсутствія обонихъ крестцовыхъ крыльевъ (Robert'овскій тазъ)

Другія поперечныя суженія являются въ видѣ обыкновенной задержки образованія—прямоовальной (воронкообразный тазъ); верходъ образуютъ крутые тазы.

б) поперечно-суженный вслѣдствіе первичнаго воспаленія со стороны двустороннимъ синосто-зомъ.

Задержка развитія (у птицъ и летучихъ мышей и проч. сращеніе крестцовопод-вздошн. сочленен.; эта форма таза сходна съ таковой большинства млекопитающихъ).

Первичное отсутствіе костныхъ ядеръ, вторичный синостозъ.

Костюда (до 5-го года ростъ въ ширину крестцовыхъ крыльевъ посредствомъ хряща. На 14 г. этотъ ростъ заканчивается).

Сращеніе обонихъ подвздошно-крестцовыхъ сочлененій и вызванное этимъ поперечное суженіе,—слѣдуетъ обонъ половипы таза устроены такъ, какъ бо-ная сторона Nägele'вскаго таза. съ которымъ онъ раздѣляетъ асимметрію въ переходныхъ формахъ. Подвздошныя кости у крестца смѣщены вверху и взади.

Сходенъ съ подъ в) овисаннымъ тазомъ при косо-суженн. таз., но отличается двустороннимъ процессомъ. Констатированіе воспаленія, существовавшего въ дѣтствѣ, и его остатковъ.

Діагнозъ: разстояніе вертлугъ, клювообразное лонное сочлененіе, чрезвычное суженіе всей полости малаго таза при отодвинутомъ крестцѣ.

Терапія: искусств. выкидышъ (зѣвъ матки весьма трудно доступенъ вслѣдствіе суженія мал. таза) или кесарское сѣченіе.

Также менѣ слабыя степени обла-даютъ формой воронки.

Литература къ § 27. 1) Robert, Karlsruhe u. Freiburg 1842. 2) Kehrer, Mon. f. Geb. 34, Beitr. z. vgl. u. exp. Geb. I, 2. 3) Kleinwächter, A. f. Gyn. I. 4) Litzmann, A. f. Gyn. 25. 5) Neugebauer, A. f. Gyn. 25.

Обозначеніе тавовъ.	Этіологія.	Главныя свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
---------------------	------------	-------------------	-----------------------------

§ 28. Тазы измѣн. вслѣдствіе врожденныхъ или ранѣе приобрѣтенныхъ дефектовъ.

(Рис. 3, 82, 83).

8. Измѣненіе формы вслѣдствіе двухсторонняго вывиха (рис. 82), косолапости, отсутствія мжжней конечности и т. п.

«Тазъ отъ лежація» (Liegbecken), рис. 3) описанъ подъ «зародышевымъ воронкообразнымъ тазомъ» въ § 25.

«Тазъ отъ сиднія» («Sitzbecken») сужень въ прямомъ разм. и поперечно растянута, подобно двой-

Врожденное или рано приобрѣтенное вслѣдствіе травмы.

Врожденное = а) развитіе сапут. femoris на ненормальн. мѣстѣ, выше на подвздошной кости безъ развитія вертлужной впадины.

б) тоже съ развитіемъ вертлужной впадины.

Conj.: рѣдко мѣже 9 стм., обыкнов. 9—10 стм.

Двухсторонняя косолапость: нога

Такъ какъ центръ тяжести смѣщается къзади, то пояснично-крестцовая часть и крестцовая кость сильнѣе продавливаются вперед, или сзади: крестцовый мышь и верхушка копчиковой кости подвигаются вперед, середина крестцовой кости назадъ. Поперечная растянутасть всего таза становится больше, также и тазовое наклоненіе, между тѣмъ какъ Conj. vena становится меньше. Подвздошныя кости стоятъ круто.

Діагнозъ: утиная походка, отвислый животъ вслѣдствіе поясничнаго лордоза и суженной Conj vena. Тазъ съ лежащими на наружной сторонѣ подвздошныхъ крыльяхъ вертлужами очень широкъ, такъ что послѣднія не касаются Nelaton'овской линіи (Sp. ant. S—Tub. isch.) Бедро приведено и повернуто кнутри. Дифф. діагн. Относительно спондилолистеза слѣдуетъ имѣть въ

Беременность: отвислый животъ. Роды: какъ при плоскомъ тазѣ, тѣ же условія операций, слѣдоват. сначала выжидательн. методъ, тѣмъ болѣе, что большой поперечный разм. таза и слабая высота часто обуславливаютъ о енъ быстрые роды. Операция трудно-выполнимы вслѣдствіе сильнаго приведенія бедра.

Двухсторонняя косолапость: Вслѣдствіе смѣщенія назадъ вертлужн. впадинъ и бугровъ (сран. этиологію) происходитъ сильное наклоненіе таза, онусканіе впередъ крестцоваго мыса, сильное поперечное суженіе всего таза.

При отсутствіи обѣихъ нижнихъ конечностей, т. е. тазъ отъ сиднія получается форма, сходная съ двойнымъ люксацион. тазомъ: сильная поперечная растянутасть, но cristae сближены; сильное уплощеніе.

ному люксаціон-тазу.

Тазъ при косолапости попережно-сбужень.

9) *Расщепленный тазъ*—*pelvis fissa*. (рис. 84).

движется какъ твердая палка, вслѣдствіе этого отталкиваніе *вертлужн. тадиж* и *седалищн. буровъ* къзади: сильное наклонен. таза.

Врожденное расщепленіе, соединенное большою частью съ смѣщеніемъ пузыря (екторіа *vesicae*¹⁾).

Давленіе туловища и бедра сообщаетъ тазу сильный рахитич. характеръ.

виду состояніе *Nelaton*'овской линіи и точное измѣреніе.

У плода лонная дуга зіяетъ на 3—6 стм., у взрослога 8—15 стм., Сильная поперечная растянутасть во всѣхъ частяхъ; крестцов. кость сильно выдается впередъ; разст. Sp. ant. s. больше разст., Sp. post в. меньше. Рѣдко синозостозъ подвздошнокрестцов. сустава, вслѣдствіе чего способность къ функционированію. Широко-зіяющее бедро.

Характеръ общ. слишкомъ обширнаго таза. *Post partum* обыкновенно выпадаетъ матка. Другихъ затрудненій для родовъ не встрѣчается.

1) Срв. мой эмбриол. атл.

Литература къ § 28. 1) *Gurlt*, Ueb. einige durch. Erkrank. der Gelenkverbindungen verursachte Missstalt. des menschl. Beckens. Berlin 1854. 2) *Sassmann*, A. f. Gyn. V. 3) *Fabbri*, A. f. Gyn. VI. 4) *Kleinwächter*, Prag. Viert. 118, 119. 1873. 5) *Leopold*, A. f. Gyn. V. 6) *Küstner*, Sitz. Ber. der. Jena'schen Ges. f. Med. u. Nat. 1878 24. Mai и A. f. Gyn. VIII. 7) *Krukenberg*, A. f. Gyn. 25. 8) *Hennig*, C. f. Gyn. 1888. p. 60. О люксаціон. тавъ послѣдн. семь.—9) *W. A. Freund*, A. f. Gyn. III. 10) *Litzmann*, A. f. Gyn. IV. 11) *Gusserow*, Berl. klin. Woch. 2, 1879. 12) *Altfeld*, A. f. Gyn. XII. Послѣдн. четыре о *pelvis fissae*.—13) *F. Winckel*, Klin. Beobacht. Z. Dyst. durch B. Enge. Leipz. 1882 (Luxat.). 14) *H. v. Meyer*, Missb. des. B's. Jena 1866. 15) *Nägele*, Anhg. Zu «d. schrägv. B.» Mainz 1839. 16) *Spiegelberg*, Schrägv. B. Fall I. A. f. S. II. 17) *Valenta*, Mou. f. Geb. 25. Послѣдн. четыре о вывихѣ, косолапости, отсутствіи конечностей.

Обозначеніе тазовъ.	Этіологія.	Главныя свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
---------------------	------------	-------------------	-----------------------------

§ 29. Спондилолистетическій тазъ

10. Спондилолистетическій тазъ (рис. 80).

4 различныя степени: 1) тѣло V поясн. позвонка выдается надъ основаніемъ крестцовой кости, 2) оно наклоняется надъ тазовымъ входомъ, 3) вдается въ тазовый входъ, 4) лежитъ совершенно въ маломъ тазу (послѣднее обстоятельство можетъ обусловить переломъ.

Непосредственныя травмы (и воспалительныя процессы).

*Межсуставная часть удлинена; она представляетъ мѣсто сліянія между передн. и задн. зародышевымъ костнымъ ядромъ. Если это сліяніе не произошло, то связочныя массы образуютъ фиксацію (въ видѣ совѣтъ не рѣдкой *Spondylolysis interarticularis*), предрасположеніе къ позднѣйшему соскальзыванію позвонковъ*

Тазовый выходъ суженъ вслѣдствіе того, что тѣло V пояснич. позвонка смѣщено впередъ надъ тѣломъ I крестц.; такимъ образомъ происходитъ *лордозъ поясничной части*, которая своими средними позвонками выступаетъ противъ *приподнятаго* лоннаго сочлененія, между тѣмъ *крестецъ* верхней части подвигается къзади, въ нижней кпереди, какъ при воронкообразномъ тазѣ. Отъ этихъ моментовъ зависитъ степень суженія.

Боковыя межсуставныя части послѣдняго поясничнаго позвонка удлинняются, чѣмъ и дается опора для соскальзнувшего кпереди позвоночника. Тѣла позвонковъ соединяются между собою посредствомъ симостиа.

Наклоненіе таза почти уничтожено; поперечная растянутасть большого таза увеличена, входъ таза мало, выходъ зна-

Беременность: отвислый животъ. Легко происходятъ кривыя положенія, предное вліяніе сильнаго поясн. лордоза, при слабомъ наклон. таза, *на родов. актъ*; головка не можетъ слѣдовать за наступающимъ потомъ сильнымъ наклоненіемъ тазовой полости. Смотря по степени смѣщенія возможны съ одной стороны самопроизвольные роды, съ другой лишь кесарское сѣченіе.

Діагнозъ: травма, происшедшая въ юности. Поясничныи лордозъ съ широкимъ выступаніемъ бедеръ; грудная клѣтка опущена противъ таза; соответственно этому возможны складки. Уничтоженное тазовое наклоненіе съ стоящей кпереди срамной щелью. Существованіе *угла соскальзыванія* (легче всего изслѣдуется, начиная съ поясничной части по направленію книзу) и сильный *кифотическій* изгибъ между кифотической крестц. костью и лордотической поясничн.

(Spondylolisthesis).

чительно уменьшены! Все прямые раз-
мѣры уменьшены!

частью сзади важно для дифференціаль-
ной стабильности, на основаніи которой
исключается *рахиитич.* и *пояснично-
крестцово-кифотич.* тазъ!

Терапія: При *Conj. pseudo-vera* въ 6 стм.: безусловное показаніе къ кес.
сѣч. При 6—7½ стм.: краниотомія или кес. сѣч. При 7—8 стм.: искусств.
преждеврем. роды на 32—36 недѣль. При 8—9 стм. выжидат. методъ. *Ни-
когда* не слѣдуетъ производить поворотъ на ножки!

Литература къ § 29. 1) *Kilian*, De spondylolisthesi, Bonn 1853. — Schild. neuer Becken. formen. Maun-
heim 1854. 2) *Lambl*, Scanz's Beitr. III. 1858; C. f. Gyn. 1885. 3) *Olshausen*, Mon. f. Geb. 23. 4) *Breisky*,
A. f. Gyn. IX, C. f. Gyn. 1884. 30. 5) *Neugebauer*, Z. Enfwickelgsgesch. d. spondyl. B's. Dorpat и Halle,
1881—A. f. Gyn. 19, 20, 21, 22, 25, 35.—C. f. Gyn. 1889. 6) *v. Winckel*, Klin. Beob. 7. Z. Dystokie durch
Beckenenge. Leipzig 1882. 7) *Krukenberg*, A. f. Gyn. 25 и 57. Versammlg. dtsch. Naturf. 1884. 8) *v. Herff*,
Z. f. Geb. u. Gyn. 18. 9) *Waldeyer*, Medianschnitt einer Hochswang. Bonn 1886. 10) *H. v. Meyer*, A. f. Gyn. 31.

§ 30. Ассимиляціонный тазъ (или тазъ со «вставочнымъ позвонкомъ»).

(Рис. 74 и 75).

а) асимметрич. (рис. 75).

в) симметрич. (рис. 74).

11. Ассимиля-
ціонный тазъ или
образов. вставоч-
наго, правильн.
переходнаго поз-
вонка.

(Атавистически)
задержанное или
усилен. развитіе
Или 25-й позво-
нокъ еще не при-
нялъ на обликъ

На одной сторонѣ образовалось вполне
слышшееся крыло крестцовой кости, на
другой находится прос. transvers. lumb.
Вслѣдствіе этого несовершенно развитой
позвонокъ получаетъ недостаточную под-
держку и опускается внизъ; присоеди-

При *верхней* ассимиляціи (весь 24
позвонокъ имѣеть уже *крестцовый* ха-
рактеръ) существуетъ *высокое стояніе*
крестцовой мыса, связочный кружокъ
между 1 и 2 позвонкомъ остается.
Уголъ, образуемый мысомъ, мало раз-

Обозначеніе тазовъ.	Этіологія.	Главныя свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
а) <i>асимметрическій ассимилн. тазъ</i> (рис. 75).	сторонахъ <i>крестцовый</i> характеръ, или 24-й уже принялъ, но не совершенный <i>крестцовый</i> .	няется еще <i>поясничный сколиозъ</i> и далѣе <i>косое смѣщеніе</i> таза въ противоположную сторону. Въ соединеніи съ <i>рахиломъ</i> эти свойства выступаютъ особенно <i>рѣзко!</i> Косое смѣщеніе не наступаетъ, если <i>нижній</i> позвонокъ отсылаетъ <i>выше</i> свою <i>facies auricul.</i> и этимъ поддерживаетъ неполную верхнюю половину позвонка.	<i>внтъ</i> . Послѣдствіемъ этого является менѣе значительное искривленіе поясничной части, центръ тяжести переносится далѣе вперед: въ видѣ компенсаціи является незначительное <i>тазовое наклоненіе</i> и <i>легкое сибаніе впередъ туловища</i> . Благодаря этому, а также благодаря слѣдующей <i>слабой поперечной растянутости</i> и <i>воронкообразной формѣ</i> тазъ получаетъ характерныя свойства <i>хифотич.</i> таза.
в) <i>симметрическій ассимилн. тазъ</i> (рис. 74).	Тоже, но на <i>обѣихъ сторонахъ</i> развиты въ <i>крестцовый</i> или 24-й (= <i>верхняя ассимил.</i>) или 30-й <i>позвонокъ</i> (= <i>нижняя ассимил.</i>).		Существуютъ дѣйствительныя « <i>вставочныя позвонки</i> » въ видѣ вставленія дуги безъ тѣла, такъ какъ послѣднее образуется изъ вервиги. (<i>Gegenbauer, Rosenberg.</i>)

Литература къ § 30.— 1) *Gegenbauer*, Bildgsgesch. lumbosacr. Uebergangswirbel. Jen. Ztschr. VII. Leipzig. 1873. 2) *Birnbaum*, 5 Kaiserschnitt b. Assim.-B. A. f. G. 25. 3) *G. Braun*. Wien. med. Woch. 1857, Juni. 4) *W. A. Freund*, Gyn. Klin. I. 5) *E. Rosenberg*, Entwicklg. Morph. Jahrb. I, 1876.

§ 31. Тазы, стуженные костными опухолями или экзостозами вследствие переломовъ.

(Рис. 89—91).

<p>12) <i>Экзостозы остистаго таза</i> (<i>Akanthopelys s. pelvis spinosa</i>) (рис. 89).</p>	<p>Часто при рахитич. тазахъ окостенііе <i>экзостоза</i> <i>роза</i>, происшедшаго вслѣдствіе <i>физиологическаго роста</i> (<i>Virchow</i>).</p>	<p>Острые экзостозы на мѣстахъ синхондрозовъ или синозозовъ: на лонномъ сочлененіи, <i>tub. ileo-pub.</i> (вертлужн. внад.), <i>synarthros. sacroil.</i>, крестц. мыщ.</p>	<p>Вызываютъ узуръ и разрывы матки.</p>
<p>13) <i>Опухоли тазов. костей.</i> а) <i>Энхондромы</i> (рис. 91).</p>	<p><i>Гетеропластическія новообразованія</i>, не происшедшія изъ ранѣ существовавшихъ хрящей (<i>Virchow</i>), наклонность къ оссификаціи.</p>	<p>Преимуществ. принадлежать <i>задней стѣнкѣ</i> таза и выполняютъ почти всю полость таза; также фибромы.</p>	<p>Чаще всего кес. сѣченіе.</p>
<p>б) <i>Фибромы.</i> в) <i>Саркомы.</i></p>	<p>Чаще всего круглыя, веретени о о б р а з н ы я клѣтки и мягкіе мозговыя саркомы.</p>	<p>Рѣдко такъ объемисты, какъ предыдущ. Большею частью принадлежать <i>задней стѣнкѣ</i> таза, весьма объемисты.</p>	
<p>г) <i>Кисты.</i> д) <i>Карциномы.</i></p>	<p>Метастазы.</p>	<p>Соединены съ саркомами или энхондромами. Рѣдко объемисты, ведутъ къ исчезновенію костной ткани (<i>osteoporosis</i>), поэтому кости мягки.</p>	

Обозначеніе тазовъ.	Этіологія.	Главныя свойства.	Измѣненіе механизма родовъ.
е) Скопленіе жидкости въ стѣнѣхъ тазу (Hydrorrhachis).	Отсутствіе щели	Вторичный сколіозъ и асимметрія на одной сторонѣ. Мѣшокъ долженъ остаться неповрежденнымъ.	
11) Переломы		крестца, въ тѣхъ подвздошной кости, вертлужной впадины съ экзостозомъ изъ костной мозоли или безъ него, съ косымъ суженіемъ или безъ послѣдняго (<i>Fritsch</i> , переломъ прав. крестцов. крыла повелъ къ этому).	

Литература къ § 31. 1) *Neugebauer*, A. f. Gyn. 25. 2) *Chiari*, Wien. med. Woch. 1878, 9. 3) *Dohrn*, Mon. f. Geb. 29. 4) *Hennig*, Mon. f. Geb. 33. 5) *Hofmeier*, Akantropel. Ztschr. f. Geb. u. 9. Gyn. 10. 6) *Leopold*, A. f. Gyn. 4. 7) *E. Martin*, Schmidt's Jahrb. 87, 8; 1885. 8) *E. Martin*, Mon. f. Geb. 19. 9) *Zweifel*, A. f. Gyn. 17. 10) *Kroner* u. *Marchand*, Hydrorrhachis, A. f. Gyn. 17. 11) *Virchow*, Krkl. Geschwülste. 12) *Zini*, Hydrorrh. A. f. Gyn. 8.

§ 32. Слишкомъ обширные тазы.

а) Общ. слишкомъ обширный.	Аномалія развитія. При обыкновен. скелетѣ и гигантскомъ ростѣ.	Увеличеніе отдѣльных размѣровъ рѣдко превышаетъ 2 см. (Особенно увеличенъ въ прямыхъ размѣрахъ).	Роды ведутъ къ раннему вступленію головки въ малый тазъ и быстрому прохожденію черезъ послѣдній, а при сильныхъ потужныхъ боляхъ и примѣненіи брюшного пресса могутъ произойти очень быстрые роды. (Partus praeci-
----------------------------	--	--	--

б) воронкообразный широкий тазъ.

Аномалія развитія.

Въ выходѣ норм. широкъ, во входѣ расширенъ.

pitatus) (срв. § 55). Головка тогда не совершаетъ правильныхъ поворотовъ, а затылокъ легко опускается кзади, такъ что получается *передне-темянная позиция*.

в) расширенный вследствие уплощенной полой поверхности крыльцевъ.

Аномалія развитія.

Вмѣсто 130—140° норм. наклоненія крыльцевъ относительно боковыхъ стѣнокъ мал. таза у женщ. (150—160° у муш.), здѣсь 105°.

Литература къ § 32. 1) *Dohrn*, A. f. Gyn. 22. 2) *Kleinwächter*, D. Arch. f. Gesch. d. Med. 3) *Rumpe*, Ztschr. f. Geb. und Gyn. X.

ОТДѢЛЬ Ш.

Смѣщенія, опухоли и аномаліи развитія полового аппарата и ихъ состояніе во время беременности и родовъ.

ГЛАВА I.

Смѣщенія матки.

§ 33. Смѣщенія матки впередъ и „отвислый животъ“.

(Рис. 101, 129, 69, 70, 29, 9, 92 — 94. Акуш. атл. I, рис. 15, 16).

Наблюдаемая еще до беременности *anteversio* или *anteflexio uteri* при *вялыхъ брюшныхъ покровахъ* можетъ существовать и во время беременности. Чаще всего образуется *отвислый животъ* (*venter propendens*) при *плоскихъ тазахъ*, такъ какъ тяжелая беременная матка не получаетъ достаточной опоры въ передней стѣнкѣ таза. Благодаря этому происходитъ большая подвижность и косыя или широкія формы матки, *наклоненія и загибы* ея впередъ. Ограниченное пространство *малаго таза* при его *сзуженіяхъ, укороченіи брюшной полости* при *сколіозахъ* также располагаютъ къ переднимъ загибамъ матки—въ первые мѣсяцы еще и *прямоовальные тазы*.

Со стороны *брюшныхъ покрововъ* къ смѣщеніямъ матки располагаютъ *вялость, расхождение (діастазъ) прямыхъ мышцъ живота, утонченіе фасцій и кожи*—со стороны *яйца—hydratnion* (рис. 92 и 129) и *беременность двойнями*.

Въ теченіе *первой* половины *беременности*, маточное *дно*, при кзади обращенной влагалищной части, упирается о лонное соединеніе ¹⁾ (настоящее *патологическое* смѣщеніе впередъ или взадъ можетъ существовать лишь вслѣдствіе *фиксации!*) Во *второй* половинѣ *беременности* дно выдается надъ лоннымъ соединеніемъ, или въ видѣ *тупого* угла (къ передней стѣнкѣ таза) (I степень *отвислаго живота*, рис. 93), или въ видѣ *прямого* угла, такъ что *пупокъ* образуетъ (рис. 92, 94) наиболѣе высокую точку такого *остроконечнаго живота* (II степень), или въ видѣ *остраго* угла, такъ что дно матки вмѣстѣ съ влагалищной частью стоятъ на одной высотѣ или нѣсколько ниже (III степень, рис. 101), а *животъ* въ сидячемъ или даже вертикальномъ положеніи *больной* *опирается на бедра*.

Sub partu можетъ наступить: *недостаточная потужная дѣятельность* или слабое напряженіе *брюшинаго прессы*. Опасное *оттѣсненіе* головки къ *крестцовому мысу*,—слѣд. приближеніе стрѣловиднаго шва къ послѣднему (срв. рис. 69, 70 и въ Акуш. атл. I рис. 15, «*Nägele*'вское отклоненіе») или *напираніе* головки на *лонное сочлененіе* при *изгибѣ позвоночника* (Акуш. атл. I, рис. 16 и болѣе сильныя степени)—приближеніе стрѣловиднаго шва къ лонной дугѣ (задне-темянная позиція). (Дальн. срв. при узкихъ тазахъ! спец. §§ 23, 24, 25в, 26а, и 6 (№ 8) 29).

Въ *терапевтическомъ* отношеніи смѣщеніе дна кпереди должно быть уравновѣшено спиннымъ положеніемъ роженицы и заднимъ укрѣпленіемъ матки помощью полотенца или бинта. (Оперативныя приемы срв. въ только что отмѣченныхъ §§).

Литература къ § 33.

Ahnfeld, A. f. Гуп. 13.

§ 34. Смѣщенія матки кзади.

Наклоненіе и изгибъ беременной матки кзади.

(Рис. 85, 86, 87).

Retroversio uteri gravidi, т. е. дно находится надъ

¹⁾ Здѣсь не лишне замѣтить, что въ первые 2 мѣсяца тѣло матки въ силу своей тяжести (рис. 29, 9) *физиологически* опускается глубже, благодаря чему оно образуетъ съ шейкой тупой уголъ. Этотъ процессъ къ концу *беременности* повторяется во 2-й разъ, если головка опускается низко въ тазъ (рис. 9, 29).

тазовой осью кзади, зѣвъ смѣщенъ кпереди безъ загиба оси маточнаго тѣла кзади. Къ этому смѣщенію можетъ присоеди- няться и загибъ *Retroflexio uteri gravidi*.

Если дно стоитъ подѣ крестцовымъ мысомъ, но выше на- ружнаго зѣва, то оба смѣщенія представляютъ собой *загибы I степени*, если на одинаковой высотѣ съ влагалищной частью матки—*II степени*; если ниже—*III степени*. Матка можетъ быть совершенно перевернута. Въ концѣ третьяго мѣсяца матка подвигается вверхъ у крестцоваго мыса, или изъ *ретрофлексіи* образуется *ретроверсія*, въ которой матка рѣдко остается до нормальнаго срока беременности = *ущемле- ніе* (рис. 85). Если часть плода отстываетъ отъ мыса по направленію вверхъ, то происходитъ *частичный загибъ матки назадъ* (рис. 86). Даже тогда еще можетъ произойти произ- вольное *вправленіе* (*repositio*), обусловленное отдѣленіемъ верхнихъ частей кпереди и внизъ, а также оттягиваніемъ вверхъ заднихъ нижнихъ частей.

Лежащая съ самаго начала въ крестцовой впадинѣ часть плода (обыкновенно головка) можетъ напирать, не *вверхъ*, а *внизъ* и *выпянуть промежность*, либо *вывернуть кпе- реди прямую кишку*, либо *прободать заднюю стѣнку рукава*, и появиться наружу *вмѣстѣ съ выпавшей загнутой назадъ маткой* (рис. 87). Кромѣ произвольнаго вправленія съ наступающимъ *выкидышемъ* или безъ него, появляются въ видѣ *послѣдствій*: циститъ съ *выкидышемъ* (задержаніе мочи съ разложениемъ ея и некротическій распадъ слизистой оболочки пузыря, рис. 58) и наконецъ упомянутыя прободенія прямой кишки, рукава или смертельный разрывъ пузыря, а также уремія. Иногда происходитъ умираніе плода.

Въ *диагностическомъ* отношеніи *ischuria paradoxa* при отсутствіи мѣсячныхъ всегда является очень важнымъ обстоя- тельствомъ. При изслѣдованіи обращается вниманіе на поло- женіе матки и ея величину! Уголъ загиба влагалищной части, направленный противъ лежащей кзади опухоли, съ которой *port. vagin.* находится въ связи, подтверждаетъ діагнозъ. Эта опухоль выпячиваетъ широкій задній сводъ рукава въ видѣ твердаго шара.

Этіологическими моментами являются плотныя сращения, плоскіе тазы и опухоли.

Терапевтически прежде всего показуется *вправление* *посль опорожненія пузыря (!) и кишечника (!)* Вправление производится посредствомъ оттягиванія влагалищной части *Muzeix'*евскими щипцами и подвиганіемъ вверхъ тѣла матки, частью со стороны задняго свода, частью со стороны брюшныхъ покрововъ.

Если *вправление не удается*, то показуется проколъ мочевого пузыря или искусственный выкидышь (зондъ, кривой бужъ), а при недостигаемомъ маточномъ зѣвѣ даже проколъ матки.

Литература къ § 34.

¹⁾ Schatz, A. f. Gyn. I.—²⁾ E. Martin, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. I. 1875.—³⁾ G. Veit, Volkm. Sammlg. 1879, 170.—⁴⁾ Breisky, Prag. med. Woch. 1880, 4.—⁵⁾ Krukenberg, A. f. Gyn. 19.—⁶⁾ Cohnstein, A. f. Gyn. 33.—⁷⁾ Benckiser, C. f. Gyn. (Total Exst. bei Retrofl. v. Olshausen).

§ 35. Выпаденіе беременной матки.

(Рис. 88, 28, 30, 31, 34).

Полное выпаденіе беременной матки (prolapsus uter gravidi completus) происходитъ только въ первой половинѣ беременности (рис. 88).

Неполное выпаденіе беременной матки (prolaps. ut. grav. incompl.) вслѣдствіе гипертрофіи шейки (причемъ стояніе дна матки въ разныя мѣсяцы беременности нормально, приподнято благодаря сильному напряженію стѣнокъ рукава и упомянутымъ въ § 15, а также въ рис. 28, 30, 31, 34 соединительнотканнымъ связкамъ) можетъ продолжаться въ теченіе всей беременности. Большею частью неполное выпаденіе существуетъ еще до беременности, въ противномъ случаѣ оно можетъ образоваться и безъ гипертрофіи шейки вслѣдствіе опухолей яичника (рис. 88), наружныхъ механическихъ причинъ, кашля, сильнаго натуживанія при дефекаціи и т. п. Въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ оно происходитъ *sub partu*, наприм. вслѣдствіе ригидности нижняго маточнаго сегмента (но не вслѣдствіе слишкомъ обширнаго таза или очень широкой дѣтородной щели, если только тазовое дно сильно). Во второй половинѣ беременности матка сама держится надъ тазовымъ входомъ. *Post partum* опять происходитъ выпаденіе.

Существующая при хроническомъ выпаденіи матки *ригидность шейки* часто является опаснымъ препятствіемъ во время родовъ; въ такихъ случаяхъ не производится вправление, а дѣлають заранѣе надрѣзы шейки, затѣмъ накладываютъ щипцы или перфорируютъ.

Операции, направленные противъ выпаденія матки, исполнть показуются во время беременности!

Литература къ § 35.

- ¹⁾ Hüter, Mon. f. Geb. 16. — ²⁾ Gusserow, Mon. f. Geb. 21. —
³⁾ Kraus, Inaug. Diss. Greifswald, 1880; Berlin 1875.

§ 36. Грыжа беременной матки (или hysterocoele).

(Рис. 95).

Беременная матка можетъ лежать въ *паховыхъ и брюшныхъ грыжахъ* (при бедренныхъ беременностяхъ еще никогда не наблюдалась). Произвольныя вправленія, прерываніе беременности, естественные роды *еще не* происходили при паховыхъ грыжахъ.

Головка ребенка вообще лежитъ обращенной противъ *грыжевого входа* (доказательство, что по конфигураціи матки опредѣляется положеніе младенца!)

Матка можетъ также быть оттянута въ грыжевой мѣшокъ вторично посредствомъ срощеній. Нѣкоторые изъ такихъ случаевъ врожденны, обыкновенно при *двурогой* или *однорогой* *маткѣ*.

Диагностически необходимо доказать связь между влажной частью и опухолью, находящейся въ грыжевомъ мѣшкѣ; прощупываніемъ дѣтскихъ частей *въ послѣднемъ* *опредѣляется беременность*.

Терапія: вправление, въ противномъ случаѣ искусственный выкидышъ, кесарское сѣченіе или удаленіе всей матки или ея рога (какъ въ изображенномъ случаѣ *Winckel'*я) или наконецъ кровавое расширеніе грыжевого входа (*P. Müller*).

Литература къ § 36.

v. Winckel и *Eisenhardt*, A. f. Gyn. 26.

ГЛАВА 2.

Опухоли полового аппарата.

§ 37. Фиброміомы матки.

(Рис. 96, 107, 97).

У беременных и родильницъ фиброміомы матки встрѣчаются значительно *рѣже* чѣмъ слѣдовало ожидать на основанія гинекологической практики. Причина этого кроется въ частомъ существованіи безплодія при міоматозѣ, или въ томъ, что такія опухоли развиваются послѣ 35-лѣтняго возраста, слѣд. въ концѣ періода женскаго плодородія. Крімъ того фиброміомы, въ особенности небольшія, не распознаются во время беременности (большія, наоборотъ, подавали поводъ къ ложному распознаванію двойней). Если же онѣ въ теченіе беременности или *sub partu* вызываютъ вообще какія либо расстройства, то дѣйствіе ихъ большею частью отражается весьма *вредно* на мать и ребенка.

Прежде всего вслѣдствіе *сзуженія пространства*: ребенокъ либо не можетъ *достаточно* развиться (рис. 17) и *умираетъ раньше* (выкидышъ) или впоследствии ¹⁾, либо часто происходитъ *уродство плода*, либо ребенокъ *совсѣмъ не можетъ пройти* черезъ *полость малого таза*, а если и можетъ, то не въ *черепномъ*, а только въ *тазовомъ* или *косомъ* положеніи. Иногда вслѣдствіе давленія надвигающейся головки *міома маточной шейки*, заграждая собой родовые пути при разрывѣ слизистой оболочки, вылучивается изъ своего ложа и такимъ образомъ «*рождается*» на свѣтъ (рис. 96). Благодаря загражденію родового канала *міомы шейки* являются *самыми опасными*.

Вторичныя послѣдствія сзуженія тазового пространства состоятъ въ *задержкѣ испражнений* и особенно *мочи* — даже съ *разрывомъ пузыря*, какъ при *retroflexio uteri gravidi*. Во время родовъ происходитъ *выпаденіе мелкихъ ча-*

¹⁾ При выкидышахъ по крайней мѣрѣ не участвуетъ существующее обыкновенно надъ міомами воспалительное разрастаніе *слизистой оболочки* (часто *привычно*).

стей или пуповины, разрывы преимущ. маточнаго дна (рис. 107) (въ противоположность болѣе частымъ разрывамъ нижняго маточнаго сегмента, вслѣдствіе суженія таза и проч.), которые обязаны своимъ происхожденіемъ скорѣе *измѣненному состоянію тканей*, и рѣже неравномѣрному дѣйствию маточной мускулатуры. Накопецъ происходятъ *поврежденія мягкихъ частей и костей дѣтскаго черепа*. Въ послѣродовомъ періодѣ замедленное сокращеніе вызываетъ *кровотеченіе и задержаніе послѣда*. Особеннымъ послѣдствіемъ пространственнаго суженія часто является *предлежаніе послѣда* ²⁾).

Затѣмъ гибельное вліяніе опухолей обуславливается *измѣненіемъ ихъ собственной, а также маточной ткани*. Быстро разрастаются не сократительные ³⁾, а фиброзные элементы, которые частью пропитываются отечно, частью перерождаются миксоидно или коллоидно. Дальнѣйшимъ послѣдствіемъ является *повышеніе заразительности, разрываемости, кровотечения, слабости потугъ* (случай «missed labour», особенно при внутримѣстнчныхъ міомахъ). Міомы легко подвергаются *размноженію и гніенію*.

Такимъ образомъ опасности *родовъ* обуславливаются продолжительной потужной дѣятельностью со вторичной слабостью потугъ, разрывами матки, загражденіемъ родового канала, неправильнымъ положеніемъ и членорасположеніемъ плода, ненормальнымъ мѣстомъ прикрѣпленія послѣда, атоническими кровотечениями, выпаденіемъ мелкихъ частей или пуповины.

Распознаваніе беременности, осложненной фиброміомой, въ большинствѣ случаевъ затруднительно и не поддается схематическому описанію. *Леченіе* назначается соотвѣтственно каждому отдѣльному случаю, приблизительно по слѣдующимъ правиламъ:

Рѣшающими моментами служатъ *мѣсто и величина опухоли*. *Маленькія міомы тѣла матки* вообще остаются неприкосновенными. *Большія полипозныя* удаляются посред-

²⁾ Также трубной беременности.

³⁾ По новѣйшимъ изслѣдованіямъ Cornil'я (Bull. de l'acad. de méd. 1893, 6) въ разрастаніи, по крайней мѣрѣ, внутримѣстнчныхъ міомовъ наибольшее участіе принимаютъ мышечные элементы (реф. мною въ С. Г. Гун. 1893).

ствомъ чревософченія съ сохраненіемъ яйца. *Широко-пузырчатая* или сидящія въ стѣнкахъ матки большія опухоли показываютъ удаленіе беременной матки по возможности поздно, чтобы сохранить ребенка.

Если опухоль *закрываетъ малый тазъ*, то во всѣхъ случаяхъ слѣдуетъ попытаться провзвести вправленіе; если *опухоль выполняетъ $\frac{1}{3}$ таза* и не вправляется, то при черепномъ положеніи дѣлають перфорацию, при положеніи тазовымъ концомъ извлеченіе; если же *опухоль выполняетъ $\frac{1}{2}$ таза*, то показуется *кесарское сфченіе*, при возможности образованія ножки—операциа *Porro* или—*вылущеніе* опухоли, когда послѣдняя не размножена ⁴⁾ попытками къ родоразрѣшенію.

Литература къ § 37.

¹⁾ *Spiegelberg*, Mon. f. Geb. 28; A. f. Gyn. V.—²⁾ *Löhlein*, Z. f. Geb. u. Gyn. I.—³⁾ *Sänger*, Kaiserschnitt b. Ut. Fibrom. Leipzig. 1882.—⁴⁾ *Hofmeier*, Myomotomie. Stuttgart. 1884, u. D. med. Woch. 1886 и Z. f. Geb. u. Gyn. XIV.—⁵⁾ *Stratz*, Z. f. Geb. u. Gyn. XII.—⁶⁾ *Fehling*, Deutsch. med. Woch. 1888, 49.—⁷⁾ *Gusserow*, Neubild. des Uterus, in Billroth's Handb. 1886.—⁸⁾ *E. Martin*, Z. f. Geb. u. Gyn. I, 1875.—⁹⁾ *Kaltenbach*, C. f. Gyn. 1880, 15.—¹⁰⁾ *Sänger*, Porro op., C. f. Gyn, 1885; A. f. Gyn. 26.—¹¹⁾ *Frommel*, Münch. med. Woch. 1880, 52 —¹²⁾ *Leopold*, Stuttg. 1888. Kaiserschn. u. seine Stellg.—¹³⁾ *Landau*, Klin. Vortr. N. F. 26.

§ 38. Ракъ матки.

(Рис. 106).

Въ видѣ осложненія беременности *ракъ матки* встрѣчается еще рѣже, причеиъ вліяніе его на мать и ребенка совершенно печальное. Сама опухоль быстро прогрессируетъ. *Послѣдствія* ея двояки:

Либо *твердая еще опухоль совершенно задерживаетъ выхожденіе ребенка* или замедляетъ послѣднее, причеиъ происходятъ надрывы—даже до мочевого пузыря—и наконецъ является необходимость извлекать ребенка по частямъ; твердая ткань можетъ препятствовать сокращенію венъ и причинить такимъ образомъ на изъявленнхъ мѣстахъ *воздушную эмболию*.

⁴⁾ Дальн. касат. «послѣродового періода» срв. въ моемъ Гинек. атл. также и касат. предидущ. и послѣдующ. §§.

Либо *измѣненіе ткани* вызываетъ *кровотеченія* и *отдѣленіе распадающейся ткани* — высоко простирающіяся раковыя опухоли обуславливаютъ *выкидыши*, измѣненія въ плацентарной или зародышевой ткани посредствомъ вторичныхъ заболѣваній и преждевременное изгнаніе плода ¹⁾; — далѣе измѣненная въ своей ткани матка характеризуется *слабымъ выработываніемъ потугъ и послѣдовательными кровотечениями*; наконецъ легко наступаютъ *надрывы* на язвенно *размягченныхъ* частяхъ, слѣдовательно, особенно на шейкѣ (рис. 106) и влагалищномъ сводѣ.

Преждевременные роды *чаще* подають поводъ къ *положеніямъ тазовымъ концомъ*.

Распознаваніе въ противоположность разложившимся *остаткамъ послѣ выкидыша*, распавшимся *міомамъ*, *кондиломамъ* влагалищнаго свода ставится на основаніи *канкронидныхъ трубочекъ* и *гнѣздъ* въ удаленныхъ для изслѣдованія частяхъ ²⁾.

Леченіе сводится на помощь матери противъ ея основной болѣзни ²⁾. Поэтому комбинируютъ:

а) искусственные преждевременные роды + влагалищная экстирпация тотчасъ послѣ нихъ—б) кесарское сѣченіе вмѣстѣ съ операцией *Freund'a*.

Въ другихъ случаяхъ при наступленіи родовъ *устраненіе препятствій* посредствомъ удаленія маточныхъ губъ, *надрѣзовъ*, если поражены *обѣ* губы, и затѣмъ щипцы при достаточномъ расширеніи зѣва. Но если шейка всетаки ригидна, то только *кесарское сѣченіе!*

Литература къ § 38.

- ¹⁾ *Cohnstein*, A. f. Gyn. V.—²⁾ *Pfannkuch*. A. f. Gyn. VII.—
³⁾ *Wiener*, Bresl. ärztl. Ztschr. 1880, 4.—⁴⁾ *Felsenreich*, Wien. med. Presse 1883.—⁵⁾ *Buddepe*, Dtsch. med. Woch. 1879, 193.—
⁶⁾ *Valenta*, A. f. Gyn. X.—⁷⁾ *Stratz*, Z. f. Geb. u. Gyn. XII.—
⁸⁾ *Olshausen*, Mou. f. Geb. 24.—⁹⁾ *Zahn*, Münch. med. Woch. 1887, 42, Lufteintritt in. d. Uterinvenen.—¹⁰⁾ *Frommel*, Z. f. Geb. u. Gyn. V.—¹¹⁾ *Kaltenbach*. Beitr. z. Geb. u. Gyn., *Hegar'sche* Festschr. Stuttg. 1891.—¹²⁾ *Löhlein*, C. f. Gyn. 1891, 10.

¹⁾ Кровоизліаніе въ отпадающую и водную оболочку.

²⁾ Срв. канкрондую сосочковую опухоль въ гинек. атл.

§ 39. Родовыя препятствія въ мягкихъ частяхъ „выходной трубки“.

(Рис. 96, 99).

Эти препятствія обусловливаются фиброзными, миоматозными и кистовидными опухолями рукава, крайне рѣдко причиняющими значительное препятствіе въ акушерскомъ отношеніи. Всѣ онѣ дѣйствуютъ подобно *миомъ шейки*, изгоняющейся наружу на рис. 96. Далѣе родовыя препятствія вызываются подкожными кровяными опухолями влагалища и наружныхъ половыхъ частей, образующимися въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ уже *sub partu* благодаря легкой разрываемости венныхъ сплетеній и усиленному внутрибрюшному давленію. При родахъ двойнями онѣ иногда представляютъ весьма серьезное осложненіе.

Другія опухолеобразныя суженія происходятъ вслѣдствіе значительнаго *выпаденія пузыря* (cystocele) при выворотѣ влагалища. Они особенно опасны, если причиной ихъ является *камень мочевого пузыря*. Тогда тотчасъ же слѣдуетъ произвести «камнестѣченіе». При обыкновенномъ выпаденіи пузыря нельзя медлить *выпусканіемъ мочи!* (вогнутость катетра должна быть направлена соотвѣтственно къзади загнутому мочеиспускательному каналу внизъ!)

Еще другія препятствія образуются *остатками перегородокъ при раздѣленномъ родовомъ каналѣ* (рис. 99) *воспалительными сращениями* ¹⁾, *врожденной непроходимостью или ригидностью* шейки влагалища, дѣвственной плевы или наружныхъ половыхъ частей (малыхъ губъ) (срв. § 60). Въ этихъ случаяхъ дѣло можетъ дойти до глубокихъ разрывовъ, достигающихъ сосѣднихъ органовъ или до отрыва напр. наружнаго зѣва, такъ что можетъ явиться показаніе къ перфорациі или кесарскому сѣченію (срв. предыдущ. §).

Литература къ § 39.

- 1) Zweifel, A. f. Gyn. V. Atresia cervicis. — A. f. Gyn. XII. —
2) Heyder, A. f. Gyn. 36. Atresia vaginae. — 3) Müller, Würzb.

1) Срв. мой гinek. атл. «Conglutinatio cervicis»; стенозы и остро пріобрѣтеныя влагалищныя атрезіи, напр. посредствомъ прижиганій; такой случай былъ въ 18^{92/93} г. въ Мюнх. гинеколог. клиникѣ: раств. азотн. кисл. былъ примененъ какъ abortivum, оперативное вскрытіе нѣсколько дней передъ родами, затѣмъ прободеніе ребенка. Рубцовый стенозъ.

med. Ztschr. VII. Verwachsung der Vulvatheile. — 4) *Kleinwächter*, Scheiden-Fibromyome, Prag. Ztschr. f. Heilk. 1882, Prag. Vierteljahresschr. 1870. III. — 5) *Гуленбергеръ*, Pet. med. Ztschr. V, 3. 1875. Blasensteine. — 6) *Elstner*. Hypertr. der vord. Mm.-Leippe als Complicat. d. Geb., Diss. Breslau 1875. — 7) *Hirte*, A. f. Gyn. VII, 8) *Ruge*, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. — 9) *Löhlein*, Mm. Stenose, Z. f. Geb. u. G. I. — 10) *Chrobak*, Dystok. d. Cervix anom. Wien. klin. Wochenschr. 1890. — 11) *Runge*, Atres. A. f. Gyn. 41. — 12) *Neugebauer*, Bresl. klin. Beitr. z. Gyn. 1885. 7 и — 13) *Wyder*, C. f. Gyn. 1885, 7, Scheiden u. Vulva-Stenosen. — 14) *Ahlfeld*, Geb. b. Hymen-atresie. Z. f. Geb. u. Gyn. 1891.

§ 40. Опухоли яичниковъ.

(Рис. 88, 97).

Подобно фиброміомамъ и злокачественнымъ опухолямъ матки, кисты яичниковъ также могутъ быть причиною затрудненнаго зачатія и, какъ тѣ, онѣ также *увеличиваются вьбихновенно во время беременности*. Если опухоль выполняетъ тазовой входъ, то шейка матки отъсняется къ наружнымъ половымъ частямъ (рис. 88) и происходитъ *выкидышъ* ¹⁾ въ рѣдкихъ случаяхъ. Въ большинствѣ случаевъ плодъ въ состояніи сильно развиваться даже тогда, когда онъ расположенъ частью подъ, частью сзади кисты (аналогично рис. 97 при маточныхъ фиброміомахъ). При только что упомянутомъ положеніи *распознаваніе* беременности затруднительно, когда сильное растяженіе опухоли дѣлаетъ невозможнымъ выстукиваніе и выслушваніе. Констатированіе зыбленія, ножки бугристой опухоли и подвижности ея рядомъ съ увеличеніемъ матки, впрочемъ, не представляетъ особыхъ затрудненій ²⁾.

Такъ какъ во время беременности и въ теченіе родовъ существуетъ опасность вслѣдствіе возможности *разрыва* опухоли или *скручиванія ножки* съ послѣдовательнымъ кровотеченіемъ во внутренность опухоли, то *терапевтически* уже *во время беременности* показуется *оперативное* вмѣшательство (овариотомія), хотя и возможно самопроизвольное вправленіе кисты или уплощеніе ея безъ разрыва.

¹⁾ Изгнаніе плода совершается вслѣдствіе механическаго суженія пространства, косвенно вслѣдствіе умиранія плода по той же причинѣ, и вслѣдствіе оттягиванія матки и возбужденія потугъ.

²⁾ Болѣе точная діагностика въ моемъ гinek. атл.

Лишь въ видѣ исключенія слѣдуетъ (напр. въ последнемъ случаѣ) прибѣгать только къ *проколу опухоли* или даже къ искусственному прерыванію беременности (напр. при невозможности вправить вслѣдствіе сильныхъ сращеній или при плотныхъ кистахъ яичника, не поддающихся проколу).

Sub partu: попытки къ вправленію, проколъ; если еще возможно *вагинальная овариотомія*, въ другихъ случаяхъ кесарское сѣченіе.

Литература къ § 40.

¹⁾ *Olshausen*, Krankh. der Ovar. 1886, pag. 391.—²⁾ *Wernich*, Berl. Beitr. z. Geb. II, pag. 143. — ³⁾ *Ruge*, Z. f. Geb. u. Gyn. I, 1875.—⁴⁾ *Schröder*, Z. f. Geb. u. Gyn. V.—⁵⁾ *Stratz*, Z. f. Geb. u. Gyn. XII.—⁶⁾ *Schauta*, Wien. med. Bl. 1882. № 29.—⁷⁾ *Fehling*, Deutsche med. Woch. 1888, № 49. — ⁸⁾ *Lomer*, A. f. Gyn. 19.—⁹⁾ *Fischel*, Prag. med. Woch. 1881, 43; 1882, 6.—¹⁰⁾ *Kleinwächter*, A. f. Gyn. 1872. (Fibroma Ovar.)—¹¹⁾ *Lohs*, Deutsche med. Woch. 1878.—¹²⁾ *Ahlfeld*, Ber. u. Arb. II, 1885.—¹³⁾ *Heischmann*, Prag. Ztschr. VII. 1886.—¹⁴⁾ *Fehling*, D. med. Woch. 1888.—¹⁵⁾ *Dohrn*, M. f. Geb. 29 u.—¹⁶⁾ *Sänger*, Festschr. etc. Leipzig 1881, Tumoren der Becken-Organe.—¹⁷⁾ *Kaltenbach*, Z. f. Geb. u. G. IV. Carcin. d. Rect.

ГЛАВА 3.

§ 41. Вліяніе аномалій развитія матки на беременность и роды.

(Рис. 99, 100).

Однорогая матка (*Uterus unicornis*) вслѣдствіе истонченія стѣнокъ можетъ представлять опасность въ смыслѣ разрыва. Точный *диагнозъ* ставится съ трудомъ, даже при существованіи рудиментарнаго придаточнаго рога (развѣ если перегородка влагалища заставляетъ подозрѣвать раздвоеніе матки). *Беременность* можетъ произойти и въ *придаточномъ рогу*. Такая беременность ничѣмъ не отличается отъ внѣматочной и заключаетъ въ себѣ тѣ же опасности.

Иначе дѣло обстоитъ при *двурогой маткѣ* (*Uterus bicornis*). Чѣмъ дальше идетъ дѣленіе *Müller*'овскихъ протоковъ, тѣмъ больше самостоятельность функций; при двурогой маткѣ появляется отдѣльная потужная дѣятельность, такъ что

даже при существованіи беременности въ каждомъ рогѣ, изгнаніе плодовъ можетъ происходить послѣ большихъ промежутковъ ¹⁾).

Мускулатура двурогой матки *сильно развита*, поэтому плодъ *большую часть донашивается до срока*. *Небеременная часть* участвуетъ въ образованіи отпадающей оболочки и въ увеличеніи мускулатуры (рис. 99). Чѣмъ дальше идетъ раздѣленіе, тѣмъ слабѣе становится участіе.

Также дѣло обстоитъ съ *положеніемъ плода*; при полномъ *раздѣленіи роговъ*: вертикальное положеніе съ предлежаніемъ головки; при *общей полости* матки чаще бываютъ тазовыя предлежанія; при *uterus introrsum arcuatus* (рис. 100) вслѣдствіе расширенія тѣла матки легче происходитъ *косое положеніе* (чему, конечно, можетъ способствовать частое укороченіе прямого размѣра таза при наличности этихъ пороковъ развитія). Вслѣдствіе относительной ширины полости матки часто образуется также предлежаніе послѣда.

Роды: Неправильное осевое направленіе беременнаго маточнаго рога уже à priori допускаетъ заключеніе объ изгнаніи плода въ *косомъ* направленіи, такъ что *противоположная стѣнка таза* (рис. 99) представляетъ сильное противодействіе, которое при неравномѣрномъ распредѣленіи мускулатуры, при частомъ смѣщеніи небеременнаго рога можетъ повести къ *разрыву* нижняго маточнаго сегмента или къ *чрезмѣрному замедленію родовъ* (missed labour). Тотъ же эффектъ для влагалища можетъ имѣть твердая перегородка послѣдняго. Происходятъ сильныя кровотеченія, если послѣдъ прикрѣпленъ къ маточной перегородкѣ, неспособной къ сокращенію.

Другое родовое препятствіе головка можетъ встрѣтить на *fig. vesico-rectale*, которое нерѣдко продолжаетъ существовать въ видѣ остатка амниопластической причины задержаннаго развитія.

Распознаванію беременная двурогая матка поддается съ трудомъ, а именно *болѣе слабыя* степени этой аномаліи легче, чѣмъ болѣе выраженныя. У первыхъ *вся* общая часть занята

¹⁾ При *uterus didelphys*, т. е. при развитіи двухъ совершенно раздѣленныхъ половинокъ матки, и даже при *ut. septus* происходятъ правильныя мѣсячныя одной матки (съ продолженіемъ овуляціи) при беременности другой.

яйцомъ, вслѣдствіе чего діагноцируются *оба рога, высоко примыкающіе къ маткѣ* (рис. 99); при болѣе сильныхъ степеняхъ, напротивъ, яйцо лежитъ въ одной сторонѣ; другая гипертрофируется мало и прощупывается неясвенно (рис. 100).

Литература къ § 41.

1) *Kussmaul*, Von dem Mangel, der Verkümmerng und Verdopplung der Gebärmutter. Würzburg 1859.—2) *L. Fürst*, Mon. f. Geb. 30, 1867, Bildungsfehler.—3) *Müller*, A. f. Gyn. V.—4) *Moldenhauer*, A. f. Gyn. VII.—5) *Schatz*, A. f. Gyn. II und—6) *Stadfeldt*, C. f. Gyn. 1879, Bildungsfehler der weibl. Genital.—7) *Leopold*, Ueberwanderung des Eies dabei, A. f. Gyn. XVI.—8) *Himmelfarb*, Gravid. eines rudimentären Nebenhorns, Münch. med. Woch. 1888, 17, 18.—9) *Werth*, Ut. bicorn., Fruchttretention, A. f. Gyn. 17.—10) *Kaltenbach*, Verhandl. d. D. Ges. f. Naturf. 1883.—11) *Sänger*, Verh. d. Ges. f. Geb., Leipzig 1882.—12) *Wiener*, A. f. Gyn. 26.

ОТДѢЛЪ IV.

§ 42. Разрывы матки во время беременности и родовъ.

(Рис. 102—107, 140, 100, 98, 69—71).

Разрывы во время беременности, особенно сопровождающіеся тяжелыми явленіями инфекціи, заставляютъ подозрѣвать попытки къ преступному выкидышу. Очень часто явно лопнувшіе рудиментарные рога матки или трубныя мѣшки принимаются за разрывы нормально сформированной матки. Произвольные разрывы происходятъ при рубцахъ послѣ кесарскаго сѣченія.

Во время родовъ различаются этиологически:

а) Разрывы, б) прогиранія—по дѣйствию: а) неполные, б) полные или проникающіе (съ полнымъ выступаніемъ плода въ брюшную полость или безъ этого)—по мѣсту нахождения: 1) разрывы дна, 2) поперечные разрывы до полного отдѣленія тѣла матки отъ рукава, 3) простые разрывы шейки, 4) послѣдніе со вскрытіемъ влагалищнаго свода, особенно опасны вслѣдствіе возможности инфекціи.

Нормально функционирующая во время родовъ матка состоитъ изъ сократительнаго мышечнаго слоя тѣла, оканчивающагося контракціоннымъ кольцомъ, и растянутого «нижняго маточнаго сегмента». Послѣдній охватываетъ нижнюю часть тѣла матки (до передняго прикрѣпленія брюшины подвигающаго вверхъ) + шейку (срв. § 8). Нижнюю опору матка находитъ въ плотныхъ соединительнотканыхъ пучкахъ нижней части шейки, влагалищнаго свода и *Mm. retractores uteri* (§§ 8, 15). Сопротивленіе образуетъ подвигающееся туловище ребенка при прохожденіи ребенка черезъ тазовой входъ при полномъ открытіи наружнаго зѣва. Обусловленные этимъ

разрывы изложены въ § 8 и изображены на рис. 102, 107, составл. по ориг. препаратамъ. Чрезмѣрное расширеніе вслѣдствіе *растяженія* усиливается еще *давленіемъ* папирающей головки на стѣнки матки—поэтому разрывы происходятъ при *головной водянкѣ* (hydrocephalus) и безъ суженія таза (рис. 140) или особенно при *косыхъ положеніяхъ* (срв. рис. 100 и въ Акуш. атл. I, рис. 45, 14; при родахъ перегнутымъ пополамъ тѣломъ рис. 49, самонизворотѣ рис. 52 и друг.). *Контракціонное кольцо* отходитъ назадъ по головкѣ до высоты пупка при сильномъ напряженіи и утонченіи *нижняго маточнаго сегмента*; туловище ребенка вытѣсняется въ нижній отрѣзокъ матки и *выпячивается послѣдній*. Теперь начинается опасный моментъ! Сократившаяся *часть дна* фиксируется туго натянутыми круглыми связками. Если *брюшной прессъ* не въ состояніи втиснуть головку въ малый тазъ, то головка становится опасной вслѣдствіе сильнаго давленія, передаваемого черезъ туловище ребенка на безъ того уже сильно сжатую стѣнку матки. Это давленіе возбуждаетъ *нервные центры* (§ 14), а вмѣстѣ съ тѣмъ рефлекторно потуги и брюшной прессъ. Описанное въ § 11 *осевое давленіе плода* въ главныхъ чертахъ опредѣляетъ *мѣсто разрыва*. Давленіе можетъ быть увеличено *введеніемъ руки въ матку* (*насильственный разрывъ*). Поэтому изъ *продольныхъ*—*боковые разрывы* встрѣчаются чаще всего.

Разрывы начинаются въ видѣ *субперитонеальныхъ гематомъ* вслѣдствіе расхожденія мышечныхъ волоконъ; благодаря этому брюшина можетъ широко отдѣлиться, безъ того, чтобы дѣло дошло до *полнаго* или *проникающаго* въ полость живота разрыва (рис. 98).

Разрывы *передней* и *задней* стѣнокъ встрѣчаются рѣже, хотя, по собранному мною *101 полному разрыву съ совершеннымъ выходомъ плода* въ брюшную полость, они, кажется, чаще всего бывають при такихъ обстоятельствахъ. Среди ихъ наблюдались также сами по себѣ *рѣдкіе разрывы дна* ¹⁾, подобно упомянутому мною въ соотв. мѣстѣ случай *Simpson'a* (какъ полагалось, съ жировымъ перерожденіемъ

¹⁾ На 107 рис. я привожу такой препаратъ изъ Мюнх. гинек. клин, о которомъ, къ сожалѣнію, отсутствуютъ всѣ свѣдѣнія. Рубецъ ли это послѣ кесарскаго сѣченія? Разрывъ безусловно соотвѣтствуетъ дну.

мышечнаго слоя, но изслѣдованный лишь на 3-й день послѣ родовъ). Выхожденіе можетъ послѣдовать *при вполне сохраненномъ плодномъ пузырьѣ*—особенно при разошедшемся рубцѣ послѣ кесарскаго сѣченія—или часто при выдѣленіи въ полость живота околоплодной жидкости, которая сама по себѣ, однако, не вызываетъ никакого зараженія. Наибольше неблагопріятными являются *поперечные* и осложненные *вскрытіемъ влагалишнаго свода* разрывы.

Для *распознаванія* громадное значеніе имѣетъ время *начала чрезмѣрнаго растяженія* «нижняго маточнаго отрѣзка!» Контракціонное кольцо стоитъ высоко (т. е. на ладонь надъ лоннымъ соединеніемъ до уровня пупка), головка не вступаетъ въ малый тазъ, *нижній отдѣлъ матки выпячивается* брюшные покровы, какъ при наполненномъ мочевомъ пузырьѣ! онъ напряженъ, равно и *круглыя связки!* *Часть дна* весьма мала и тверда, безъ дѣтскихъ частей. *Потуги* слѣдуютъ одна за другой; *пульсъ и дыханіе* становятся неощутимыми.

Если затѣмъ наступаетъ быстрый *коллапсъ* при *прекратившейся потужной дѣятельности* и *кровотеченіи изъ рукава*, то *разрывъ* уже произошелъ. Это легко распознается снаружи: *вводитъ руку для внутренняго изслѣдованія не нужно*, такъ какъ оно причиняетъ боли и увеличиваетъ опасность гнилостнаго зараженія.

Леченіе: при *угрожающемъ* разрывѣ матки слѣдуетъ во что бы то ни стало *тотчасъ-же* окончить роды; при условномъ показаніи къ кесарскому сѣченію можно отказаться отъ его производства въ виду того, что приготовленія къ операціи по всемъ правиламъ антисептики требуютъ слишкомъ много времени;—такимъ образомъ показываются: *прободеніе* и *краниоклазія*,—*во ни въ какомъ случаѣ* поворотъ.

При уже *происшедшемъ* разрывѣ производится *извлеченіе* ребенка *per vias naturales!* При *полномъ* выхожденіи ребенка въ брюшную полость также дѣлаются попытки къ извлеченію. Мое намѣреніе высказаться въ пользу *чревостыченія* ¹⁾ (koeliotomia) на основаніи сопоставленія результатовъ болѣе 100 подобныхъ случаевъ, я буду считать достигнутымъ

¹⁾ Münch. med. Woch. 1889 и Inaug. Diss. München, 1886.

до тѣхъ поръ, пока другая статистика, выведенная хотя бы изъ дюжины подобныхъ случаевъ, но оконченныхъ родоразрѣшеніемъ *per vias naturales*, не убѣдитъ меня въ лучшихъ результатахъ. Въ до-антисептическое время исходъ операціи былъ во всякомъ случаѣ хуже. Чревосѣченіе дѣлаетъ болѣе удобнымъ остановку кровотеченія и наложеніе маточныхъ швовъ, насколько послѣднее необходимо. Но *опасность ея* заключается въ доступѣ воздуха и перебираниіи внутренностей руками, губками, марлевыми тампонами и въ прижиганіи противугнилотными жидкостями. Все это должно быть по возможности устранено. Послѣдовавшее уже зараженіе не уничтожается, но столь легко происходящія самыя незначительныя слущиванія эндотелія серозной оболочки производятъ тысячу путей для проникновенія заразы. Если всего этого удалось избѣгнуть, то вскрытіе брюшной полости даетъ благопріятный исходъ, какъ при туберкулезномъ перитонитѣ [доказано недавно экспериментальными и бактериологическими опытами *Barbasi*¹⁾].

Далѣе примѣняется *дренажъ* Дугласова пространства, соединенный съ *сжатіемъ* живота. (Дренажъ при случаѣ посредствомъ іодоформенной марли по *Dührssen*'у).

Вскрытіе влагалищнаго свода съ лапаротоміей всегда давало смертельный исходъ; только одинъ случай *Leopold*'а окончился выздоровленіемъ при помощи операціи *Porro*!

Прочіе *успѣшные результаты чревосѣченія* колебались, начиная съ самыхъ дурныхъ до наиболѣе благопріятныхъ условий, между 26%—100%. Т. е. 26%, когда при сильной *продолжительности родовъ* производились *попытки* къ другимъ оперативнымъ приѣмамъ или когда была вскрыта *excavatio vesico-uterina*; 44—47%—при болѣе сильной продолжительности родовъ безъ попытокъ къ операціямъ съ выхожденіемъ околоплодной жидкости.

Всѣ эти результаты, въ сравненіи съ таковыми кесарскаго сѣченія, являются далеко не дурными. Поэтому они предостерегаютъ отъ другихъ *родоразрѣшающихъ операцій per vias naturales*.

¹⁾ Реф. мною въ С. Г. Гуп. въ концѣ 1893 г.

Протиранія.

Какъ видно изъ прибавл. къ § 5 и § 22, а также рис. 69—71, головка ребенка испытываетъ характеристическія вдавленія, могущія повести къ кровоизліяніямъ, омертвѣніямъ и надломамъ. *Соответствующая часть шейки* также *протирается* и приводится влѣдствіе давленія въ состояніе некроза. Излюбленными мѣстами являются *крестцовый мысъ* и столь частыя при рахитическихъ тазахъ *«остистыя образования»*, далѣе *лонное сочлененіе* и *рестеп*. Какъ показываетъ рис. 105, такіе дефекты образуютъ своеобразныя *круглыя* воронкообразныя формы. Большею частью они заживаютъ произвольно, тотчасъ же инкапсулируясь посредствомъ *слипчиваго перитонита*. Особыхъ симптомовъ для нихъ не существуетъ.

Переднія протиранія вызываютъ *мочеполовые свищи*; чаще всего послѣдніе обуславливаются *некрозомъ*. Омертвѣвшая тканевая пробка спустя нѣсколько дней выпадаетъ; поэтому *вытекание мочи по каплямъ* открывается на 3—4 день послѣ родовъ. (Леч. срв. въ моемъ гинек. атл.).

§ 43. Надрывы шейки.

(Рис. 38).

Менѣе важное значеніе въ острыхъ случаяхъ имѣютъ *надрывы маточнаго зѣва*, несмотря на то, что они получаютъ характерныя язвенныя измѣненія при инфекціи.

Болѣе глубокіе, преимущ. инструментами вызванныя *разрывы шейки*, при переходѣ ихъ на влагалищный сводъ или въ подбрюшинную соединительную ткань, пріобрѣтаютъ чрезвычайно важное значеніе, благодаря тому, что они вступаютъ въ область *развѣтвленій маточной артеріи* (срв. § 13, рис. 38). Въ *діагностическомъ* отношеніи важно различать *атоническое* кровотеченіе отъ *травматическаго*. Если матка *тверда на-ощупь*, то тогда лишь мы можемъ — хорошо обеззаразивъ себя — обслѣдовать пальцемъ слизистую оболочку рукава, влагалищной части и шейки относительно существованія такихъ разрывовъ. *Леченіе*: швы, либо (по Veit'у) безъ зер-

кала «впотьмахъ» подь руководствомъ двухъ пальцевъ при помощи иглодержателя—между тѣмъ какъ матка отдавливается внизъ—или съ зеркаломъ и *Mnzeux*'евскими щипцами. При отсутствіи матеріала для лигатуръ или помощниковъ, производится тампонація по старому методу.

Круговые разрывы влагалищной части матки (срв. рис. 126 въ Акушерствѣ *Winckel*'я I изд. и въ Атласѣ *A. Martin*'а, случай *Staude*) происходятъ при ригидности наружнаго зѣва, при узкомъ тазѣ и ущемленіи нижней части *port. vag.*: при отекаѣ, вслѣдствіе растягиванія щипцами. Опасность ихъ обусловливается не кровотечениями, а возможностью инфекціи (срв. § 60).

Разрывы влагалища и промежности срв. § 60.

Литература къ §§ 42 и 43. (Срв. § 8 и § 59—61 Лит.).

- ¹⁾ *Bandl*, Rupt. d. Gebärmutter u. ihre Mechanik. Wien 1875.—
²⁾ *Krukenberg*, A. f. Gyn. 28.—³⁾ *O. Schaeffer*, Behandl. der Rupt. ut. compl. m. tot. Austritt des Kindes in d. Bauchhöhle (Casuist. 101 Fälle). Münch. med. Woch. u. In. Diss. München 1889.—
⁴⁾ *Olshausen*, Durchreibungen u. Rupturen des Uterus. Mon. f. Geb. 20.—⁵⁾ *Frommel*, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. V.—⁶⁾ *Hofmeier*, z. f. Geb. u. Gyn. VI.—⁷⁾ *Kaltenbach*, c. f. Gyn. 1883.—⁸⁾ *Piskaček*, Beitr. z. Therapie u. Casuist. d. Uterusrupt. Wien 1889.—⁹⁾ *Leopold*, A. f. Gyn. 36.—Verh. d. II Congr. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Leipzig 1888.—¹⁰⁾ *Löhlein*, Z. f. Geb. u. Gyn. I, 1875. Неполные разрывы. Разрывы шейки: ¹¹⁾ *Fritsch*, Deutsche Zeitschr. f. pract. Med. 1877, 36, 37.—¹²⁾ *Kaltenbach*, Z. f. Geb. u. Gyn. II.—¹³⁾ *Spiegelberg*, Bresl. arztl. Z. 1879, I.—¹⁴⁾ *Schauta*, Wien. med. Presse 1880, 35.—¹⁵⁾ *Breus*, Wien med. Bl. 1883, 50. — ¹⁶⁾ *Bayer*, A. f. Gyn. 21.—¹⁷⁾ *W. A. Freund*, Gyn. Klin. I, 1885. Scheidenriss.—Разрывы промежности: ¹⁸⁾ *Schultze*, Mon. f. Geb. 12.—¹⁹⁾ *Olshausen*, Volkm's Sammlg. 44, 1872.—²⁰⁾ *Fasbender*, Z. f. Geb. u. Gyn. II.—²¹⁾ *Kehrer*, D. prakt. Arzt, 1878, 5 и 7.—²²⁾ *J. Veit*, Deutsche med. Woch. 1881, 20.—Центральн. разрывы промежности: ²³⁾ *Stadtfeldt*, C. f. Gyn. 1881.—²⁴⁾ *Osterloh*, C. f. Gyn. 1884. Thromb. vagin. et vulvae.—²⁵⁾ *v. Winckel*, Path. u. Ther. d. Woch. (пер. на русскій языкъ).—²⁶⁾ *Wernich*, Berl. Beitr. z. Geb. III, 1874.

ОТДѢЛЪ V.

Ненормальная вѣдренія яйца: вѣматочная беременность и предлежанія послѣда.

§ 44. Трубная беременность.

(Рис. 108, 109, 110, 112, 115, 46, 126, 127).

Вѣматочная беременность чаще всего помѣщается въ *трубу*, а именно въ ея *средней* и *свободной* части. Отъ *средней* части плодный мѣшокъ можетъ завернуться между листками широкой связки—слѣдоват. *внутрисвязочно*. Вѣдреніе плода, происшедшее *внутрисвязочно* вслѣдствіе *разрыва*, названо «*grossesse sous-péritoneo-pelviennne*».

При существованіи *трубно-яичниковыхъ кистъ* оплодотворенное яйцо можетъ вѣдриться въ нихъ, также въ *дивертикулахъ* трубы.

Если *яйцо* развивается на *бахромчатомъ концѣ*, то образуется большею частью *трубно-брюшная беременность*.

Всѣ эти плодные мѣшки *диагностируются* въ видѣ *опухолей*, сидящихъ на ножкахъ (рис. 108).

Плодные мѣшки, помѣщающіеся въ *isthmus tubae* обуславливаютъ *промежуточную трубно-маточную беременность* (рис. 112); анатомически послѣдняя отличается отъ трубной беременности тѣмъ, что *круглая связка* лежитъ *сбоку*, а полость яйца *вдаётся* въ матку. При этомъ оба отверстия трубы закрыты.

Трубный плодный мѣшокъ образуется изъ *брюшины*, мышечнаго слоя трубы (рис. 46), трубной *decidua vera* и (обыкновенно существующей) *circumflexa*, ворсистой и водной оболочекъ плода.

Decidua vera образуется из стромы трубной слизистой оболочки, в то время как последняя разрастается при развитии больших клеток после отпадения цилиндрических эпителиев и ворсинки chorii вдаются в сосочки стромы, превращенные таким образом в decidua или в новообразованныя возвышенія, расположенныя въ видѣ стѣи. Межворсинчатый кругъ обращенія материнской крови (во II мѣсяцѣ) иногда восстанавливается, но болѣе тѣсное сплетеніе ворсинокъ плода и веретенообразныхъ клетокъ или капилляровъ материнской decidua никогда не существуетъ на *zona serotinalis*. При промежуточной (трубно-маточной) беременности decidua слизистой оболочки очень тонка; поэтому здѣсь ворсинки видимо вкапываются въ мышечныя пучки и видѣются въ капилляры вѣнь.

Слизистая оболочка матки вслѣдствіе разрастанія большихъ клетокъ также превращается въ *decidua graviditatis* при одновременномъ увеличеніи всего органа въ длину и ширину. Эта отпадающая оболочка матки изгоняется во II—IV мѣсяцѣ, сопровождаясь кровотечениями (рис. 58, 126, 127). Поверхностный слой не покрытъ эпителиемъ и находящіяся здѣсь просвѣты железъ, также лишенные эпителия, сужены до minimum'a, зато капилляры широки. Въ глубинѣ протоки железъ выстланы многослойнымъ эпителиемъ.

Распознаваніе въ большинствѣ случаевъ—особенно въ первые мѣсяцы—бываетъ весьма затруднительно.

Упомянутое изгнаніе отпадающей оболочки (рис. 126, 127) является важнымъ признакомъ, дающимъ право на введеніе зонда въ маточную полость, которая согласно вышесказанному увеличена во всѣхъ направленіяхъ, но пуста. Decidua обнаруживаетъ на оторвавшейся сторонѣ, между неправильными надрывами, отверстія железъ; на другой, обращенной къ полости матки, сторонѣ, послѣднія, находясь между болѣе тонкой, почти правильной, косо-смѣщенной четырехугольной складчатостью, имѣютъ сходство съ вязанымъ одѣяломъ.

Двойнымъ изслѣдованіемъ опредѣляется опухоль, не принадлежащая маткѣ и снабженная—при беременности въ свободномъ концѣ трубы—ножкой. Такая опухоль мягка, эластична (ребенокъ тогда, съ большой вѣроятностью, еще живъ); если прощупываются твердыя клубнеобразныя части,

то ощущаются кровоизліянія, происходящія—при погибаніи плода—въ яйцевыя оболочки при одновременномъ уменьшеніи околоплодной жидкости.

Если съ самаго начала подозрѣвается беременность, то прежде всего бросается въ глаза *преждевременное поднятіе вверхъ беременныхъ органовъ надъ лоннымъ соединеніемъ*, что и можетъ быть провѣрено аускультаторно равно выслушиваемымъ здѣсь же *сердцебиеніемъ плода*. Субъективныя явленія усиливаются и больная чувствуетъ чрезвычайно болѣзненные движенія плода въ V мѣсяцѣ.

Съ IV—V мѣсяца особенно *явственно* прощупываются *части плода*.

Рядомъ съ *маточной* можетъ существовать и *внѣматочная беременность*, а равно и *двухсторонняя внѣматочная*; далѣе неоднократно наблюдалась *внѣматочная беременность двойнями*. *Распознаваніе лопнувшего* плоднаго мѣшка основывается на явленіяхъ внутреннего кровотеченія, сопровождающагося сильными болями и коллапсомъ, похожимъ на шокъ. Съ III мѣсяца такіе разрывы становятся особенно опасными вслѣдствіе возможности истеченія кровью. *Сзади и рядомъ съ маткой прощупывается* туго натянутая *заматочная кровяная опухоль* (haematocoele retrouterina).

Диффер. распознаваніе: состояніе *мѣсячныхъ* должно предохранять отъ смѣшенія съ кистами яичника, субсерозными фиброміомами матки, тазовыми абсцессами (лихорадка); загибъ беременной матки назадъ (§ 34) всегда сопровождается значительной ишуріей, которая отсутствуетъ при внѣматочной беременности, не говоря уже о разрывахъ плоднаго пузыря и о томъ, что при первомъ влагалищная часть смѣщена кпереди при истонченіи передней губы матки.

Анатомическія *причины* трубной беременности прежде всего лежатъ въ *ионорройныхъ измѣненіяхъ цилиндрическаго эпителия*: послѣдній разбухаетъ и *теряетъ свои рѣснички* (срв. § 16). Кромѣ того вслѣдствіе воспалительнаго разрастанія сосочковой стромы образуется неправильный рядъ тѣсно сплетающихся наростовъ, немногіе щелеобразные промежутки которыхъ закупорены секретомъ и отчасти слушаннымъ эпителиемъ (срв. рис. въ моемъ гинек. атл.) Глубже проникающее *промежуточное* воспаленіе посредствомъ соеди-

нительнотканваго разростанія лишаетъ *мышечный слой* его сократительности, а вмѣстѣ съ тѣмъ и способности къ дальнѣйшему передвиженію яйца.

Болѣе рѣзкія первичныя измѣненія являются причиной задержаннаго прохожденія яйца черезъ трубу, *суженную* или *загнутую* благодаря частичному перитониту или его слипчивымъ перемычкамъ; подобнымъ образомъ дѣйствуютъ *сильныя извилины*, которыя сохраняетъ труба какъ результатъ остановки развитія въ дѣтскомъ возрастѣ (*Freund*).

Творожистая *бугорчатка* дѣйствуетъ подобно гонорройному салпингиту болѣе сильной степени. *Маточныя полости*, помѣщающіеся *передъ* отверстіемъ трубы, такія же опухоли и *маленькіе міомы* въ *самой трубѣ* (*salpingitis nodosa* маточной части трубы) въ состояніи заградить путь. Душевные движенія (частью въ сферѣ половой жизни), передвиженіе яйца внѣ полости матки препятствуютъ правильному развитію оплодотвореннаго яйца. Обыкновенно этому предшествуетъ *бесплодіе*.

Теченіе трубной беременности представляется слѣдующимъ образомъ:

1. Ребенокъ донашивается до конца и затѣмъ умираетъ, если его нельзя спасти *per coelio-salpingotomiam*.

2. При потугахъ яйцо черезъ бахромчатый конецъ «рождается» въ *брюшную полость* (*тубный выкидышъ*).

3. *Плодный мѣшокъ* разрывается либо въ брюшную полость, либо внутрисвязочно (срв. выше).

4. Ребенокъ (при промежуточной беременности рис. 112) вдвигается въ матку и т. д.

5. Плодъ можетъ *погибнуть* влѣдствіе *заболѣванія плаценты*: субхоріальныя кровоизліянія, миксома, *hydramnion*; встрѣчаются также уродства.

При *разрывахъ* происходитъ внезапный коллапсъ влѣдствіе шока и кровотеченія. Ребенокъ большею частью тотчасъ же умираетъ. (Мать ощущаетъ ознобъ, молоко сочится изъ быстро уменьшающихся грудныхъ железъ); послѣ *преждевременныхъ* разрывовъ остается *заматочная кровяная опухоль* (срв. гинек. атл.). Цѣлыя послѣды могутъ всосаться.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ ребенокъ, лежащій свободно въ брюшной полости, можетъ развиваться дальше. Такіе слу-

чай или трубные выкидыши ведутъ къ *вторичной брюшной беременности*.

Литература къ § 44. Трубная беременность:

- 1) *Leopold*, A. f. Gyn. 16 и 18.—2) *Hecker*, Mon. f. Geb. 13.—3) *Werth*, Anat. u. operat. Behandlg. d. Extraut. Grav. Stuttg. 1887 u. Verhandl. III Congr. d. deutsch. Ges. f. Gyn. 1890.—4) *Wyder*, A. f. Gyn. 28.—5) *Hennig*, Krkh. d. Eileiter etc. Stuttg. 1876.—6) *Cohnstein*, Arch. f. Gyn. 12.—7) *Ernst Fränkel*, A. f. Gyn. 14 u. Volkm's Sammlg 217.—8) *Eugen Fränkel*, Arch. f. Gyn. 13, 16.—9) *Conrad* u. *Langhans*, A. f. Gyn. 9.—10) *Leopold*, A. f. Gyn. 10 и 13.—11) *Poppel*, Mon. f. Geb. 31.—12) *Ahlfeld*, C. f. Gyn. 1879, 2.—13) *J. Veit*, Eileiterschwang. Stuttg. 1884 u. Verhandl. des III Congr. der deutsch. Ges. f. Gyn. 1890. (Терапія).—14) *Freund*, Arch. f. Gyn. 22 u. Edinb. med. Journ. 1890.—15) *Frommel*, Deutsch. Arch. f. klin. Med. 42.—16) *Gusserow*, A. f. Gyn. 12 (Терапія).—17) *Litzmann*, A. f. Gyn. 16 и 18 (Терапія).—18) *Hofmeier*, Z. f. Geb. u. Gyn. V (Тер.).—19) *Späth*, Z. f. Geb. u. Gyn. 16 (Тер.).—20) *Mejer*, Z. f. Geb. u. Gyn. 15 (Тер.).—21) *Kaltenbach*, C. f. Gyn. 1889.—22) *Winckel*, All. Verh. d. D. Ges. f. Gyn. II. III.

Трубно-мышечковая беременность:

- 1) *Vulliet* A. f. Gyn. 22.—2) *Beaucamp*, Z. f. Geb. u. Gyn. 12.—3) *Paltauf*, A. f. Gyn. 30.—4) *Falk*, In. Diss. 1887, Berlin.

§ 45. Брюшная беременность.

(Рис. 113, 115).

Теченіе *первичной* беременности такое же, какъ и *вторичной*, описанной въ предыдущемъ параграфѣ. Возможность происхожденія *первичной* брюшной беременности несомнѣнно доказана случаевъ *Schlechtendahl*'я (отсумковываніе плоднаго мѣшка въ области селезенки) и друг., хотя многіе случаи изъ анатомически даже распознанныхъ брюшныхъ беременностей получили свое первичное развитіе отъ эпителия трубныхъ бахромокъ или оказались лишь *трубными мышечками*.

Брюшина (срв. эмбриол. атл.) доставляетъ отпадающую оболочку—большою частью отъ задней поверхности матки—и фибринозные перетяжки усиливаютъ стѣнку плоднаго мѣшка почти на 1—1½ стм. Изъ субсерозной ткани врастаютъ мышечныя волокна (находили даже поперечно-полосатія волокна; слѣдуетъ замѣтить, что и въ маткѣ соотвѣтственно мѣсту прикрѣпленія послѣда при обыкновенной внутри-маточной беременности тоже открывали такія волокна). При всѣхъ внѣма-

точныхъ беременностяхъ *толщина* стѣнокъ и возможность *разрыва* зависятъ отъ *мышечнаго слоя*. Нерѣдко на большей части яйцевой периферіи наблюдается отсутствіе всякой материнской крѣпко приросшей оболочки; *сінсифлекса* иногда, повидимому, образуется.

Относительно *распознаванія* слѣдуетъ сослаться на трубную беременность.

Теченіе бываетъ различное:

1. Плодъ *живетъ до своей зрѣлости*; затѣмъ появляются потуги;

2. *Преждевременныя потуги, отдѣленіе послѣда*, кровотеченія въ послѣдній, *смерть* плода;

3. Умершій плодъ при трубной и яичниковой беременности претерпѣваетъ тѣ же измѣненія, какъ здѣсь, т. е. онъ

а) *всасывается* — чѣмъ больше при этомъ участвуютъ *гнилостныя* зародыши, тѣмъ *быстрѣе*—околоплодная жидкость поглощается, также и тканевые соки, плодъ срастается съ яйцевыми оболочками, *организация* вслѣдствіе востанія грануляціонной ткани вплоть до кости;

б) *изгоняется*—со всасываніемъ или безъ него — вслѣдствіе *изъявленія мочевого пузыря, прямой кишки* (рис. 115), влагалища, передней брюшной стѣнки—при содѣйствіи зародышей изъ трубы;

в) *обызвествляется* (обыкновенно при отсутствіи септическихъ началъ) со стороны брюшинныхъ перетяжекъ, а именно:

α) въ яйцевыя оболочки въ видѣ *lithokelyphos* (ребенокъ лежитъ цѣликомъ въ этой известковой скорлупѣ¹⁾;

β) также и въ прилежащую поверхность ребенка въ видѣ *lithokelyphorädion*)²⁾;

γ) *пропитываніе всего ребенка* известковыми солями въ видѣ *lithoraedion* при отсутствіи яйцевыхъ оболочекъ; однако, внутренніе органы при этомъ мало причастны; вслѣдствіе жирового перерожденія они превращаются въ известковое мыло, похожее на китовое сало³⁾;

¹⁾ Напримѣръ случаи *Virchow'a. Küchenmeister'a*, Лондонскій и Лангензальцовскій «каменный ребенокъ».

²⁾ Напримѣръ каменные дѣти изъ Лейнцелля и *Pont-a-Mousson*.

³⁾ Напримѣръ каменные дѣти изъ Гейдельберга, Люббена и Тулузы.

г) скелетируется.

Литература къ § 45.

Walker, Virch. Arch. 107.

§ 46. Яичниковая беременность

встрѣчается рѣже всего; *оплодотвореніе* происходитъ:

либо въ *фолликулѣ*, потому что разрывъ (рис. 47) весьма малъ для прохождения яйца; ворсистая оболочка внѣдряется въ кругомъ лежащую строму яичника; образованіе отпадающей оболочки идетъ отъ зона *granulosa Граафова* пузырька, подкрѣпляясь стромой яичника. *Lig. ovarii* образуетъ ножку опухоли;

либо первично въ фолликулѣ, но вrostая въ полость живота въ видѣ *яичниково-брюшной беременности*, помѣщающейся въ фибриновыхъ массахъ;

либо въ видѣ *трубно-яичниковой беременности*, если существовала врожденная или приобрѣтенная (вслѣдствіе *perisalpingitis* и перегиба) *яичниковая труба* (срв. § 16);

либо въ *трубно-яичниковой кистѣ*, въ то время какъ маленькая *киста* отчасти кистозно перерожденнаго яичника разрывается въ трубу и вызываетъ *hydrosalpinx*.

Яичниковая беременность нѣсколько разъ наблюдалась въ паховой яичниковой грыжѣ.

Крайне рѣдко плодъ достигаетъ здѣсь зрѣлаго состоянія.

Леченіе вѣнчаточной беременности.

Преждевременный разрывъ плоднаго мѣшка въ *первые два мѣсяца* со *всасываніемъ* плода и преждевременная *мумификація* или *петрификация*, когда плодъ уже слишкомъ великъ для рассасыванія, являются наиболѣе благоприятными исходами (и здѣсь въ 25% наблюдается смертельный исходъ). *Впослѣдствіи* опасность возникаетъ благодаря кровотеченіямъ, а плодъ вслѣдствіе своей величины легко подвергается процессу разложенія.

Терапія заключаетъ въ себѣ еще неразъясненные пункты. Самое идеальное положеніе, состоящее въ выжиданіи и оставленіи плода до его зрѣлаго состоянія, а также въ одновременномъ затѣмъ спасаніи матери и плода согласно вышеска-

занному и новѣйшимъ современнымъ методамъ операцій, является рискованнымъ дѣломъ. *Показанія* располагаются приблизительно слѣд. образомъ:

1. Въ *первые три мѣсяца* (можетъ быть также 4—5): впрыскиванія 0,03 грм. морфія въ плодный мѣшокъ безъ втягиванія околоплодной жидкости при строго антисептическихъ предосторожностяхъ (еженедѣльно одно впрыскиваніе).

2. При *развившейся* вѣматочной беременности слѣдуетъ выжидать до умиранія плода—беременная должна лежать въ кровати—и затѣмъ нѣсколько дней свустя извлечь мертвый плодъ *per koeliotomiam*.

3. Въ случаѣ *происшедшаго разрыва* можно произвести чревосѣченіе, если *коллансъ* не очень сильно выраженъ; если же признаки кровотеченія и шокъ достигли высокой степени, то слѣдуетъ сохранить излившуюся кровь больной: безусловный покой, препараты опія; въ такихъ случаяхъ плодъ удаляется впоследствии.

Литература къ § 46.

1) *Spiegelberg*, A. f. Gyn. 13. — 2) *Landau*, A. f. Gyn. 16.— 3) *Klopsch*, Mikr. u. chem. Untersuch. eines Lithopädions in Reichert's Stud. des physiol. Institut. in Breslau, Leipzig 1858.—4) *Kitchenmeister*, A. f. Gyn. 17. Lithopädia.

§ 47. Предлежанія послѣда.

(Рис. 28, 52, 133 — 135, 96, 142, 119). (Акуш. атл. I, рис. 72).

Если *яйцо* располагается *неправильно* въ полости матки такимъ образомъ, что *serotina* съ самаго начала беременности (за исключеніемъ немногихъ случаевъ, въ которыхъ *dedidua circumflexa*, обыкновенно не имѣющая ни железъ, ни сосудовъ, пронизана сосудистыми ворсинками) *первично* прикрѣпляется въ *нижнемъ маточномъ сегментѣ* (§ 8, рис. 28, 52), то образуется *предлежаніе послѣда* (*placenta praevia*). Этотъ маточный сегментъ, однако, уже во время беременности и особенно во время родовъ пассивно подвергается значительному растяженію. Благодаря этому совершается отдѣленіе послѣда, который либо въ видѣ *центрального предлежанія* (рис. 134) занимаетъ весь внутренній

зѣвъ матки, либо въ видѣ *краевого предлежанія* лишь краями достигаетъ зѣва (рис. 133 — 135); — происходятъ (большую частью съ 7-го мѣс. беременности при *центральному* предлежаніи послѣда, съ 8-го мѣсяца при *боковомъ*, съ 9-го мѣсяца при *краевомъ*) столь важныя въ *діагностическомъ* отношеніи *кровотеченія* вслѣдствіе поврежденія маточно-плацентарныхъ, рѣже зародышевыхъ сосудовъ внутри ворсистой *choriі*, или—происходятъ *надрывы* плаценты; если послѣдніе имѣютъ мѣсто во время беременности, то изъ *центрального предлежанія* послѣда образуется *plac. praev., succenturiata* (рис. 134). Если надрывъ одной доли произошелъ во время родовъ, то *центральное предлежаніе* послѣда превращается въ *боковое*.

Нерѣдко наблюдаемыя *кровотеченія въ первой половинѣ беременности* объясняются отчасти сокращеніями матки, отчасти отдѣленіемъ ворсинокъ отъ слишкомъ тонкаго нижняго маточнаго сегмента, особенно при большомъ *поверхностномъ* распространеніи плаценты.

Послѣдъ съ самаго начала *пріобрѣтаетъ ненормальное мѣстоприкрѣпленіе*:

а) если *полость тѣла матки* не приспособлена къ воспріятію яйца: такъ, при *фибромиомахъ* (рис. 96), *неправильныхъ формахъ и положеніяхъ матки* (*Uterus unicornis, bicornis*, весьма низкое прикрѣпленіе яйцепроводовъ), при *недостаточномъ обратномъ развитіи половыхъ частей* и происходящаго отсюда расширенія полости матки (раннее вставаніе послѣ родовъ въ бѣдномъ классѣ и *разслабленіе маточныхъ стѣнокъ* послѣ *повторныхъ быстро сльдующихъ другъ за другомъ родовъ*—особенно *предрасположены пожилыя I—родящія* во время I или II беременности) при *увеличенной полости матки* вслѣдствіе *хроническихъ катарровъ (метритъ)*, причеиъ *яичко* кромѣ того *маточнымъ секретомъ проталкивается внизъ*, или *остается неполноз образование deciduae* со стороны пораженной слизистой оболочки тѣла матки;

б) если *нижній маточный сегментъ* приспособленъ для низкаго прикрѣпленія яйца вблизи *внутренняго зѣва*—такъ при *потерь мерцательнаго эпителия*, движеніе котораго совершается по *направленію вверхъ* (вслѣдствіе *эндометрита*)

—при *канкроидъ шейки* (потому что здѣсь, какъ наприм. при эндометритѣ, *decidua circumflexa*, задержанная въ склеиваніи благодаря маточному секрету, становится особенно богатой сосудами вблизи переходной складки, вслѣдствіе чего тутъ продолжаютъ существовать ворсинки *chorii*), при старыхъ разрывахъ шейки;

в) наконецъ при ненормально *большой* поверхности *serotinae*, почему и существуетъ предрасположеніе особенно къ *двойнымъ* плацентамъ.

Слѣдуетъ имѣть въ виду, что предлежаніе послѣда часто сопровождается *прикрѣпленіемъ пуповины къ оболочкамъ яйца* (*insertio velamentosa*, рис. 135), *придаточнымъ послѣдомъ* (*placenta succenturiata*, рис. 134) и *плацентарными инфарктами* (рис. 142). Насколько всё эти явленія можно отнести на счетъ *инфекціи воспаленнаго эндометрія* я изложу въ своемъ «эмбриологическомъ атласѣ» вмѣстѣ съ гистологіей нормальной полости матки въ первый мѣсяць беременности.

Эти анатомическія данныя объясняютъ намъ, почему предлежаніе послѣда особенно часто и даже *повторно* наблюдается у *многоорожавшихъ, пожилыхъ первородящихъ и больше бѣдныхъ* женщинъ, на которыхъ еще кромѣ того вліяетъ тяжелая работа.

Изъ чисто анатомическихъ признаковъ только нѣкоторые служатъ цѣлямъ *распознаванія*: прощупываніе низко сидящей плаценты черезъ брюшныя покровы, сочное, тѣстообразное состояніе надвлагалищной части шейки, невозможность прощупать части плода со стороны рукава и т. п. Большее значеніе имѣютъ *интермиттирующія кровотеченія* во время беременности. При *дифференціальномъ распознаваніи* слѣдуетъ привнать во вниманіе, что такія кровотеченія наступаютъ также и при пузырныхъ заносахъ, но тамъ дѣтскія части не прощупываются, а величина матки не соотвѣтствуетъ сроку беременности.

Теченіе: *внутренній зѣвъ* можетъ оставаться *закрытымъ до самыхъ родовъ*; такъ что нижній отрѣзокъ матки не образуется и отдѣленіе послѣда не происходитъ; *во время беременности* всякое кровотеченіе отсутствуетъ.

Но если *шейка проходима*, а *надвлагалищная часть*

съ внутреннимъ зѣвомъ раскрывается, то наступаютъ *преждевременныя* кровотечения съ измѣненіями плаценты. Ребенокъ такимъ образомъ можетъ *задохнуться* вслѣдствіе истеканія кровью;

или небольшая доля плаценты отрывается и, изливши свою кровь, атрофируется.

Во время родовъ легко происходятъ опасныя *разрывы* нераскрывшейся части *шейки*, такъ какъ послѣдняя наклонна къ образованію стриктуръ. Такіе разрывы особенно встрѣчаются при *оперативныхъ* приѣмахъ.

Sub partu отхожденіе крови увеличивается въ *промежуткахъ* между потугами при *отдѣленіи* нижней части *плаценты* родовыми сокращеніями. Этому также способствуютъ разрывы зародышевыхъ сосудовъ при часто встрѣчающихся *краевыхъ* и *оболочковыхъ* *прикрѣпленіяхъ* *пуговины* (*insertio marginalis et velamentosa.*) Далѣе часто наблюдается *выпаденіе* пуповины; новый слѣдующій застой крови переполняетъ книзу лежащія доли и, заставляя ихъ отдѣлиться, вызываетъ кровотечения. *Потуги* хотя и моментально сжимаютъ маточныя сосуды, тѣмъ не менѣе онѣ *слабы*, частью по причинѣ *преждевременнаго наступленія* *родовъ*, частью вслѣдствіе *тонкости* мышечнаго слоя *нижняго отрѣзка матки* (§ 8), частью за отсутствіемъ главнаго возбuditеля родовыхъ болей, а именно подвигающагося внизъ плоднаго пузыря, частью наконецъ и самыя потери крови *in circulo vitioso* понижаютъ сократительную способность мышечнаго слоя. *Зяніе* *сосудовъ* обусловливаетъ опасное *вступленіе* *воздуха* въ послѣдніе. *Атонія* плацентарнаго мѣста опять вызываетъ *послѣдовательныя* *кровотеченія*. Что подобныя кровотечения вообще останавливаются, объясняется *обратнымъ* артеріальнымъ снабженіемъ кровью нижняго маточнаго сегмента изъ верхнихъ болѣе толстыхъ мышечныхъ слоевъ.

Помимо *неправильныхъ положеній* *плода* вслѣдствіе отклоненія головки въ круглоятой нижней части матки иногда происходитъ *изгнаніе* *послѣда* *до рожденія* *плода* (*prolapsus placentae*). Яйцевыя оболочки легко задерживаются.

Леченіе направляется противъ *кровотеченій*: *тампонація* *шейки* и рукава *iodoформной* *марлей*; поворотъ *ребенка*

ка на тазовый конецъ при раскрытіи зѣва (по *Braxton—Hicks*'у, срв. мой акуш. атл. I, рис. 72)—всегда производится, когда весь цервикальный каналъ пропускаеть 2 пальца безъ тотчасъ слѣдуемой экстракціи—тампонація помощью низведенной ножки; возбуждающія средства, эрготинъ, при случаѣ вливаніе, впрыскиваніе подъ кожу или *per rectum* 0,6% NaCl. Самовливаніе производится посредствомъ обертыванія нижнихъ конечностей эластическимъ бинтомъ; при *атоническихъ кровотеченияхъ* изъ опорожненной матки: эрготинъ, тампонація полости матки по *Dührssen*'у (рис. 110).

Литература къ § 47.

- 1) *Bayer*, Verh. I Congr. deutsch. Ges. f. Gyn. Leipzig 1886, 27.
- 2) *Hofmeier*, in Beiträge z. Anat. des schwang. u. kreiss. Uterus, von Benckiser u. Hofmeier, Stuttg. 1887, u. in. Verh. II Congr. deutsch. Ges. f. Gyn. Leipzig 1888, 159 u. in Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 8 u. Die menschl. Plac. Wiesbad. 1890. 3) *Ahlfeld*, Verh. II Congr. deutsch. Ges. f. Gyn. Leipz. 1888 u. Ztschr. f. Geb. 1891.
- 4) *Kaltenbach*, Z. f. Geb. u. Gyn. III u. XVIII. 5) *Olshausen*, klin. Beiträge z. Gyn. u. Geb. Stuttgart 1884. 6) *Lomer*, Berl. klin. Woch. 1888, 49. 7) *Müller*, Würzb. med. Ztschr. VII prolaps. placentae. 8) *Runge*, A. f. Gyn. 41. 9) *Wyder*, Corr. f. Schw. Aerzte. Basel 1890, 20. 10) *Breisky*, Prag. med. Woch 1863. 19.

ОТДѢЛЬ VI.

Анатомія и етіологія преждевременнаго изгнанія яйца.

§ 48. Общія заболѣванія матери; симптомы начинающагося изгнанія яйца, спец. выкидыша.

(Рис. 124, 128, 141, 119, 125, 127, 118, 126, 122).
(Акуш. атл. I рис. 12, 13, 27).

Субхоріальныя, т. е. децидуальныя кровотеченія образуются чрезвычайно часто при *общихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ*—особенно *острыхъ*, сопровождающихся *высокой температурой*, и обуславливаютъ умираніе плода вслѣдствіе задержки кровообращенія. Эти *кровоизліянія* (рис. 124, 128) происходятъ въ *стадающія оболочки* (чаще всего въ *serotina*), а именно либо въ *строму*,—широко раздвигая волокна и большія децидуальныя клѣтки,—либо въ *пространства железъ* ¹⁾. Часто они образуютъ узлы въ *плацентѣ*, распухающіе до величины *лѣсного орѣха* и болѣе и могущіе сами по себѣ въ силу пространственнаго сѣуженія вызвать уродство зародыша.

Такія *кровоизліянія* въ большинствѣ случаевъ даютъ поводъ къ *выкидышамъ*, а съ періода полнаго образованія *placenta serotina*, слѣдоват. съ 16 недѣли къ *незрѣлымъ родамъ* [*partus immaturus* ¹⁾]. Обыкновенно *зародыши* уже *всоемься* (околоплодная жидкость мутно-буроватаго цвѣта, остатокъ пуповины и пупочный пузырекъ еще существуютъ) или же онъ умеръ и мацерировался вслѣдствіе *скручиванія пуповины* ²⁾ (рис. 141, 128). Лимфoidalная трансудация (срв.

¹⁾ Срв. рисунки въ моемъ эмбриологич. атласѣ, гдѣ подробно разобраны всѣ эти процессы, насколько они касаются состоянія яйца.

²⁾ Срв. рисунки въ моемъ эмбриол. атл. и проч.

рис. 123 касат. субамниотическихъ кровяныхъ и серозныхъ кистъ) отслаиваетъ амнион и плодъ можетъ быть изгнанъ въ своихъ собственныхъ зародышевыхъ оболочкахъ (*chorion* и *amnion*) (рис. 119) или даже въ неповрежденномъ плодномъ мѣшкѣ одного только амниі (рис. 125). Изгнание яйца вмѣстѣ съ материнской *decidua*, стало быть и отливъ всего просвѣта маточнаго тѣла въ формѣ его отдѣлившейся *decidua vera* изображаютъ рис. 118, 126 и 127; мы видимъ, что яйцо (какъ указано въ § 10) въ 1 и 2 мѣсяцѣ меньше, чѣмъ полость матки. Начиная съ 4 мѣс. собственная *placenta serotina* готова, а отрѣзокъ *choriі*, противулежащій *decid. circumflexa*, преобразованъ въ неимѣющую ворсинокъ оболочку. Съ этого времени рѣже появляются цѣлыя выдѣленные яйца. Съ 5 мѣс. преждевременное отхожденіе околоплодной жидкости *sub partu* составляетъ довольно обыкновенное явленіе. На рис. 119 при искусственно вскрытомъ трехмѣсячномъ яйцѣ мы видимъ разорванную въ лоскутья *decid. circumflexa*, еще легко отличаемую отъ хоріона, съ которымъ она связана, на рис.—122 развитую *plac. serotina*, а равно и разорвавшуюся преобразованную ворсистую оболочку (*сросшуюся* съ *decid. circumflexa*) и амнионъ четырехмѣсячнаго плода.

Пронизанныя кровоизліяніями задержанныя и затѣмъ изгнанныя отпадающія оболочки получили названіе «*кровяныхъ заносовъ*». Если отпадающія оболочки задерживаются еще дольше, то онѣ *вызываютъ кровотеченія*, а фибриновые отложенія въ остатки яичевыхъ оболочекъ усиливаютъ послѣднія до пластической закупорки маточнаго просвѣта. Этотъ процессъ происходитъ точно также при задержанныхъ плацентарныхъ остаткахъ болѣе старыхъ плодныхъ яицъ до созрѣванія; органическимъ послѣдствіемъ такой задержки плаценты является *плацентарный полипъ* (срв. рис. 130).

Также и способъ отдѣленія *абортивнаго яйца* соотвѣтствуетъ таковому *зрѣлой плаценты* (срв. рис. 128 въ этомъ атласѣ съ рис. 12, 13 въ Акуш. атл. I). *Ретроплацентарная гематома* отдѣляетъ *центральный* части *serotinae* и такимъ образомъ яйцо *in situ* выдвигается къ маткѣ. Въ случаѣ разрыва яичевыхъ оболочекъ, прежде, конечно, изгоняется плодъ, а свободныя оболочки заворачиваются назадъ

вокруг болѣе плотной *serotina* по направленію къ дну: *зародышевая* поверхность плоднаго мѣшка подвигается впередъ.

Но и способъ *Duncan*'а (изображенный на 27 рис. моего акуш. атл. I) наблюдается на абортивныхъ яйцахъ; если яйцо помещается близъ внутренняго зѣва, то плодный мѣшокъ для выполненія *полости дна* долженъ расти *вверхъ*, а не внизъ. Гораздо легче *ретроплацентарная гематома* образуется теперь такъ, что *serotina* отдѣляется краемъ, а не центрально, такимъ образомъ теперь выступаетъ впередъ *уголъ* материнской плаценты, яичевыя оболочки или неповрежденное яйцо вступаютъ сбоку отъ плаценты или надъ ней и сзади нея (не заворачиваясь при лопнувшемъ плодномъ мѣшкѣ).

Если *плодъ задерживается* въ маткѣ, то онъ *мацерированъ*¹⁾; ближайшій стадій задержки плоды приносятъ *всасываніе*: наступаетъ *мумификація* скрученнаго во всѣхъ членахъ плода, который при доступѣ воздуха подвергается *гниенію*. Такимъ образомъ плодъ можетъ оставаться дольше нормальнаго срока беременности (*missed abortion*).

(Окаменѣлые плоды, находимые въ маткѣ, являются лишь какъ перенесенные, т. е. они происходятъ изъ трубной и другой внѣматочной беременности или изъ равнозначущихъ плодныхъ мѣшковъ однорогой матки).

На основаніи вышеупомянутыхъ анатомическихъ данныхъ *распознавательное* значеніе для *начинающагося выкидыша* имѣютъ *преждевременно* наступающія *кровотеченія* при увеличенной мягкой *маткѣ* и еще закрытомъ наружномъ зѣвѣ.

Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ поступать *выжидательно*: покойное лежаніе въ кровати, препараты опія (въ видѣ клизмъ), холодныя влагаліщныя впрыскиванія и компрессы.

При *дальнѣйшемъ развитіи выкидыша* прощупывается *отдѣлившійся конецъ яйца*: тогда показывается—безразлично, существуютъ-ли болѣе сильныя (какъ обыкновенно) или менѣе значительныя кровотеченія—*удаленіе яйца*: тампонація шейки и рукава іодоформной марлей, спорынья или эрготинъ.

Если плодъ уже вышелъ, то шейка раскрыта, тѣло матки обыкновенно твердо, такъ какъ произошло сокращеніе при весьма болѣзненныхъ потугахъ. Исслѣдующій палецъ прощу-

¹⁾ Болѣе точныя гистологическія свѣдѣнія см. въ моемъ эмбриологич. атл.

пываетъ шероховатую внутреннюю поверхность со сгустками и оболочковыми кусками, которые при микроскопическомъ изслѣдованіи опредѣляются въ видѣ ворсинокъ и частей отпадающей оболочки (срв. рис. 58, 59).

При задержаніи остатковъ яйцевыхъ оболочекъ продолжаютъ существовать кровотеченія, смѣшанныя съ буроватыми крошками, которыя наконецъ принимаютъ гнилостный характеръ. При такихъ состояніяхъ въ свѣжемъ случаѣ сильнаго кровотеченія слѣдуетъ произвести *выжиманіе матки обѣими руками*, для чего иногда требуется быстрое предварительное расширеніе. Если это не удастся, то полость матки при помощи 2—3 пальцевъ или *острой ложки* (save!) освобождается отъ плацентарныхъ остатковъ.

Остающіяся послѣ выкидыша заболѣванія обусловливаются также, какъ и самый абортъ, болѣе старыми причинами происхожденія: такимъ образомъ воспалительныя состоянія *материнскихъ* и зародышевыхъ оболочекъ, мѣстно различнымъ путемъ дѣйствующія острыя общія конституціональныя (сифилисъ) и *инфекціонныя болѣзни*, сильныя *тѣлесныя* и *душевныя движенія*, смѣщенія и *опухли* различныхъ отдѣловъ полового тракта.

Послѣдствіями этого являются *продолжительное существованіе* воспалительныхъ приливовъ и хроническихъ воспаленій, слѣдовательно катарральная гиперсекреція, меноррагія, смѣщенія матки частью вслѣдствіе загиба недостаточно инволютированной послѣ родовъ стѣнки, частью вслѣдствіе сращеній. Разъ происшедшій выкидышъ *предрасполагаетъ* къ дальнѣйшимъ абортамъ: поэтому *слѣдующую* затѣмъ беременность необходимо лечить профилактически.

Къ *специфическимъ* послѣдствіямъ для яйца ведутъ *эклампсія* и *сифилисъ*; послѣдній будетъ изложенъ въ слѣдующемъ параграфѣ.

Является ли *эклампсія* инфекціоннымъ заболѣваніемъ, до сихъ поръ остается еще открытымъ вопросомъ. Что она обязана своимъ происхожденіемъ *специфическому* носителю заразы, не доказано и даже не вѣроятно. Болѣе всего она обусловливается *прижатіемъ мочеточниковъ* дѣтской головкой, вторичной остановкой почечнаго выдѣленія *въ сочетаніи съ задержкой* обращающихся въ крови микроорганизмовъ раз-

личныхъ видовъ, особенно ихъ токсиновъ, слѣдовательно, птомаиновъ, подъ вліяніемъ которыхъ опять образуются ненормальные, частью даже ядовитые продукты обмѣна веществъ въ различныхъ органахъ тѣла. Такимъ образомъ могутъ произойти открытые *Stumpff*омъ въ мочѣ *ацетонъ* и *сахаръ*, а также амилоидное и жировое перерожденіе въ почкахъ, печени, мозгу и т. д. съ тромбозами и кровоизліяніями или съ отеками и анэмией пазванныхъ органовъ. Ацетонурія, напримѣръ, вызывается экспериментально посредствомъ исключенія симпатическаго *ganglion coeliacum* ¹⁾.

Во всякомъ случаѣ прижатія мочеточниковъ при этомъ весьма часто играютъ важную роль, поэтому къ эclamптическимъ припадкамъ расположены I-родящія (преждевременное низкое стояніе головки), береженности двойнями и тройнями, общесъуженные тазы (но не плоскіе, потому что глубоко вогнутое «мертвое пространство» у выдающагося мыса защищаетъ мочеточники) и т. д. *Общая* причина врядъ-ли существуетъ.

Симптомы состоятъ въ судорожныхъ припадкахъ, которые существенно состоятъ изъ клоническихъ конвульсій; ранѣ существующія въ большинствѣ случаевъ головныя боли съ явленіями слабости и помраченіемъ сознанія переходятъ въ полное безсознательное состояніе. Лицо становится цианотичнымъ, пульсъ малый и быстрый, дыханіе то ускорено, то затруднено и жужжаще, сопровождается судорогами грудобрюшной преграды. Въ судорогахъ участвуютъ также лицевыя и глазныя мышцы.

Посль припадка, продолжающагося $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ мин., наступаетъ коматозное состояніе при *повышенной* температурѣ тѣла.

Моча содержитъ бѣлокъ, фибринные цилиндры (также красныя и бѣлыя кровяныя тѣльца), сахаръ, ацетонъ при необыкновенно *уменьшенномъ* количествѣ и повышенной кислотности.

Предвѣстниками и *последствіями* припадковъ бываютъ: головная боль съ тошнотой и головокруженіемъ, амблiотическіе и амавротическіе симптомы, манакальныя состоянія и

¹⁾ Срв. относящ. сюда сопоставленія въ С. f. G. 1892, 39, объ «эclamпсiи».

какъ ихъ предвѣстники меланхолическое настроеніе, смѣняемое смѣхомъ, болтливостью и проч.

Послѣдствія для плода заключаются въ умираиіи его, либо во время родовъ (обыкновенно преждевременно), либо во время беременности, безъ наступленія вслѣдъ за этимъ родовъ (напротивъ, со смертію плода прекращаются припадки)—производилось извлеченіе дѣтей даже съ трупнымъ окоченѣніемъ (слѣдствіе приемовъ внутрь опійныхъ препаратовъ?) — далѣе измѣненія тканей послѣда, такъ назыв. «плацентарные инфаркты», которые, однако, отнюдь не всегда находятъ при эклампсiи (рис. 120, 142; касательно подробнаго гистогенеза микроскопич. рис. отсылаемъ читателей къ объяснительному тексту при рисункахъ и къ моему эмбриолог. атласу).

Терапія состоитъ въ подкожныхъ впрыскиваніяхъ морфія, которыя могутъ быть увеличены до 0,03 g. pro dosi при каждомъ припадкѣ, (G. Veit давалъ 0,20 g. въ 4—7 часовъ), въ соответственныхъ случаяхъ примѣняется хлороформный наркозъ.

Литература къ § 48.

1) C. Ruge, Die Eihüllen des in d. Geburt befindl. Uterus, in Schröders «D. schwang. u. kreiss. Uterus», Bonn, 1886.—2) Duncan, the mechanism. of the expulsion of the placenta. Edinb. Med. Journ. April. 1871.—3) v. Winckel, Foetal puls bei Fieber der Mutter. klin. Beobacht. zur Patholog. der Geburt. Rostock 1869.—4) Runge, Die acute Infect. Krkhtn. in ätiol. Bez. zur Schwangerschaftsunterbrechung. Volkmann's Sammlung klin. Vortr. 174, 1879; Arch. f. Gyn. 12, 13, 25—децидуальные кровоизліянія: 5) Dohrn, Mon. f. Geb. 21.—6) Hegar, Mon. f. Geb. 21 Suppl.—7) Hegar и Eigenbrod, Mon. f. Geb. 22.—8) Levy, Menstr. in d. Schwang. Arch. f. Gyn. 15. — Выкидыши: 9) Olshausen, Klin. Beitr. z. Gyn. u. Geb. Stuttgart 1884.—10) Dohrn, Volkm's Sammlg. 1872. № 42.—11) J. Veit, Z. f. Geb. u. Gyn. 13. — 12) Dürrssen, A. f. Gyn. 31.—13) Schwarz, Z. Behandl. der Fehlgeburten. Volkm's Sammlg. 241.—Фибрин. полипы: 14) Fränkel. Arch. f. Gyn. II.—15) Schröder, in Scanzoni's Beitr. VII.—16) Löhlein, Z. f. Geb. u. Gyn. IV, VI, VIII, Eklampsie.—17) Halbertsma, Aetiол. d. Eclamps. Volkm's Sammlg. 212.—18) Stumpf, Verhandl. d. I Congr. d. dtsh. Ges. f. Gyn. 1886 Eclampsie.—19) G. Veit, Behandlg. d. puerp. Ecl. Volkm's Sammlg. 304.—20) Fehling, Würt. med. Corr. Bl. 1876. 46, 2. Geburtsh. Behdlg. bei Ecl. — Tympanites uteri seu physometra вслѣдствіе гниlostнаго плода: 21) Winckel, Berl. klin. Woch. 1864, 9.—22) Hofmeier, Z. f. Geb. d. Gyn. V.—23) Gerdes, Eclampsie. C. f. Gyn. 1892, 20; Münch. med. Woch. 1892, 22.—

21) *Schmorl*, Eklampsie. Verh. d. D. Ges. f. Gyn. IV.—25) *v. Herff*, Ekl. C. f. Gyn. 1892, 12; Münch. med. Woch. 1891, 5. 1892, 44.—
 26) *Olshausen*, Eklampsie. Sammlg. Volkm. I. 39; Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 21.—27) *O. Schaeffer*, C. f. Gyn. 1892, 39.—28) *O. Schaeffer*, Abortiveier, in. v. Winckel's Ber. u. Stud. 1884—1890.

§ 49. Заболѣванія эндометрія и яйцевыхъ оболочекъ.

(Рис. 121, 129, 130, 141, 92, 124, 123, 131, 132, 120, 128).

Такъ какъ подробное изложене анатоміи или гистологіи пораженнаго во время беременности эндометрія и гистогенетически тѣсно связанныхъ съ нимъ яйцевыхъ оболочекъ невозможно безъ предварительнаго знакомства съ физиологическимъ развитіемъ отпадающей и ворсистой оболочекъ и ихъ отношеній между собой, то касательно всего этого мы отсылаемъ читателей къ моему эмбриологич. атл. и проч. Здѣсь мы коснемся лишь *клиническихъ* явленій и укажемъ на тѣ краткія объясненія, которыя приведены при микроскопическихъ рисункахъ въ этомъ атласѣ.

Въ гинекологіи различаются два вида воспаленій слизистой оболочки матки: *железистой* и *соединительнотканной* части, которыя обозначаются въ видѣ *endometritis glandularis* и *interstitialis*. Воспаленія оказываютъ дурное вліяніе на *прикрѣпленіе яйца*, какъ то мы видѣли при предлежаніи послѣда и въ предшествовавшихъ параграфахъ, когда къ *острымъ* измѣненіямъ, кровоизліяніямъ и проч. присоединялись *общія* инфекціонныя заболѣванія. *Мѣстныя* эндометриты не улучшаются подѣ вліяніемъ беременности и приносятъ гибельныя послѣдствія для яйца.

Катарральный эндометритъ истинной отпадающей оболочки проявляется симптоматически въ видѣ *hydrorrhoea uteri gravidi* (рис. 121).

Обильное отдѣленіе (hypersecretio) гипертрофированныхъ и гиперпластическихъ железъ отслаиваетъ decid. circumflexa отъ decid. vera, а секретъ (могущій доходить выше 100 gr. при каждомъ выдѣленіи) потугообразными сокращеніями матки выдѣляется черезъ внутренній маточный зѣвъ. Отъ *околоплодной жидкости* секретъ отличается тѣмъ, что послѣ него

не наступают преждевременные роды и что въ немъ, не содержатся сыровидная смазка (*vernix caseosa*) и пушокъ (*lanugo*),—*отъ мочи тѣмъ*, что онъ содержитъ лишь минимальныя количества мочевины, что онъ имѣетъ среднюю или щелочную реакцію и наконецъ можно доказать, что онъ происходитъ непосредственно отъ матки, — отъ *секрета обыкновеннаго цервикальнаго эндометрита и кольпита тѣмъ*, что послѣдній встрѣчается въ весьма незначительныхъ количествахъ и содержитъ гной и грибки, тогда какъ секретъ при *Hydorrhoea uteri gravidi* водянисто-стекловиднаго цвѣта (очень рѣдко содержитъ кровь или гной, если присоединяется *endometritis cervicalis*), свободенъ отъ бѣлка, сильно содержитъ NaCl, ведетъ съ собой эпителии и имѣетъ удѣльный вѣсъ—1003.

Секретъ скопляется между обѣими отпадающими оболочками и (при проницаемости яйцевыхъ оболочекъ для околоплодной жидкости) можетъ вступить между *decid. circumflex.* и *chorion* или между послѣдней и *amnion* (срв. рис. въ моемъ эмбриол. атл.). Если секретъ остается въ *железистыхъ пространствахъ*, то происходитъ *endometritis decidualis cystica* (срв. рис. 121).

Когда воспалительное состояніе слизистой оболочки ведетъ къ анатомическимъ измѣненіямъ, то происходятъ *процессы разростанія decidua polyposa*. Строма и клѣточная часть разрастаются равномѣрно, такъ что происходятъ полиповидные отростки изъ богатой волокнами ткани съ большими децидуальными клѣтками, которыя въ видѣ послѣдствія вызываютъ расстройства кровообращенія, воспалительныя приливы въ отдѣльныхъ расширенныхъ сосудахъ и кавернозныхъ сосудистыхъ сѣтяхъ (рис. 121). Далѣе происходятъ обильныя кровоизліянія, которыя, какъ кажется, совершенно образуютъ наконецъ полиповидные *отростки* (изображеніе такого яйца находится въ моемъ эмбриолог. атл.).

Обратно можетъ наступить недостаточное развитіе *истинной отпадающей оболочки*, т. е. *атрофія*, такъ какъ разростаніе клѣтокъ не происходитъ, а вновь образованныя клѣтки подвергаются жировому перерожденію. *Dec. atrophica* не обнаруживаетъ никакихъ шероховатостей.

Исходящей отъ *хоріона* причинной выкидыша является

тухота chorii multiplex, которая ведетъ къ образованію *идатиднаго* или *пузырнаго заноса* (рис. 129, дальнѣйш. въ эмбриол. атл.). Обыкновенно наступаетъ абортъ; рѣдко *заносъ* *остаётся* въ стѣнкѣ *матки*, разрушая послѣднюю въ формѣ *злокачественной миксомы* (рис. 130) вплоть до *plex. papiniform.* Метастатически его находятъ въ легкихъ въ видѣ *эмболій*.

Въ *этіологическомъ* отношеніи и здѣсь обращаютъ на себя вниманіе *мѣстные* воспаленія *слизистой оболочки матки*, а также и общія *инфекціонныя болѣзни матери* или *яйца* (со стороны отца)—*бугорчатка*, *сифилисъ*—далѣе *многіе* *роды*.

Терапія: ускореніе *потугъ*; при *кровотеченіяхъ*: *расширеніе шейки*, *удаленіе пальцами* *содержимаго матки* или *выжиманіе*.

Подобно тому какъ *миксома* можетъ поражать одну только часть *плаценты*, она также можетъ повести далѣе къ *общей* или *ограниченной студенистой гиперплазіи* *пуповины*, послѣдняя въ *студенисто-отечной идатидной формѣ* (обѣ соединены на рис. 129). При этомъ увеличеніе *околоплодной жидкости* ведетъ къ *polyhydramnion* (также на рис. 129). Происхожденіе послѣдняго само по себѣ наблюдалось преимущественно у *повторно- и много-рожавшихъ*, но, однако, отнюдь не каждый разъ оно было связано съ симптомами со стороны *матери*, *послѣда* или *плода*, какъ это находили, конечно, въ *сочетаніи* съ этимъ *пораженіемъ*.

Чаще всего *заболѣванія плода* идутъ параллельно съ *polyhydramnion*: *отеки плода*, такъ *брюшная водянка* и *отеки подкожной клѣтчатки* (*anasarca*) при *сифилисѣ* и *гидроцефалии*, затѣмъ *транссудирующія образованія щелей*, какъ послѣдствіе *застоевъ*, такъ что происходятъ либо *чрезмѣрное выдѣленіе почекъ*, либо *обратный застой въ пупочной венѣ* и *транссудация черезъ амниотическую лакунарную лимфатическую систему въ амниотическій мѣшокъ*. Поэтому также при *оболочковомъ прикрѣпленіи пуповины* (*insertio velamentosa*). Наконецъ, вслѣдствіе *воспалительныхъ процессовъ плода* (съ достовѣрностью въ нѣкоторыхъ случаяхъ доказанъ *сифилисъ*); косвенно какъ *воспалительный экссудатъ*, непосредственно какъ *транссудатъ* вслѣдствіе *обратнаго застоя* при *циррозѣ печени*, *флебитѣ* и

проч. (Подробности въ эмбриол. атл.). Легко происходит *выпаденіе пуповины!*

При *двойныхъ неравномѣрномъ распредѣленіе плаценты* ведетъ къ неравномѣрному питанію и неравномѣрному сопротивленію потока: *poly- и oligohydramnion* (рис. 141).

Для *распознаванія* пользуются сильно шарообразнымъ округленіемъ матки при значительномъ вздутіи живота (рис. 92—V мѣс. беременности); части плода мало прощупываются.

Леченіе: при тяжелыхъ явленіяхъ, наступающей одышкѣ показуется *производство преждевременныхъ родовъ помощью прокола плоднаго пузыря.*

Воспаленія, поражающія *всѣ части плаценты*, могутъ быть разлитыя и ограниченныя; эта *placentitis* получаетъ свое начало отъ различныхъ *инфекціонныхъ зародышей*, дѣйствіе которыхъ обусловливается ихъ поступательнымъ движеніемъ впередъ; при этомъ, несомнѣнно, *сифилисъ* играетъ важную, хотя и трудно доказываемую роль; объ эклямпіи было говорено выше. Такимъ образомъ происходятъ упомянутые уже выше *плацентарные инфаркты* (рис. 120, 141), такъ называемый субамниотическій «фибринъ» (также некротическіе и плоскіе очаги, рис. 133), часто соединенный съ субамниотическими *серозными и кровавыми кистами* (срв. рис. въ эмбр. атл.). Специфически сифилитическія заболѣванія ведутъ къ воспалительному разрастанію стромы ворсинокъ и эпителія, а также къ утолщенію сосудистыхъ стѣнокъ въ нихъ и въ пуповинѣ (рис. 131, 132), наконецъ къ облитераціи послѣдней.

Всѣ эти заболѣванія вызываютъ *задержку кровяного дыханія плода*, вслѣдствіе исключенія изъ дѣйствія цѣлыхъ частей плаценты благодаря некрозу или вслѣдствіе межворсинчатого тромбоза материнскихъ кровяныхъ пространствъ или вслѣдствіе уменьшенія плацентарнаго кровообращенія. Далѣе все это ведетъ къ сильнымъ движеніямъ плода; благодаря этому происходятъ *скручиванія пуповины* (рис. 128, 141) (на пукѣ уже всего скручено), *обвитія пуповины и образованія узловъ*, что опять является причиною задержаннаго кровообращенія плода ¹⁾.

¹⁾ Дальнѣйшія послѣдствія и болѣе подробную анатомію этихъ аномалій срв. въ моемъ эмбр. атл.

1) *Jungbluth*, Beitr. z. Lehre v. Fruchtwasser, In.-Diss. Bonn 1869 u. Virch. Arch. 48, 1869 u. A. f. Gyn. 4, 1872.—2) *Schatz*, Eine besondere Art von einseitiger Polyhydramnie. A. f. Gyn. 19, 1882 u. 30.—3) *Simpson*, Hydramnios: and the source of the liqu. Amnii. Edinb. med. Journ. 28, I. 1883.—4) *Fränkel*, A. f. Gyn. V. Lußs.—5) *Virchow*. Die krankh. Geschwülste II, 478 u. V. Arch. 21, pag. 118. Endometritis grav. decid.—6) *Hegar* u. *Maier*, Virch. Arch. 52. Endometr. grav. dec.—7) *Vom Hofe*, Hyperplasie der Decidua. In.-Dissert. Marburg 1869, Endometr. decid.: 8) *Kaltenbach*, Z. f. Geb. u. Gyn. II.—9) *Ahlfeld*, A. f. Gyn. X. — 10) *J. Veit*, Endometr. decid., Volkm. Sammlg. 254; u. Berl. klin. Woch. 1887, 35; u. Müll. Handb. II, 1889.—11) *Breus*, A. f. Gyn. XIX. Endometr. decid.—12) *Hegar*, Mon. f. Geb. 22. Hydrorrh. ut. grav. Blasenmolen.—13) *Runge*, C. f. Gyn. 1880.—14) *Breus*, Wien. med. Woch. 1880, 36.—15) *Kaltenbach*. C. f. Gyn. 1882, 145.—16) *Küstner*, A. f. Gyn. 10, 21. Hydramnios. — 17) *Nieberding*, Beitr. z. Kenntn. d. Genese d. Hydramn. Festschr. z. Jubil. d. Univ. Würzburg. Leipz. 1882; A. f. Gyn. 20. Hydramnios.—18) *Werth*. A. f. Gyn. 20.—19) *Ahlfeld*, Ber. u. Arb. I, II.—20) *Kruse*, Dtsche med. Woch. 1890, 5.

§ 50. Заболѣванія и уродства плода какъ причины тяжелыхъ явленій беременности и родовъ.

(Рис. 140, 136, 139, 141).

Къ зараженію сифилисомъ беременныя чрезвычайно предрасположены; если сифились появляется въ предѣлахъ первыхъ четырехъ мѣсяцевъ, то онъ даетъ поводъ къ выкидышу; съ этого времени до четырехъ недѣль передъ родами рѣдко происходитъ *partus immaturus* (или *praematurus*), но зато часто существуетъ зараженіе плода; иногда симптомы бываютъ незначительны: дурное питаніе и постоянное хвораніе въ теченіе перваго года жизни—въ остальномъ характерное высыпаніе пузырей (*periphigus*) на стопахъ и на ладоняхъ, скопленіе жидкости въ периферическихъ частяхъ и въ кожѣ, затѣмъ часто брюшная водянка и *hydrothorax*—сюда также съ достовѣрностью можно причислить цѣлый рядъ *гидроцефаловъ*,—остеохондритъ (на границахъ эпифизовъ и діафизовъ, особенно большой берцовой и бедренной костей), увеличенія печени и селезенки вслѣдствіе соединительноткан-

ныхъ разрошеній, язвъ желудка (melæna) ¹⁾, интерстиціаль-
ныя пневмоніи (асфиксія) и т. д. ²⁾.

Сифилитическій ядъ такимъ образомъ можетъ переходить
отъ матери на плаценту и плодъ или же яйцо можетъ быть
заражено при заразительномъ совокупленіи,—даже зародышъ
инфицированнаго плода можетъ перейти на здоровую мать.

Внутренняя головная водянка (hydrocephalia interna)
заключается въ скопленіи жидкости въ боковыхъ желудочкахъ
большого мозга. Менѣе сильныя степени едва-ли вліяютъ на
роднички и швы, поэтому онѣ съ трудомъ распознаются во
время родовъ; въ болѣе высокой степени головной водянки
до 5000 gr. существуетъ еще лишь тонкій мозговой покровъ
съ совершенно плоскими извилинами и широкой костный бал-
лотирующій черепной мѣшокъ вслѣдствіе широкаго разрых-
ленія швовъ и родничковъ. Это заболѣваніе часто соединяется
съ образованіемъ щелей и грыжъ въ позвоночномъ столбѣ,
спинномъ мозгу, грудобрюшной преградѣ, брюшныхъ покро-
вахъ (грыжа пуповины), затѣмъ съ полнымъ отсутствіемъ од-
ной почки, съ res vagus, съ врожденнымъ рахитомъ (micromelia
см. въ м. эмбр. атл.), также съ водянками другихъ частей
(наприм. брюшной) и polyhydramnion. Наблюдались многіе
гидроцефалы, рожденные отъ одной матери.

Sub partu они часто устанавливаются въ положенія та-
зовымъ концомъ, такъ какъ «нижній маточный сегментъ» об-
ладаетъ меньшимъ пространствомъ для головки, чѣмъ дно, и
потому она отодвигается маточными сокращеніями къ послѣднему.

Распознаваніе во время родовъ на основанія приведен-
ныхъ данныхъ дѣлается не легко. *Ширина родничковъ и*
швовъ, малая треугольная форма лица въ сравненіи съ
большимъ шарообразнымъ черепомъ, затрудненное прохож-
деніе черезъ довольно широкий тазовой входъ (при преды-
дущей, а также при послѣдующей головкѣ) даетъ указанія,
получаемыя лишь при изслѣдованіи всей рукой.

Вступленіе предлежащей части въ тазовой входъ со-
ставляетъ самый трудный моментъ родовъ (рис. 140).
Подъ давленіемъ потугъ черепъ напрягается въ видѣ туго

¹⁾ Срв. мои результаты вскрытій относительно melæna въ
Ber. и Stud. 1884—90 Winckel'я, pag. 545—562.

²⁾ Болѣе подробно въ м. эмбр. атл.

натянутого воднаго пузыря, представляя при горизонтальномъ его стояніи наибольшую окружность, наибольшій діаметръ. Напротивъ чѣмъ глубже *протискивается предлежащая темянная кость* внизъ, тѣмъ больше шансовъ, что по крайней мѣрѣ одинъ сегментъ шара уже прорѣжется (наприм. боковая половина черепа или лобная, — передне-темянная позиція). Теперь напряженіе не такъ равномерно и распредѣляется частью надъ, частью подъ тазовымъ входомъ. Въ $\frac{1}{4}$ всѣхъ случаевъ такимъ образомъ могутъ наступить произвольные роды, хотя угловатая костная часть поступающаго впередъ сегмента могутъ причинить разрывы распухшей влагалищной части.

Въ большинствѣ случаевъ необходимо произвести *проколъ черепа*, потому что благодаря чрезмѣрному растяженію «нижняго маточнаго сегмента» можетъ наступить разрывъ матки.

Увеличеніе *головки* можетъ быть вызвано *образованіемъ щелей и грыжъ на черепѣ* (Meningocele frontalis, superior, posterior, Epignathus); онѣ вызываютъ меньшія затрудненія для родовъ, чѣмъ значительные гидроцефалы, такъ какъ грыжевые мѣшки податливы, а черепъ обыкновенно бываетъ малъ. Болѣе опасны *нормальные большіе твердые черепы* и такія же широкія плечи, особ. у первородящихъ: необходимо по порядку испробовать щипцы, поворотъ и извлеченіе съ послѣдующей головкой, прободеніе, а смотря по случаю и обезглавливаніе. — *Microcephali* и *anencephali* обыкновенно являются въ такъ наз. «лицевомъ положеніи» (рис. 136).

Туловище можетъ быть увеличено *грыжевыми мышками, расщепленіями позвоночника* (rachischisis), *пупочными грыжами* (*herniae funiculi umbilicalis, ectopiae viscerum*) и *опухолями* (ягодичными *тератомами*), а также *водяночнымъ вздутіемъ живота* (ascites, *вздутіе мочевого пузыря и гидронефрозъ* вслѣдствіе закрытія мочеиспускательнаго канала, рис. 139). *Распознаваніе* дѣлается лишь съ нѣкоторой вѣроятностью: повороты или прободенія, а также надрѣзы смотря по показанію ведутъ къ дѣли.

Дальнѣйшія осложненія происходятъ благодаря *двойнымъ уродствамъ*: на 137 и 138 изображено вставленіе *Dicerphali dibrachii* и *Thotacoragi*. *Распознаваніе* можно сдѣлать лишь во время родовъ посредствомъ констатированнаго ручнымъ изслѣдованіемъ сращенія. Они встрѣчаются рѣдко и представ-

ляютъ незначительную опасность, такъ какъ при нихъ, какъ въ большинствѣ случаевъ уродствъ, роды наступаютъ въ видѣ part. prae — или immaturus. Систематика и этиологія уродствъ изложены въ моемъ эмбриол. атл.

Прибавленіе къ § 50.

Многopлодные беременности и роды.

Изъ 13.000.000 родовъ *G. Veit* высчиталъ, что одни роды двойнями происходятъ на 88 обыкновенныхъ родовъ, одни роды тройнями на 7,910, одни роды четверней на 371,126 обыкн. родовъ. Роды пятерней въ послѣднее время стали извѣстны въ различныхъ странахъ въ числѣ около дюжины случаевъ.

Многopлодная беременность происходитъ изъ нѣсколькихъ выдѣлившихся во время одной менструаціи яичекъ или изъ одного яйца съ нѣсколькими зародышами (срв. рис. 47 и дальнѣйш. въ моемъ эмбриол. атл.); послѣдніе — однойцевыя двойни и проч. имѣютъ общія яйцевыя оболочки, за исключеніемъ водной, принадлежащей каждому отдѣльному плоду, и одинаковый полъ; первыя имѣютъ каждый по собственному chorion'у или собственную decid. circumflexa и бываютъ одного или различнаго пола.

При однойцевой многopлодной беременности дѣло доходить до анастомозовъ плацентарныхъ сосудовъ, въ которыхъ развивается третій кругъ кровообращенія; если послѣдній асимметриченъ, то по *Schatz*'у будто бы наступаетъ неравномѣрное развитіе плодовъ. Если одинъ изъ близнецовъ принимаетъ участіе въ весьма незначительномъ отдѣлѣ плаценты, то онъ, будучи сдавленъ другимъ (рис. 141), умираетъ, превращаясь въ *foetus papyraceus*.

Распознаваніе при беременности двойнями ставится съ точностью: 1) ощутываніемъ одноименныхъ частей въ большемъ числѣ, чѣмъ это полагается для одного ребенка (2 плодныхъ пузыря, 2 головки, больше 4-хъ конечностей); 2) прощупываніемъ частей, расположенныхъ такъ, что онѣ никоимъ образомъ не могутъ принадлежать одному ребенку; 3) явственнымъ выслушиваніемъ сердечныхъ то-

новъ на отдаленныхъ другъ отъ друга мѣстахъ, а иногда съ различной частотой; 4) *отодвианіемъ* при помощи *предлежащей* части одного ребенка безъ совмѣстнаго слѣдованія второго.

Роды при двойняхъ большею частью происходятъ въ черепныхъ положеніяхъ, при *многоплодныхъ родахъ*, положенія тазовымъ ковцомъ или вообще неправильныя положенія наблюдаются чаще, чѣмъ при обыкновенныхъ родахъ. Больше чѣмъ въ $\frac{2}{3}$ случаевъ роды наступаютъ очень рано; родовой актъ затягивается при первомъ плодѣ и происходитъ скорѣе при остальныхъ. Смертность, особенно для мальчиковъ (вслѣдствіе величины, по *Veit*'у вслѣдствіе ихъ незначительной «живучести») больше, чѣмъ для одиночно рожденныхъ. Плацента слѣдуетъ обыкновенно за послѣднимъ ребенкомъ; часто остается атонія матки (послѣдовательныя кровотеченія; спорныя профилактически)!

Литература къ § 50.

- ¹⁾ *Goehlert*, Die Zwillinge, Beitr. zur Physiol. des Mensch. Virch. Arch. 76. — ²⁾ *Schatz*, Gefässverbindung der Placentarkreisläufe eineiiger Zwill. A. f. Gyn. 24, 27, 29, 30. — ³⁾ *B. S. Schultze*, Zwillingsschwangerschaft *Volkman's* Sammlg. 34. 1872, M. f. Geb. II. — ⁴⁾ *Kleinwächter*, Lehre von den Zwill. Prag 1871. — ⁵⁾ *Reuss*, Lehre von den Zwill. A. f. Gyn. 1872. IV. — ⁶⁾ *Ahlfeld*, Ein Amnion bei getrennten Zwill. A. f. Gyn. 7, 1875. — ⁷⁾ *Ahlfeld*, Beitr. zur Lehre von den Zwill. *ibid.* 79, 11, 14. — ⁸⁾ *Schatz*, Quelle des Fruchtwassers und Foet papyracei. Tagebl. der 47. Naturf.-Vers. in Breslau 1874 und — ⁹⁾ *Schatz*, einseit. Polyhydramnie mit anders. Oligohydr. bei eineiigen Zwill. A. f. Gyn. 19. — ¹⁰⁾ *Hohl*, Geburten missgestalteter, kranker und todter Kinder Halle 1850. — ¹¹⁾ *Schilling*, Geburtsanomal. bei übermässiger Grösse der Frucht. In.-Diss. Leipzig. 1867. — ¹²⁾ *Sänger*, Hydrops u Anasarka. A. f. Gyn. 33. — ¹³⁾ *Schuchard*, Schwier. d. Diagn. u Häuf. der Ut.-Rupt. bei Hydroceph. In.-Diss. Berlin 1884 — ¹⁴⁾ *G. Veit*, Diagn. der Zwill.-Schwang. Mon. f. Geb. VI. — ¹⁵⁾ *G. Veit*, Leitung der Geburt bei Doppelmissb. *Volkman's* Sammlung. 164, 1879. — ¹⁶⁾ *A. Martin*, Geburtser schwerung durch missgestalt. Früchte. Z. f. Geb. und Gyn. I, M. f. Geb. 27. — ¹⁷⁾ *Neumann*, Syphil. nach. d. Concept. Wien. med. Presse 1885. — ¹⁸⁾ *Steffeck*, Syphil. nach. d. Concept. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 18. — ¹⁹⁾ *Ruge*, Ges. f. Geb. u. Gyn. 1886. Ascites. — ²⁰⁾ *Dührssen*, Z. f. Geb. und Gyn. 21. Ascites. — ²¹⁾ *Hennig*, C. f. Gyn. 1880, 17. Darmcyst. — ²²⁾ *Ahlfeld*, Hydroneph. etc. A. f. Gyn. 4. — ²³⁾ *Olshausen*, Hydroneph. A. f. Gyn. II. — ²⁴⁾ *Freund*, Hydroneph. etc. Bresl. klin. Beitr. II.

ОТДѢЛЪ VII.

Аномаліи положенія плода и яйцевыхъ частей.

§ 51. Ненормальныя положенія, членорасположенія и позиціи плода.

(Срв. § 13, рис. 69—71). (Акуш. атл. I, рис. 19—21, 26, 30, 15, 35—39, 69—86, 48—57).

Неблагопріятными въ прогностическомъ отношеніи являются *косыя и поперечныя положенія* (рис. 48, 54, акуш. атл. I); почти столь же неблагоприятны ненормальныя положенія головки въ *передне-темянной* (рис. 19—21, акуш. атл. I) *лобной* (рис. 26, акуш. атл. I) и *лицевой позиціи* съ обращеннымъ *кзади* подбородкомъ (рис. 35, акуш. атл. I).

Переходъ къ этимъ непріятнымъ въ смыслѣ прогноза условіямъ родовъ образуютъ *лицевыя положенія* съ обращеннымъ *кпереди* подбородкомъ (рис. 30, акуш. атл. I) и *положенія тазовымъ концомъ* (акуш. атл. I, рис. 56, 57).

Теченіе родовъ въ отдѣльные моменты описано въ моемъ акуш. атл. I. Въ *общемъ* касательно неправильныхъ вставленій головки слѣдуетъ замѣтить, что—такъ какъ затылокъ всегда задерживается—какая *либо* одна изъ *переднихъ частей* головки отъ *большого родничка* до *подбородка* опускается *ниже*; этотъ I поворотъ вмѣстѣ съ тѣмъ *обратно* аналогиченъ таковому при затылочныхъ положеніяхъ и также *соответственно* относятся остальные повороты, т. е. прежде опустившаяся часть поворачивается *кпереди*; наконецъ слѣдуетъ выкатыванію *болѣе широкаго затылка* по промежуности, между тѣмъ какъ о лонное соединеніе всегда упирается тотъ выдающийся отрѣзокъ головки, который ближе всего лежитъ къ прежде предлежавшей (т. е. ниже опустившейся) части. Обозначается это слѣд. образомъ:

Ниже опускается. Упирается.

Затылочное положеніе	мал. роднич.,	затылокъ;
Передне-темянная позиц.	больш. роднич.,	лобъ;
Лобная позиція	лобъ,	верх. челюсть;
Лицевое положеніе	подбородокъ,	шея.

Изъ § 13 видно, что здѣсь повсюду вступаетъ въ тазъ большая окружность головки и выкатывается болѣе широкой затылокъ по промежности, чѣмъ при затылочныхъ положеніяхъ, причемъ—какъ уже упомянуто—*Kaltenbach*'овскій механизмъ, т. е. дѣйствіе особенно податливаго позвоночника при затылочныхъ положеніяхъ прекращается; *до крайности растянутый позвоночный столбъ становится какъ разъ непреодолимымъ препятствіемъ*, при неблагоприятныхъ лицевыхъ вставленіяхъ съ обращеннымъ *кзади* подбородкомъ. *Послѣдствіями* этого бываетъ преждевременный разрывъ пузыря, умираніе плода, разрывы мягкихъ частей матери.

Распознаваніе положеній.

I. *Затылочная положенія*: спинка влѣво; сердцебіеніе плода выслушивается посредниѣ между пупкомъ и лѣвой *spina ant. sup.*; малый родничекъ прощупывается слѣва впереди,—въ выходѣ таза непосредственно за лоннымъ соединеніемъ. Отсюда, вдоль по стрѣловидному шву, изслѣдующій палецъ достигаетъ сзади лежащаго большого родничка. Если головка стоитъ въ самой широкой части таза, то за лоннымъ соединеніемъ черезъ истонченный нижній сигментъ (*segmentum chartaceum*) недостаточно еще расширеннаго цервикальнаго канала (при цѣлости пузыря) изслѣдующій палецъ нѣсколько сбоку прощупываетъ ламбовидный шовъ, и тамъ, гдѣ послѣдній сходятся съ таковымъ другой стороны и съ стрѣловиднымъ, трехугольный малый родничекъ и т. д. Изслѣдующій палецъ, придерживаясь со стороны симфиза тазовой окружности, достигаетъ самъ по себѣ шва на черепѣ. При желаніи проникнуть въ цервикальный каналъ, слѣдуетъ помнить, что *port. vagin.* смотреть *кзади* и что поэтому палецъ можно ввести лишь *согнутымъ въ передней фалангѣ*.

При *передне-темянной позиціи* большой родничекъ на-

ходится вблизи лоннаго соединенія и стоитъ ниже, чѣмъ малый. Если онъ стоитъ *влѣво* отъ симфиза, то *малый* родничекъ находится *сзади* и *вправо*, головка въ I или правомъ косомъ размѣрѣ (спинка вправо), т. е. во II *передне-темянномъ* или III *затылочномъ положеніи*. Такимъ образомъ при I и III затылочныхъ положеніяхъ головка находится въ I косомъ размѣрѣ (при II и IV во II).

При I *лобной позиціи*: спинка влѣво, сердцебиеніе плода явственнѣе всего слышно на срединной линіи. Ниже всего позади лоннаго соединенія лежитъ правый лобный бугоръ (tuber frontale); вправо ощупывается надглазничный край (margo supraorbitalis), влѣво—большой родничекъ.

При I *лицевомъ положеніи*: спинка влѣво, но сердцебиеніе плода выслушивается вправо отъ бѣлой линіи (такъ какъ спинка плода находится *сзади*, а его *грудь тѣснѣе* всего прилегаетъ вправо и впередъ къ материнскимъ брюшнымъ покровамъ). *Спереди* и *справа* прощупываются *ноздри* и подбородокъ, слѣва лобъ. Так. образ. предлежитъ *правая* половина лица.

При I *ягодичномъ положеніи* (головка лежитъ въ днѣ матки), спинка влѣво; сердцебиеніе плода слышно на уровнѣ *пупка* или выше, почти на срединной линіи. Палець прощупываетъ *заднепроходное отверстие* (послѣ отхожденія водъ налецъ чувствуетъ сокращенія Sphincter ani), а именно, въ поперечномъ или I (правомъ) косомъ размѣрѣ. *Лѣвая* ягодица предлежитъ.

Если бедро опустилось въ цервикальный каналъ, то прощупывается либо трехугольная *копѣнная чашка* (patella) при *копѣнныхъ* положеніяхъ, либо *нога*. Наименьшее отведеніе даетъ возможность отличать I палець стопы (hallux) отъ 1-го пальца руки (pollex).

При *косыхъ положеніяхъ*: съ обѣихъ сторонъ на тазовыхъ крыльяхъ прощупываются крупныя части; входъ въ тазъ пустъ; сердцебиеніе плода слышно въ пупочной области; палець прощупываетъ предлежащую *лопатку, подмышечную впадину* или *ключицу*; *изъ расположенія этихъ частей между собой можно заключить о положеніи спинки и головки*. Чаще всего спинка впередъ, головка влѣво=косому положенію Ia, рѣже всего спинка кзади, головка вправо=косому положенію Ib.

Общая терапия положеній.

(Дальн. см. при неправильн. таз. §§ 21—33).

При *передне-темянныхъ позиціяхъ*: согласно правилу, давать роженицѣ каждый разъ положеніе на боку, соответствующемъ той части плода, которая должна опуститься *внизъ* и *впередъ* (I затылочное полож.—влѣво, I лицевое полож.—вправо), роженицу кладутъ *при II передне-темянной позиціи* наприм. на *правый* бокъ, такъ какъ часто еще въ выходѣ таза *малый* родничекъ справа и сзади вступаетъ вправо и *впередъ* (слѣдоват. образуется II затылочное положеніе).

Если это не удастся, то выбираютъ *большой* родничекъ, какъ далѣе выступающую часть. слѣдоват. *лѣвое* боковое положеніе.

При наступленіи угрожающихъ явленій—*щипцы*; при мертвомъ плодѣ—прободеніе головки. При экстракціи *большой* родничекъ остается *впереди!*

При *передне-темянныхъ позиціяхъ* и *Nagele'*вскомъ *отклоненіи* (стрѣловидный шовъ вблизи мыса, рис. 69—71 и Акуш. атл. I, рис. 15) *большой* родничекъ также можетъ опуститься ниже; но онъ стоитъ *сбоку*, не впереди. Тогда причиной бываетъ *плоскій* тазъ (срв. § 23). Поворотъ или выжиданіе, положеніе роженицы, соответственное *большому* родничку; если послѣдній протискивается въ маломъ тазу, то роженицѣ дается положеніе соответственно *малому* родничку. Теперь производится давленіе позади лоннаго соединенія на затылокъ и нижнюю челюсть—при случаѣ накладываются щипцы. (Акуш. атл. I, рис. 86).

Задне-темянная позиціи (срв. § 23 и рис. 16 въ акуш. атл. I) большею частью происходятъ при плоскихъ, а иногда при совершенно нормальныхъ тазахъ! Если онѣ остаются не распознанными, то даютъ поводъ къ разрывамъ матки, поворотамъ или прободеніямъ.

Головка можетъ вставиться неправильно также и въ *выходъ таза*, если *стрѣловидный шовъ* проходитъ по *поперечному размѣру*, т. е. если происходитъ «*низкое поперечное стояніе*» головки, которое образуется при быстромъ врѣзываніи головки, вступившей въ поперечномъ размѣрѣ въ *малый поперечно-расширенный тазъ* (при плоско-рахитическихъ

тазахъ или, съ другой стороны, при слишкомъ малой головкѣ, прямой разрѣзъ которой однако длиннѣе, чѣмъ разстояніе между сѣдалищными буграми) и друг.

Если ряды должны быть окончены, то такое положеніе исправляется щипцами въ косомъ размѣрѣ.

При *лобныхъ позиціяхъ*: головка вдавливается въ тазовой входъ, какъ упомянуто выше, такъ какъ онѣ преимущественно обуславливаются суженіемъ таза; въ иныхъ случаяхъ при достаточно раскрытомъ зѣвѣ: поворотъ на ножку (Акуш. атл. I, рис. 72). Если это не удастся, то показываются только перфорация и краниоклазія.

При *лицевыхъ положеніяхъ* съ обращеннымъ къзади подбородкомъ и высоко стоящей подвижной головкѣ можно попытаться низвести затылокъ помощью наружныхъ или двойныхъ приемовъ (рис. 82—84, Акуш. атл. I)—или затѣмъ повернуть щипцами подбородокъ по направленію впереди—въ остальныхъ случаяхъ производится поворотъ (рис. 35—39, Акуш. атл. I) или лучше всего прободеніе.

При *положеніяхъ тазовымъ концомъ* главная опасность заключается въ сжатіи пуповины послѣ рожденія нижней части туловища и связанныхъ съ нимъ преждевременныхъ дыхательныхъ движеній, а иногда и асфиксіи ребенка. Поэтому, *начиная отъ сего момента, необходимо быстро окончить роды; до того, напротивъ, слѣдуетъ спокойно выжидать*, такъ какъ въ противномъ случаѣ запрокидываются ручки и подбородокъ удаляется отъ груди.

Какъ только прорѣзываются ягодицы, туловище и головка ребенка выжимаются помощью описаннаго въ § 12 *Kristeller'*овскаго приема при одновременномъ напряженіи брюшного пресса. Если послѣдній не удастся, то предпринимается освобожденіе ножекъ, извлеченіе туловища при расслабленіи втянутой пуповины и освобожденіе ручекъ (рис. 64, 66—68). Извлеченіе можетъ производиться ручнымъ приемомъ *Mauriceau-Lachapelle* (Акуш. атл. I, рис. 69, 70) или выжиманіемъ ¹⁾ по способу *Wigand'a*, *Martin'a* и *Winckel'*я (Акуш. атл., рис. 81). Если такія попытки не удаются, то оказывается

¹⁾ *Пражскій способъ*, какъ сопряженный съ опасностями (разрывы шейной части позвоночника) согласно *Winckel'*ю и *Ahlfeld'*у, не долженъ применяться!

цѣлесообразнымъ давленіе, произведенное обѣими руками на дно матки,—въ остальныхъ случаяхъ приходится прибѣгнуть къ перфорациі въ виду того, что такое сопротивленіе можетъ оказать только ненормально развитой черепъ.

При *косыхъ положеніяхъ*: поворотъ на ножку тотчасъ-же послѣ разрыва пузыря (рис. 71—84, Акуш. атл. I); при болѣе опасной: прободеніе головки. *Недоношенные* плоды предоставляются «самоизвороту» и проч. (срв. рис. 49—56, Акуш. атл. I).

Такъ какъ тазовой входъ при косыхъ положеніяхъ не выполненъ и такъ какъ образуется значительное количество околоплодной жидкости, вслѣдствіе чего наступаетъ преждевременный разрывъ пузыря, то легко происходитъ *выпаденіе мелкихъ частей или пуповины*.

При *выпаденіи ручки*, послѣдняя *вправляется* (Акуш. атл. I, рис. 85), а роженка кладется такъ, что спинка ребенка опускается на сторону противоположную выпаденію; такъ образ. головка можетъ вступить во входъ таза. Затѣмъ можно поступать выжидательно или, какъ въ рядѣ указанныхъ рисунковъ, наложить щипцы. При суженныхъ тазахъ примѣняется поворотъ.

При *выпаденіи ножки* рядомъ съ головкой примѣняется *двойной приемъ внутренняго поворота*, предложенный *Siegmundin*: наложеніе петли и низведеніе ножки, отодвиганіе головки и плечика (Акуш. атл. I, рис. 79 и 80, далѣе рис. 30—39).

Литература къ § 51.

- ¹⁾ Kleinwächter, Schieflagen, A. f. Gyn. II.—²⁾ Küstner, Schieflagen, C. f. Gyn 1880, 8.—³⁾ Müller, Schieflagen, Schweiz, Corr. Bl. 1878, 3.—⁴⁾ Schultze, Fehl. Haltg. D. Klin. 1857.—⁵⁾ Küstner, Beck.-Endlage, Volkm's Sammlg. 140.—⁶⁾ Stadtfeld, Stirnlage. Brit. and for. med. chir. Rev. July 1869.—⁷⁾ Соловьевъ, лобное положеніе, Медич. Обозр. 1880.—⁸⁾ Long, Stirnlage, Amer. Journ. of Obst. 1885.—⁹⁾ Hecker, Berlin 1869, Ueb. d. Schädel f. b. Gesichtsl.—¹⁰⁾ Ahlfeld, Gesichtsl. u. Stirnl. A. f. Gyn. 16.—¹¹⁾ Schatz, Gesichtsl. A. f. Gyn. 27.—¹²⁾ Ziegenspeck, Gesichtsl. Volkm's Samml. 284.—¹³⁾ Kaltenbach, Gesichtsl. C. f. Gyn. u. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 21.—¹⁴⁾ Kehrer, Volderscheitelstellg. Giessen 1860.—¹⁵⁾ Litzmann, Schädelagen. Art. Schwang. im Handwört. von Wagner Bd. XII.

§ 52. Ненормальное состояніе пуповины и яйцевыхъ оболочекъ во время родовъ.

(Рис. 139, 141, 135. Акуш. атл. I, рис. 85, 42).

Опасность, угрожающая ребенку вслѣдствіе *прижатія пуповины*, обуславливается множественными *обвитіями пуповины* (см. мой эмбриол. атл.). Послѣднія ведутъ къ образованію *истинныхъ узловъ*, либо при проскальзываніи плода черезъ пуповину (возможно до 4 мѣс.), либо при *выпаденіи* послѣдней (срв. рис. 139), либо во время беременности вслѣдствіе скручиванія ея (рис. 141). Причины выпаденія пуповины тѣ же, какъ и для выпаденія мелкихъ частей плода, т. е. недостаточное выполненіе малаго таза подлежащей крупной частью плода. При выслушиваніи прижатіе обнаруживается обыкновенно въ видѣ *пупочнаго шума* (срв. § 6, 7). При внутреннемъ изслѣдованіи прощупывается пульсирующій канатъ, который необходимо *вправить*¹⁾ (по способу, изображенному на рис. 85 въ акуш. атл. I). Еще лучше сдѣлать поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ, если зѣвъ раскрытъ совершенно. При недостаточно раскрытомъ зѣвѣ производится комбинированный поворотъ по *Fehling's*у, причѣмъ одна нижняя конечность оставляется въ цервикальномъ каналѣ и снабжается петлей.

Асфиксія угрожаетъ ребенку не только при предлежаніи послѣда, но и также *при оболочковомъ прикрѣпленіи пуповины* (*insertio velamentosa*); насколько легко разрывъ сосуда становится опаснымъ, показываетъ рис. 135. Поэтому здѣсь показуется быстрое родоразрѣшеніе при возможно долгомъ сохраненіи плоднаго пузыря. Діагнозъ ставится на основаніи пульсирующихъ сосудовъ въ просвѣтѣ маточнаго зѣва.

Задержка послѣда рѣдко происходитъ вслѣдствіе *приращенія плаценты* (причина—эндометритъ), чаще она происходитъ при особенной величинѣ дѣтскаго мѣста (или при *загибѣ матки*). *Ручное отдѣленіе* производится при строгой антисептикѣ (срв. акуш. атл. I, рис. 42).

Преждевременное отдѣленіе послѣда при нормальномъ

¹⁾ *Вправление пуповины*, а также *вытащенныхъ мелкихъ частей* плода всегда производится въ положеніи роженицы на боку, соответствующемъ выпаденію,—послѣ этого больную кладутъ на другую сторону.

его прикрѣпленіи происходитъ вслѣдствіе замедленнаго разрыва пузыря, травмъ, нефрита, инфекціонныхъ болѣзней и всѣхъ причинъ, вызывающихъ также и выкидышъ.

Симптомы: кровотеченія, — *внутреннія*, если остаются ретроплацентарными, *наружныя*, если они изливаются въ шейку возлѣ разрыхленнаго края яйца.

Терапія: при нѣкоторомъ раскрытіи цервикальнаго канала показуется быстрое окончаніе родовъ посредствомъ *associatione forcée* или *кесарскаго стѣпенія* при атоніи матки, если горячими сиринцованіями, тампонаціей, эрготиномъ не удалось остановить кровотеченіе.

Литература къ § 52 (срв. § 49).

¹⁾ *Freund*, Placentarretention, Zischr. f. Geb. u. Gyn. 16.—

²⁾ *Ahlfeld*, idem, ibid. 16.—³⁾ *Hennig*, Vorseit. Lösg. d. Plac. bei norm. Sitz, A. f. Gyn. 8.—⁴⁾ *Fehling*, idem, C. f. Gyn. 1885.

⁵⁾ *Hegar* u. *Maier*, idem, Mon. f. Geb. 33.—⁶⁾ *Löhlein*, idem, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 7.—⁷⁾ *E. Martin*, desgl., Mon. f. Geb. 17.—

⁸⁾ *Sänger*, idem, C. f. Gyn. 1881.—⁹⁾ *Winter*, idem, Ztschr. f. Geb. 11.—¹⁰⁾ *Schatz*, A. f. Gyn. V, Kurze Nab.—¹¹⁾ *P. Ruge*, Ins.

velam Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. II.—¹²⁾ *Veit*, Vorf. u. Compr. M. f. G. 19.—¹³⁾ *Küstner*, Halle 1844, De circumvol. fun. umb.

(стар. лит.)—¹⁴⁾ *Dohrn*, Mon. f. Geb. 18; A. f. Gyn. 6 u. 13. Umschling. u. Torsion.—¹⁵⁾ *Martin*, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. II., Torsion.—

¹⁶⁾ *Sänger*, A. f. Gyn. 11, Torsion.—¹⁷⁾ *Schauta*, A. f. Gyn. 17, Torsion.—¹⁸⁾ *Schatz*, Vers. D. Nat. 1884, Magdeb. Diagn. d. Umschling.

ОТДѢЛЪ VIII.

Разстройства родового акта вслѣдствіе аномалій потугъ и общихъ заболѣваній матери.

§ 53. Общія замѣчанія относительно разстройствъ родового акта.

До сихъ поръ мы рассмотрѣли *разстройства беременности и родовъ съ ихъ чисто анатомической стороны*. Изъ этого я составляю слѣдующую *діагностически важную схему разстройствъ родового механизма*:

I. Ненормальныя препятствія со стороны матери:

- 1) вслѣдствіе суженныхъ тазовъ;
- 2) вслѣдствіе суженій, аномалій развитія или опухолей *мягкихъ частей*.

II. Ненормальныя препятствія со стороны плода:

- 1) вслѣдствіе неблагоприятныхъ положеній, позицій, членорасположеній ребенка;
- 2) вслѣдствіе аномалій *формы* ребенка (гидроцефалія, опухоли, уродства);
- 3) вслѣдствіе аномалій *формы, содержанія и расположенія* плодныхъ оболочекъ и пуповины.

III. Ненормально слабыя препятствія со стороны костнаго и мягкаго родового канала, а также со стороны плода при сильной родовой дѣятельности *вызываетъ низкое поперечное стояніе головки и слишкомъ быстрые роды* (partus praecipitatus).

Въ видѣ дальнѣйшей группы мы рассмотримъ теперь *чистыя функціональныя разстройства родовой дѣятельности*, какъ они обуславливаются частью аномаліями брюшнаго пресса

и потугъ, частью общими заболѣваніями и другими недостатками организма. Поэтому мы различаемъ:

IV. *Функциональные* разстройства *родовой дѣятельности* посредствомъ:

- 1) аномалій *потугъ*,
- 2) различныхъ заболѣваній *матери*.

Когда *послѣдствія* этихъ аномалій *опредѣленнымъ* образомъ угрожаютъ *матери* или *ребенку*, тогда лишь наступаетъ показаніе къ *оперативному вмѣшательству*. Такія послѣдствія и показанія мы до сихъ поръ нашли:

A. Со стороны *матери*:

I. Явленія въ *родовомъ аппаратѣ*:

- 1) сильное *растяженіе «нижняго маточнаго сегмента»*, *подвижаніе вверхъ контракціоннаго кольца* отъ ширины ладони надъ *доннымъ соединеніемъ* до уровня пупка и выше (сильная *болѣзненность* также въ промежуткахъ между потугами, *малый слабый пульсъ*);
- 2) *разрывъ матки* (срв. § 42; при совершенномъ *выхожденіи* ребенка въ *брюшную полость*: явленія шока и *исчезаніе* подлежащей части, *вмѣсто* которой появляются *кровотеченія* изъ *половыхъ частей*);
- 3) *опасность разрыва эктопическихъ плодныхъ мѣшковъ или кистомъ* (также *гематома* или thrombus vulvae, особ. при родахъ *двойнями*) или *чрезмѣрно переполненнаго мочевого пузыря* (наприм. при *ущемленной загнутой назадъ маткѣ*);
- 4) *угрожающія протиранія, некрозы отъ давленія, разрывы влагалища и промежности* (при *ригидностяхъ, стенозахъ, воронкообразныхъ тазахъ*—*блѣдность уздечки*);
- 5) сильная *болѣзненность тазовыхъ суставовъ*, какъ *признакъ угрожающаго разрыва суставной сумки* (*узкіе тазы*);
- 6) *кровотеченія* (при *предлежаніи плаценты, преждевременномъ отдѣленіи послѣда*,—*кромѣ* того при *только что упомянутыхъ пораженіяхъ*).

- 7) Инфекціонныя отравленія съ лихорадкой, коматозными или изнурительными состояніями:
- а) *септическое зараженіе* при 38°, *пульсъ*—100 и выше! исходить изъ мѣстныхъ травмъ полового аппарата или изъ гнилостно разложеннаго плода.
- б) *Эклямпсія* (срв. § 50).
- в) *Бугорчатка* (родовой актъ весьма опасенъ вслѣдствіе кровопотери и мышечнаго напряженія—поэтому показуется искусственное родоразрѣшеніе и паркозъ во II періодѣ родовъ! Напротивъ беременность сама по себѣ большею частью не вредна).
- 8) *Другія органическія заболѣванія*, на которыя роды дѣйствуютъ *неблагоприятно*, наприм. пороки сердца, которые, по *Fritsch*'у, легко подають поводъ къ параличу сердца и отеку легкихъ вслѣдствіе повышеннаго потугами кровяного давленія.

Б. Со стороны *ребенка*. (Дальн. срв. въ эмбриол. атл.).

- 1) Продолжительное замедленіе сердечныхъ тоновъ на 100 и ниже, или продолжительное ускореніе сердечныхъ тоновъ выше 160, при ихъ ослабленіи (пупочный шумъ);
- 2) отхожденіе первороднаго кала (месоііум);
- 3) выпаденіе пуповины (§ 53);
- 4) кровотеченія изъ зародышево-плацентарныхъ сосудовъ при *insertio velamentosa* или *placenta praevia*.

Литература къ §§ 53 и 54.

¹⁾ *P. Müller*. Die Krankheiten des weibl. Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtsfunctionen. Stuttgart 1888.—²⁾ *Gusserow*, hochgrad. Anäm. etc., A. f. Gyn. III.—³⁾ *Kehrer*, Haemophilie etc., A. f. Gyn. X.—⁴⁾ *Sänger*, Leukämie, A. f. Gyn. 33.—⁵⁾ *Wiener*, hämorrh. Erkr. etc., A. f. Gyn. 31.—⁶⁾ *Ruge* u. *Martin*, Varicen, Beitr. z. Geb. u. Gyn. III.—⁷⁾ *Fischel*, Hyperemesis, Prag. med. Woch. 1884.—⁸⁾ *J. Veit*, idem, Berl. klin. Woch. 1887.—⁹⁾ *Kaltenbach*, idem, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 21.—¹⁰⁾ Тотъ-же idem, C. f. Gyn. 1891, 26.—¹¹⁾ *Flaischlen*, idem, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 20.—¹²⁾ *Kaltenbach*, Albuminurie etc., A. f. G. III.—¹³⁾ *Olshausen*, Erkr. d. Harnorg. etc., Berl. Beitr. II.—¹⁴⁾ *Schüle*, Puerperalpsychosen (Handb. d. Geist. v. *Ziemssen*. 16).—¹⁵⁾ *Curschmann*, Ac. Infect.-Krankh., *Ziemssen's Pathol.* II.—¹⁶⁾ *Gusserow*, Typhus, Berl. klin. Woch. 1880, 17.—¹⁷⁾ *Kaltenbach*, Erysipel, C. f. Gyn. 1884.—¹⁸⁾ *Ahlfeld*, Milzbrand, Ber. u. Arb.

III.—¹⁹) *J. A. Amann jun.*, Influenza, Münch. med. Woch. 1890. 9.—²⁰) *Fritsch*, Herzkrankh. A. f. Gyn. 8, 10.—²¹) *Ahlfeld*, idem A. f. Gyn. 4.—²²) *Sänger*, idem, A. f. Gyn. 14.—²³) *Leopold u. Schütz*, Lungenkrkh. etc., A. f. Gyn. 11 u. 14.—²⁴) *Gusserow*, idem, Mon. f. Geb. 32.—²⁵) *Winter*, Nephritis etc., Ztschr. f. Geb. 11.—²⁶) *Fehling*, idem, A. f. Gyn. 27, 39, C. f. Gyn. 1885.—²⁷) *Hofmeier*, idem, Ztschr. f. Geb. V.—²⁸) *Jolly*, Hysterie, Ziemssen's Handb. 12.—²⁹) *Hecker u. Buhl*, Epilepsie. Klin. d. Geb. I. Leipz. 1861.—³⁰) *Olshausen*, Chorea, Beitr. 1884.—³¹) *Ahlfeld*, Chorea, A. f. Gyn. 28.

§ 54. Взаимное дѣйствіе между беременностью и общими болѣзнями.

Какъ уже упомянуто въ §§ 49 и 50, *общія инфекціонныя заболѣванія* подають поводъ къ *выкидышу*, частью вслѣдствіе вызваннаго имъ эндометрита и децидуальныхъ кровоизліяній, частью вслѣдствіе теплового застоя. При *тифѣ* большинство выздоравливало съ *выкидышемъ*, при *остѣ* безъ него, при *холерѣ* выздоравливали и умирали съ *выкидышемъ* и безъ него поровну (*Goldschmidt*). *Показанія* къ производству искусственнаго *выкидыша* не существуютъ.

Также не слѣдуетъ по *Fritsch*'у вызывать *искусств. преждеврем. род.* при сердечныхъ порокахъ (эфиръ!) и легочныхъ заболѣваніяхъ (срв. § 53).

Наоборотъ, *искусств. преждеврем. род.* иногда показуются при *эклампсіи* (§ 50), *хронич. нефритѣ* (*амаврозѣ*), *прогрессивной злокачественной анеміи*, *чрезмѣрной рвотѣ беременных* (§ 7), *chorea gravidarum*.

§ 55. Аномаліи потуговъ.

(Рис. 35, 36, 110).

А. *Слишкомъ сильныя потуги: столбнякъ матки* (*tetanus uteri*) происходитъ при непреодолимыхъ сопротивленіяхъ, такъ, при косыхъ положеніяхъ послѣ отхожденія водъ и особенно при *продолжительныхъ* и *нецѣлесообразныхъ попыткахъ* къ *родоразрѣшенію*, а также при *примѣненіи спорыньи*. Эти *тоническія сокращенія* нисколько не полезны для родовъ; они, съ одной стороны, *угрожаютъ разрывами «нижняго отрѣзка матки»*, съ другой стороны вызываютъ *умираніе плода*.

Терапія: роды должны быть тотчас же окончены, при косыхъ положеніяхъ посредствомъ разсѣченія плода на части (*Embryotomia*); предварительно судорожное состояніе матки должно устранить глубокимъ наркозомъ (морфій 0,015 + 0,001 атропинъ). Очень часто, однако, такое разслабленіе матки посредствомъ наркотическихъ веществъ не удается, если сокращенія уже повели къ сильной степени растяженія «нижняго маточнаго отрѣзка»—далѣе, примѣненіе этихъ средствъ опасно въ виду упадка силъ, который они вызываютъ: поэтому приходится прибѣгнуть только къ эмбриотоміи.

Судорожныя суженія (*stricturae spasticae*) обязаны своимъ происхожденіемъ тѣмъ же причинамъ, какъ и тоническія судороги и происходятъ анатомически лишь тамъ, гдѣ существуютъ запирающія мышцы, слѣдоват. въ углахъ трубъ и во внутреннемъ зѣвѣ (срв. рис. 35, 36). Они рѣдко происходятъ въ первые два періода родовъ (наприм. важный судебно-медицинскій случай *Kaltenbach*'а, въ которомъ суженіе въ области внутренняго зѣва произвело стягиваніе шейки плода, подобно обвитію пуповиной), и чаще всего въ послѣдовомъ періодѣ, гдѣ они могутъ вызвать задержку послѣда (*retentio placentae*). *Терапія* состоитъ въ назначеніи наркотическихъ средствъ.

Слишкомъ сильныя потуги при незначительныхъ сопротивленіяхъ со стороны родового канала и плода ведутъ къ слишкомъ быстрымъ родамъ (*partus praecipitatus*); гипертрофированный, соотвѣтственно сильной потужной дѣятельности, анатомическій субстратъ мышечнаго слоя дна нерѣдко является наследственнымъ; въ иныхъ случаяхъ по *Winckel*'ю предрасполагающую роль играютъ многократные роды и ненормально короткія пуповины рядомъ съ уже упомянутыми условіями.

Терапія: боковое положеніе роженицы, запрещеніе напругать брюшной прессъ, ранняя защита промежности. При судорожныхъ боляхъ: наркозъ, горчичники.

В. *Слабость потугъ*: первичная происходитъ отчасти вслѣдствіе общей слабости у анэмичныхъ или изнуренныхъ голодомъ и болѣзнями женщинъ, отчасти вслѣдствіе недостаточной развитой маточной мускулатуры. Послѣднее об-

стоятельство наблюдается какъ физиологическое явленіе, зависящее *отъ* *возраста* (очень молодыя или очень старыя I-родящія), при *недостаточномъ* *обратномъ* *развитіи* *половыхъ* *частей* (въ особенности послѣ выкидышей), при *аномаліяхъ* *развитія* (Uterus bicornis unicornis § 41), при *опухоляхъ* въ маточныхъ стѣнкахъ, при *ненормальныхъ* *растяженіяхъ* (polyhydramnion, беременность многоплодная и т. п.), при *сильныхъ* *кровотеченіяхъ* (предлежаніе послѣда), при *воспалительныхъ* *заболѣваніяхъ* (или *поврежденіяхъ*), и *ненормальныхъ* *положеніяхъ* матки. *Непосредственно* дѣйствуютъ недостаточный брюшной прессъ (II періодъ родовъ), *переполненіе* *тазовыхъ* *органовъ* и *воспаленіе* ихъ.

При *распознаваніи* принимаются въ соображеніе всѣ эти этиологическіе моменты и производится повторное наблюденіе за силой, продолжительностью и промежутками между каждой схваткой на днѣ матки и по поступательному движенію части плода, а равно и по расширенію *всего* цервикальнаго канала. Слѣдуетъ имѣть въ виду возможное переполненіе *мочевого пузыря* и *прямой кишки*! Наконецъ, слѣдуетъ обратить вниманіе на общее состояніе роженицы (температура, пульсъ); послѣ *прохожденія* *водъ* необходимо слѣдить за *сердечными* *тонами* *плода*.

Атонія маточной мускулатуры ведетъ въ послѣдovомъ періодѣ къ опаснымъ *кровотеченіямъ*.

Терапія: возбужденіе болѣе горячими ваннами, горячимп маточными душами (28—38—43° R., по *Winckel*'ю, каждый разъ полное ведро 0,3% салициловой кислоты или 1/4% лизоля черезъ 1—2 часа), горячія припарки на дно матки, вкладываніе палочекъ ламинаріи или колпейринтера (въ особ. при сильномъ растяженіи матки многоплодною беременностью, polyhydramnion. Искусственное вскрытіе пузыря и проч., рѣже при воспалительныхъ состояніяхъ). Далѣе, опорожненіе пузыря и прямой кишки; возбуждающія средства. Для ускоренія родовъ примѣняются *выжиманіе* *плода* по *Kristeller*'у и ручные приемы *Fehling*'а и *Ritgen*'а (срв. § 12); затѣмъ *выжиманіе* *послѣда* всегда съ *растираніемъ* *дна* *матки* для предупрежденія атоніи! Въ послѣдовомъ періодѣ: спорынья или эрготинъ, которые могутъ быть назначены во II періодѣ

родовъ лишь тогда, когда не существуетъ *никакихъ ненормальныхъ препятствій* и когда не предполагается *тотчасъ же* окончить роды.

Эти *ненормальныя препятствія* какъ разъ и вызываютъ *вторичную слабость потугъ*: если роды продолжаются очень долго, то ребенокъ умираетъ послѣ ранняго излитія водъ, да и шансы на зараженіе тѣмъ больше, чѣмъ продолжительнѣе роды. Поэтому *роды оканчиваются искусственно при постоянномъ растираніи маточнаго дна*. Здѣсь даютъ спорынью или эрготинъ, но лишь въ моментъ родовъ.

Если и затѣмъ остаются *органическія кровотеченія*, то производится *тампонація матки по Dührssen'у* (срв. § 48 и рис. 110).

Литература къ § 55.

¹⁾ *Fränkel*, Verh. d. gyn. Sect. d. Bresl. Natur. Vers. *Слишкомъ сильныя потуги.*—²⁾ *Auvard*, Spast. Strictur etc. Arch. de tocol. Paris, 1890.—³⁾ *Wernich*, Secal. cornut., Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. III.—⁴⁾ *Тотъ-же*, idem, Virch. Arch. 56.—⁵⁾ *Zweifel*, idem, Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1875.—⁶⁾ *Kobert*, idem, тамъ-же, 18.—⁷⁾ *Тотъ-же*, idem, C. f. Gyn. 1885. I; 1886, 20.—⁸⁾ *Schatz*, idem, D. med. Woch. 1884, 49; A. f. Gyn. 25.—⁹⁾ *Runge*, Wehenschwäche, C. f. Gyn. 1880.—¹⁰⁾ *Dührssen*, C. f. Gyn. 1887, 1889, Aton. Nachbltgn.—¹¹⁾ *Тотъ-же*, Berl. klin. Woch. 1889, idem.—¹²⁾ *Küstner*, Dtsch. med. Woch. 1890. idem.

ОТДѢЛЪ IX.

Общія замѣчанія касательно акушерской терапіи.

ГЛАВА I.

Техническій аппаратъ.

§ 56. Акушерскій наборъ.

(Рис. 4 б).

Въ сумкѣ, приготовленной изъ дезинфицирующагося вещества (паруснаго полотна), находятся два отдѣленія, изъ коихъ одно *А* (тоже изъ паруснаго полотна) содержитъ лекарства, небольшіе инструменты, не подвергающіеся обеззараживанію, тогда какъ другое *Б* (изъ металла или по *Fritsch*'у изъ полотна) содержитъ обеззараживаемые инструменты.

А содержитъ:

Матеріалъ для лигатуръ.

1. Нѣсколько изогнутыхъ крѣпкихъ *иглъ* въ жестяной коробкѣ.
2. *Илодержатель*.
3. *Шелкъ*, обезпложенный въ водномъ парѣ.

Б содержитъ:

Акушерскіе инструменты.

1. *Nägele*'вскіе *щипцы*.
2. *Краниокласть Auvarд'a*, состоящій изъ 3-хъ частей (одноврем. перфораторъ, краниокласть, кефалотрибъ и краниотракторъ).

- 3а. *Fil de Florence* (въ карбол. кисл.).
4. *Кэтитъ*. сухо обезвоженный.
5. *Крючковатый пинцетъ*.
6. Нѣсколько *торсионныхъ пинцетовъ* (*Schröder*).
7. Нѣсколько *пинцетовъ Кюберлэ* или *Péan*.
8. Изогнутая игла на ручкѣ *Deshamps*.
3. *Nägele'*вскій *ножницеобразный перфораторъ*.
4. *Костные шпильцы Mesnard*.—*L. Winkel'*я.
5. *Петля* изъ широкой крѣпкой шелковой тесьмы.

Хирургическіе инструменты.

9. *Скальпель*.
10. *Пуровчатый ножъ* (съ длинной ручкой).
11. *Cowper'*овскія *ножницы* (загнутыя).
12. *Siebold'*овскія *ножницы* (длинныя, не гнущіяся).
13. *Пинцетъ* въ 30 см. длины и зеркало *Cusco*.
14. *Острая ложечка*.
15. *Бритва*.
16. 2 *пулевыхъ шпильцовъ*.
- Орошенія, инъекціи, и катетеризація.
6. *Кружка съ трубкой*.
- 6а. *Сифонная трубка Zweifel'*я.
7. *Маточный стеклянный накопешникъ*, изогнутый.
8. *Клистирный наконечникъ*, такой же.
9. *Влагалищный наконечникъ*, стекл. малоизогнутый.
10. *Маточный катетеръ Fritsch-Vozeman'*а.
11. Два мужск. *эластич. катетера* средн. велич. (№ 9 и 10).
12. *Серебряный женск. катетеръ*.
13. *Шпильъ Pravaz'*а.

Наркозъ.

17. 150 гр. *хлороформа* (in vitro pigт.).
18. *Маска Эсмарха*.
19. Тонкіе *Мизеих'*евскіе *щипцы* или другой *языкодержатель*.

Тампонація и расширеніе.

20. Тонкостѣнный *коллейпринтеръ*.

Кнаружи отъ этихъ двухъ отдѣленій, слѣдуетъ въ самой сумкѣ помѣщаются: *тазомъръ Baudelocque-Martin'*а (срв. 4 б) или складной *Gömann'*а, а иногда сюда же помѣщается большой *краниокласть Auvard'*а.

Въ сумкахъ у *нѣмецкихъ *)* *новивальныхъ бабокъ* по закону дол-

*) У насъ наборъ для новивальныхъ бабокъ долженъ заключать въ себя слѣд. предметы: 1) *Эсмархову кружку* (вмѣстимостью отъ 4—6 стакановъ, съ резин. рукавомъ длиной 2¹/₂ арш.); 2) *влагалищн. и кли-*

21. *Иодоформная марля* 10—20⁰/₀.

22. *Салициловая вата*.

23. *Коричанъ* (длинный).

Вливанія крови (Infusio).

24. *Игла для вливанія крови* (толстая), съ *трубкой* и *воронкой*.

25. Нѣсколько порошковъ съ 0.6 NaCl.

Противошлюстныя вещ.

26. 50 грм. *Acid. carbol. liq. ues.* (алкогольн. раств.).

27. 20 лешекъ 0,5 сулемы (*Algerer*).

28. 25 грм. *лизоль* (для 1⁰/₀ раств., также вмѣсто вазелина).

29. *Мензурка* (до 30 грм.)

Различныя лекарства.

30. 50 грм. *Aether. sulfur.*

жно находиться (кромѣ принадлежностей туалета) слѣд.: футляръ для инструментовъ съ 1) 90 грм. *Acid. carbol. liq. ues.*; 2) мензурка для отмѣриванія 15 и 30 грм. карбол. кисл.; 3) мыло, щетка для рукъ и полотенце; 4) кружка въ 1 литръ, съ замѣтной для 1/2 литра и трубкой въ 1—1 1/2 м. длины; 5) влагалитный стеклянный наконечникъ; 6) клистирный наконечникъ; 7) металлическ. женск. катетеръ; 8) ножницы для отрѣзанія пуповины; 9) полотн. тесемка въ 1 1/2 см. ширины для перевязыванія пуповины; 10) свертокъ съ 12 шариками изъ чистой ваты, каждый величиной въ куриное яйцо и обвязанъ ниткой (всѣ шарики обернуты пергаментной бумагой и помѣщаются въ мѣшкахъ изъ бѣлой матеріи); 11) вазелинъ; 12) гофманскія капли; 13) 2⁰/₀ раств. ляписа, въ синей стеклянкѣ; 14) термометръ для изм. темп.; 15) ванный термом.

стири. наконечники; 3) стекл. трубку для вынолакиванія матки; 4) *женск. катетеръ*: простой англійскій, желтый (№ 9 или 10) или Пелатоновскій (№ 18); 5) *дѣтскій* катетеръ, металлич. или гибкій (№ 3); 6) *пупочныя ножницы*; 7) *узенькія тесемки*; 8) 1/2 ф. *ширококопич. ваты*; 9) *кольпейринтеръ*; 10) медицинскій 100°-ный, *максимальн. термометръ*; 11) *ванный термометръ Реомюра*; 12) *петли для поворота*; 13) *маточн. зеркало*; 14) *коричанъ*; 15) *часы съ секундной стрѣлкой или песочные часы*; 16) *щетку и мыло для мытья рукъ*; 17) *пузырь для льда*; 18) *фаянсовое или цинковое подкладное судно*; 19) *подкладной резиновый кругъ*. Изъ *лекарствъ* необходимо имѣть: нашатырный спиртъ, Гофманскія капли, Галлеровы кислыя капли (*Elex. acid. Halleri*), желѣзн. кровоостанавливающія капли, коричневую настойку, эфирно-валеріанов. капли, опійную настойку, спорынью въ порошокъ по 10 гп., карбол. кисл. или друг. дезинфицирующую жидкость, мазь для изслѣдованія.

Примѣч. перев.

31. *Morfium hydrochlor.* (0,4:10,0
Aq. dest., цѣлый шприць сод.
0,04 морфія).
32. 15 грм. Hydrat chlorali (по
1,50 грм. въ порошокѣ).
33. 50 грм. *Tr. thebaica* (по 20—
30 кап.).
34. *Ergotin* 2,5 : 15,0 Aq. Acid.
salicyl. 0,05 ($\frac{1}{2}$ —1 шприць).
35. Sol. arg. nitric. 2%.
36. 50 грм. *Liq. ferri sesquichlor.*
37. Горчичники.

Различные инструменты.

38. Стетоскопъ.
39. Термометръ.
40. 2 щетки для ногтей.
41. 1 эласт. катетеръ *Charrièr'a*,
№ 12.
42. Резиновый передникъ.
43. Тесемка для измѣренія.

Обезпложиваніе инструмен-
товъ производится посредствомъ
 $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ час. вывариванія ихъ въ
раств. соды съ 3% карбол. кисл.
до и послѣ употребленія.

Также применяется и сухое
обезпложиваніе до 150°—176°.

§ 57. Употребляющіяся въ акушерствѣ лекарства.

Названіе.	Дозировка.	Показаніе.
1. <i>Aether sulfur.</i>	Вдыханіе.	<i>Наркозъ</i> , также во время родовъ ¹⁾
2. „ „ каждые $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ час.	0,7 грм. = 1 шприцу.	<i>Возбуждающее</i> при маточн. кровотеченияхъ, порокахъ сердца.
3. <i>Alkohol</i> : коньякъ и красное вино,	150 грм. и $\frac{1}{2}$ бут.	<i>Послеродовая горячка (Runde).</i>
4. <i>Antifebrinum</i> ,	0,25—0,5, 1—3 раза въ день.	„ „ } <i>Параметритъ</i> , тифъ
5. <i>Antipyrinum</i> .	0,5—1,0, 1—3 раза въ день.	„ „ } беременныхъ лихорадка роженицъ.
6. <i>Argent. nitric.</i>	$2^{\circ}/_{10}$, 1—2 капли.	<i>Ophthalmoblenorrhoea neonatorum.</i>
7. „ „ 28—26° R. теплоты.	$1^{\circ}/_{10}$, 150 грм.	Выскабливаніе въ пузырь при <i>циститѣ</i> .
8. „ „	$2^{\circ}/_{10}$.	Спринцованіе при <i>гонорройн. коллитѣ</i> .
9. „ „	въ налочкахъ.	Прижиганіе <i>послеродовыхъ язвъ</i> .
10. <i>Kalium bromat.</i> ,	1 грм. pro die.	<i>Чрезмѣрн. рвота</i> беременныхъ, <i>слюнотеченіе</i> , <i>психозы</i> .
11. <i>Calomelas</i>	0,03—0,1, 3—4 раза въ день.	<i>Слабительное</i> при пораженіяхъ матки, въ послѣрод. періодѣ.
12. <i>Calomelas</i> ²⁾ (var par.)	1,0:10,0 ol. oliv. 4—6 шпр.:	въ 8—10 дней при <i>сифилисѣ</i> беременныхъ.
13. <i>Bismuth. oxyjodic.</i>		При <i>сифилитич. язвѣхъ</i> .
14. <i>Empl. mercuriale</i>		При сухихъ <i>сифилит. папулахъ</i> .
15. <i>Acid. carbolic.</i>	90,0: Spir. vini alk. 10,0; 2— $2\frac{1}{2}^{\circ}/_{10}$	<i>Спринцованіе матки</i> .

16. *Камутъ*, сухо обезплож.

17. *Chinin. sulfur.*

18. *Chloral. hydrat.*

19. „ „

20. „ „ + Syr. cort. aur. aa 15,0
Aq. dest. 180,0.

21. „ „ 1,5:100,0 Aq. dest.

22. *Chinojodium* км. йодоформа

23. *Chloroformium*

24. „ 1,0 Aeth. 2,0

25. „ 25,0, Ol. hyosc. 75,0

26. *Cocain. muriat.*

27. „ „ 0,2:50,0 Aq.

28. „ в порошокъ

29. *Tinct. cinnamomi*

отвердѣвшій въ 2% хромов.
кисл.

0,25—0,5, 2—4 приема на
ночь.

до 3 гр. pro dosi

1,0:50,0 per rectum.

3—4 раза въ день 1 стол. лож.

Черезъ 2 часа по стол. лож.

100,0; Aeth. 30,0; Alk. 30.

для втиранія.

Смазывать каждыя 5 — 7
мин. 4—10% раств.

Кажды 4 час. по 5 кап.

0,03 3 раза.

10—15 кап.

При послеродов. горячкѣ.

Narcoticum во время родовъ ¹⁾

послѣ каждой припадка
до 12,0 pro die.

при слабости потугъ, для
уменьшенія бользн. по-
тугъ ¹⁾. } при эклимици

при чрезмѣрной рвотѣ беремен.
на послеродов. язвы, образ. грануляци.
но *Billroth*'у для наркоза ¹⁾.

при бользн. потугахъ, боляхъ въ крестцѣ
и проч. ¹⁾

цервикальн. каналъ и vulva во время ро-
дотв.

) Бользн. потуги ¹⁾, чрезм. рвота, слиш-
комъ сильн. потуги.

Adjuvans при слабости потугъ, атонии.

¹⁾ Идеальное анестетическое средство, которое бы вызывало обезбоживание при сохраненіи изгоняющихъ силъ во время родовъ не существуетъ. Самое лучшее — наркозъ веселящимъ газомъ и кислородомъ (въ пропорц. 4:1). Хлороформъ дѣйствуетъ лучше всего, когда маточный зѣвъ совершенно раскрытъ и когда головка растягиваетъ срамную щель (*Winkel*). Хотя по *Spiegelberg*'у потуги и возбуждаютъ дѣятельность сердца, тѣмъ не менѣе при существующемъ измѣненіи тканей сердечной мышцы наркозъ опасенъ.

²⁾ Въмѣсто каломели наиболѣе цѣлесообразнымъ для инъекціи является *Hydrarg. salicyl.* 1,0; *Ol. olivar.* 10,0 (инъекціи производятся въ ягодичн. область), такъ какъ при немъ не такъ легко происходятъ абсцессы.

Название.	Дозировка.	Показание.
30. <i>Растворъ креолина</i>	$\frac{1}{2}$ —2 $\frac{0}{10}$.	Противогнилостн. промываніе матки.
31. <i>Lysolum</i> 1 $\frac{0}{10}$ не растворяется въ «жесткой» водѣ; обеззараживаетъ и	0,05 подкожно.	дѣлаетъ рукавъ скользкимъ, не ядовитъ.
32. <i>Ergotin</i> dialysat.	0,05 подкожно.	Слабость потугъ, атонія, кровотеченія, при
33. „ 2,5 Aq. 15,0 Acid. salicyl.	0,05, $\frac{1}{2}$ —1 шприць.	ненорм. прикрѣпленіи послѣда, 3—4 pro
34. <i>Extr. sec. corn.</i> aq.	Пилули 0,05 pro dosi.	die, иногда + 15 кап. Tr. cinnaom.
35. <i>Extr. secal. corn.</i> aq. 2,0—4,0:180,0 Aq.	) Черезъ 2 ч. по чайн. ложкѣ) съ 15 кап. Tr. Cinnaom.) 0,5—1,5 pro dosi 3 раза) черезъ 10 мин.	Слабья потуги, атонія, кровотеченія при ненорм. прикрѣпл. послѣда.
36. <i>Sec. cornut.</i> pulver.	) Каждые $\frac{1}{4}$ час. по 1 ст. лож.	при кровотеченіяхъ, лучше переносятся, чѣмъ порошки.
37. <i>Inf. Secal. corn.</i> 15,0: Aq. 175,0 (+ кислоты).	) Растворъ долженъ быть жел- таго цвѣта.) порошокъ.	2—3 пропитанные ватные шарики вводятся въ матку, какъ ultimum refugium. при атоніи.
38. <i>Liq. ferri sesquichl.</i>	) 5—6 стм. длин.	<i>послуродов. язвы</i> , не раздражаетъ. вводятся въ шейку при <i>Endometrit. puer-</i> <i>peral.</i>
39. <i>Jodoformium</i>	на тампоны.	при <i>послуродов. эндометритѣ</i> и <i>кольпитѣ</i> . пролежни.
40. „ bacilli, 5,0—6,0, glyce- rini и gummi-arab. aa 0,6	0,1—0,3.	для вызыванія рвоты при <i>слабости потугъ</i> .
41. <i>Иодоллицеринъ</i>	горячія = 38°—40—43°.	) $\frac{1}{3}$ —1—2 лит. въ матку, при <i>кровотече-</i> <i>ніяхъ</i> .
42. <i>Иодоль</i> и <i>дерматоль</i>	теплыя = 28—35° R.	) <i>Возбужденіе потугъ къ преждеврем. род.</i>
43. <i>Iresacianha</i>	холодныя.	При <i>заворотѣ матки</i> , при <i>кровоточаніи</i> . <i>разрывахъ рукава</i> .
44. <i>Спринцованіи:</i>	ледяной водой	при <i>маточн. кровотеченіяхъ</i> .
„		
„ души		
„		

45. Примѣненіе *льда*

46. Слабительныя для берем. и родильницъ.

въ ихъ прогрессивнсмъ дѣй-
ствіи (по *Winckel*'ю).

$\frac{1}{2}$ — 1 чайн. лож.

2 стол. лож. — 1 вин. стак.

0,03—0,1, 3—4 раза въ день.

47. Extr. *Rhei* comp. +
, *Colocynth.* aa 2,5.

} 1—3 раза въ день.

1) при *кровотеченіяхъ*: вслѣдствіе над-
рывовъ влагалищ. части и свода, въ послѣ-
родов. періодѣ вслѣдствіе внѣматочн. берем.,
затѣмъ при *haematoma vulvae*; 2) *профи-*
лактически: послѣ акушерск. операций, по-
слѣ кесарск. сѣч., послѣ искусств. отдѣле-
нія послѣда и яичевыхъ остатковъ, послѣ
разрывовъ матки; 3) при *инфекціяхъ*: ро-
дильн. горячка, параметритъ, заболѣванія
таз. суставовъ; при *inversio uteri*.

ежедневно высокое промывательное изъ $\frac{1}{2}$ —
1 литра теплов. воды (помощью кружки, въ
боков. полож.!) *Ol. ricin.* per anum или

} 2—4 капсули per os;—pulv. *Magn. ust.*
c. *Rheo*; pulv. *Liquir. comp.*—Decoct.
Cort. Rhamni frangul.;

Горькая вода. Сильныя слабительныя
(drastica) у берем. противопоказуются.

Calomel. (срв. выше) послѣ *разрыв. матки*
(съ послѣд. приѣмами опиѳ!) и послѣ *за-*
шиванія промежности.

} при *эклямписіи* и друг. *болѣзняхъ почекъ*
(кромѣ того теплыя ванны въ 30° и
обертыванія).

Название.	Дозировка.	Показание.
48. <i>Ol. terebinth.</i>	15—30 грм. на клистирь.	При метеоризмъ — перитонитъ.
49. <i>Tr. opii., thebaic.</i>	15—30 кап.	} <i>Tetanus uteri</i> , начинающ. выкидышъ, послѣ зашиванія промежности. разрывъ матки, послѣрод. горячка.
50. > > >	0,6 или 10—20 кап.	въ видѣ клистира; при маточн. кровотеченіяхъ.
51.) <i>Extr. Mecon.</i> 2,5) <i>Lanolin</i> 50,0, <i>Ol. oliv.</i> 10,0	) мѣтно.	при болѣзн. потугахъ.
52. <i>Morph. hydrochloric.</i> 0,4:10,0 <i>Aq.</i> (1 шприцъ = 0,04)	) 0,03—0,04 вприскив. въ те-) ченіе 4—7 час. до 0,2 (!)	} при <i>эклампсиі</i> , суженіи таза во время родовъ, <i>Stricture uteri</i> , послѣ кес. снч. (срв. опій).
53. <i>Morph.</i> 0,01, <i>Atropin</i> 0,01, <i>Aq.</i> 10,0	1 Правац. шприцъ.	при столбнякѣ матки, также передъ наркозомъ.
54. <i>Morph. hydrochlor.</i>	0,02 вприскивается.	въ плодн. мѣшокъ вынимат. берем.
55.) <i>Emuls. amygdal.</i> 10,0 с.) 0,6 <i>Extr. Hyosciami</i>	) 3—4 раза въ д. 15 кап.	при маточн. кровотеченіяхъ.
56.) <i>Ol. Hyosciami</i> 20,0) <i>Chlorophormii</i> 10,0	) Наружное.	При боляхъ въ крестцѣ и т. п.
57. <i>Phenacetin.</i>	0,5—0,7 pro dosi.	Послѣрод. горячка.
58. <i>Acid. salycil.</i> 3,0: <i>Amyl. trit.</i> 15,0		Послѣрод. извы.

59. Крѣпкій алкогольный раств. салицил. кисл. 10%.

Для сохраненія въ обезпложенномъ видѣ палочекъ ламинарія, послѣднія либо погружаются на 2—5 мин. въ кипящую раств. карбол. кисл. или сулемы, либо опускаются на долгое время въ йодоформный или сулемовый эфиръ (v. Herff).

60. *Sulfonal*. 2,0—4,0 pro dosi.

Снотворное.

61. *Tart. stibiat*. 0,01—0,02 pro dosi.

для вызыванія рвоты при слабости по-
туть.

62. Для прижиганій: 1% *Creolinmollin* или 10% борно-глицериновый лаколмъ, или 5% карболов. вазелинъ, или лучше всего 1% лизоль. но онъ раствор. только въ мягкой водѣ!

Литература къ § 57.

Касательно *Secal. cornut.*, эрготина и проч. срв. лит. къ § 55.

¹⁾ *Runge*, Chlor. Nar. A. f. Gyn. 13. — ²⁾ *Fehling*, idem, A. f. Gyn. 11. — ³⁾ *Zweifel*, id. Berl. klin. Woch. 1874, 21; A. f. Gyn. 10, 12. — ⁴⁾ *Hofmeier*, id. Virch. Arch. 89. — ⁵⁾ *Schatz*, id. A. Gyn. III. — ⁶⁾ *Winckel*, id. Mon. f. Geb. 25. — ⁷⁾ *P. Müller*, Brom-äthyl, Berl. kl. Woch. 1876. — ⁸⁾ *Кликовичъ*, Записъ азота и опыты примѣненія ея въ терапіи. Двс. СПб. 1881 и A. f. Gyn. 18. — ⁹⁾ *Döderlein*, id. A. f. Gyn. 17. — ¹⁰⁾ *Fischel*, Cocain, Prag. med. Woch. 1886, 16.

§ 58. Общія приготовленія къ веденію родовъ и къ антисептикѣ.

Если врачъ приглашается на сколько нибудь подозрительные по предшествовавшимъ явленіямъ роды, то онъ долженъ измѣрить *температуру* роженицы. Во время измѣренія врачъ собираетъ анамнестическія данныя относительно возраста, освѣдомляясь, не существовали-ли у больной рахить или другія какія либо органическія заболѣванія, какъ протекали прежніе роды, когда появились послѣднія мѣсячныя и какъ начались настоящіе роды. Показанія больной *проверяются* и *дополняются объективнымъ изслѣдованіемъ* (срв. §§ 6 и 7), причеъ не слѣдуетъ упускать изъ виду *переполненія мочевого пузыря*.

Внутреннее изслѣдованіе производится лишь послѣ самаго тщательнаго *обеззараживанія*. Для этого по удаленіи видимой грязи, руки моются щеткой въ продолженіе 3-хъ мин. въ 1% растворѣ *лизоля* (необходимо брать «мягкую» воду!). Особенное вниманіе должно быть обращено на *ногтевые края* и на *нижнюю поверхность свободного ногтя*. Каждый палецъ обрабатывается *отдѣльно*.

Вмѣсто этого также производится: *мытье рукъ щеткой въ продолженіе 5-ти минутъ, теплой мыльной водой, смываніе мыльной пѣны въ новой водѣ, мытье 3% карболовой кисл. или 1⁰/₁₀₀ сулемой*. Теперь руки *не должны касаться* какого-либо *недезинфицированнаго* предмета!

Далѣе наружныя половыя части обмываются 1% *лизолемъ* (или мыломъ и 3% карбол. кисл.) — промежность и нижняя половина губъ очищаются отъ волосъ помощью *бритвы* (*прямая кишка заранее опорожняется!*) — по возможности на

поперечной кровати—затѣмъ выпускается моча *катетеромъ*, *влагалище промывается* и *вытирается пальцами* (промытыми еще разъ 1% *лизолемъ*, *Steffech*); послѣднее можно не исполнять, если только внутреннее изслѣдованіе не производилось уже раньше другими!

Инструменты, *катетеры*, *стеклянные наконечники* и проч. обезпложиваются, какъ упомянуто въ предыдущ. параграфѣ, и охлаждаются въ 3% карбол. кисл., гдѣ они и остаются лежать; *сифонная трубка Zweifel'*я также сохраняется въ этой жидкости ¹⁾.

Маточныя спринцованія (2 — 2½% карбол. кислоты, 1% *дизолемъ* или *креолиномъ*) производятся либо при вставленіи *влагалищн. части* въ зеркалѣ *Cusco* (*Zweifel-Döderlein*), либо, при введеніи 2-хъ (рѣдко 4-хъ) *пальцевъ* при противоположномъ *отдавливаніи* со стороны дна матки, помощью *катетера съ двойнымъ теченіемъ Fritsch-Vogeman'a* и лишь тогда, когда послѣ изслѣдованія или послѣ какихъ либо оперативныхъ *приемовъ* существуетъ подозрѣніе относительно возможности *инфекціи*. Палець проводитъ конецъ *катетера* до дна матки (слѣд. за *прощупываемое контракціонное кольцо*); *трубка и катетеръ не должны* содержать *воздуха*, а лишь *обезпложенную воду*. Когда оттокъ обезпеченъ, *антисептической растворъ* наливается на поверхность той воды, которая ранѣе *заклучалась* въ *ирригаторѣ*. Точно также въ концѣ *спринцованія* *воздухъ не долженъ* попасть *изъ ирригатора*.

Въ *послѣродовомъ періодѣ* *наружныя* половыя части *обмываются* 2 раза въ день *слабымъ растворомъ* *сулемы* или 1% *лизолемъ*. Соответственная *перемѣна* *подстилокъ* и *обезпложенной ваты*, лежащей передъ *половыми частями*.

Тѣ же правила *соблюдаются и при оперативныхъ приемахъ*.

¹⁾ Заранѣе слѣдуетъ *изготовить*: 2 *большія чашки* для мытья и *дезинфекцірованія*, 1 *чашку* съ карбол. кисл. для *инструментовъ*, 1 *горшокъ* для *вывариванія* *инструментовъ*, *частыя полотенца* и *простынки*, 1 *ведро*, 1 *подкладное судно* или еще 1 *горшокъ* (вм. *кружки*) для *сифонной трубки*.

¹⁾ *Ahlfeld*, Antisepsis. Ber. u. Arb., Giessen 1881—82!—²⁾ Тотъ же idem. Verh. d. D. Ges. f. Gyn. III.—³⁾ *Fürbringer*, idem, D. med. Woch. 1838, 48.—⁴⁾ *Kaltenbach*, idem, Volkm. Vortr. 295, u. Verh. d. D. Ges. f. Gyn. III.—⁵⁾ *Fehling*, idem, Verh. D. d. Ges. f. Gyn. III.—⁶⁾ *Steffech*, idem, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. XV, XX, 1890.—⁷⁾ *Günther* и *Döderlein*, idem, A. f. Gyn. 34.—⁸⁾ *Döderlein*, Das Scheidensecret u. seine Bedeutung f. d. Puerperalfeber. Leipz. 1892.—⁹⁾ *Leopold* и *Pantzer*, Antisepsis. A. f. Gyn. 38; Verh. d. D. Ges. f. Gyn. III.—¹⁰⁾ *Winter*, idem, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 11.

ГЛАВА II.

Хирургическая терапія.

§ 59. Опорожненіе матки.

1. Металлическіе дилататоры *Fritsch*'а и каучуковые *Hegar*'а примѣняются для быстрого расширенія зѣва при удаленіи яичевыхъ остатковъ послѣ выкидыша или срочныхъ родовъ.

Удаленіе выкидыша производится помощью острой ложки, плацентарныхъ остатковъ ручнымъ способомъ (техника см. въ гинек. атл.)

2. Искусственный выкидышъ вызывается палочками ламинарія, длиною въ 4—5 стм. (онѣ сохраняются въ крѣпк. 10% алкогольномъ растворѣ салицилов. кислоты или обезпложиваются въ теченіе 2—5 мин. въ кипящемъ раств. карбол. кисл. или сулемы). Введеніе ихъ происходитъ въ зеркаль при фиксаціи передней маточной губы посредствомъ корпцанга. Для удержанія ихъ въ рукавѣ употребляется тампонъ изъ іодоформной марли. Черезъ сутки яйцо удаляется острой ложечкой; если уже образовалась *placenta serotina* (слѣд. въ началѣ IV мѣсяца), то производится ручное удаленіе. Послѣ этого назначается покой на 8 дней.

Показанія: 1) безусловное суженіе таза съ кратчайшимъ прямымъ размѣромъ въ 5,5 стм.; 2) тазъ, выполненный опухолями, при томъ условіи, что опухоли эти нельзя ни вылущить, ни уменьшить, ни произвести болѣе благо-

приятное перемѣщеніе ихъ; такое показаніе вообще существуетъ чрезвычайно рѣдко, за исключеніемъ случаевъ *рака матки*; 4) *неправимыя смѣщенія матки*; 5) *Mухота multiplex* ворсиатаго хоріона (пузырный заносъ).

3. *Искусственные преждевременные роды* вызываются введеніемъ эластическаго (дезинфицированнаго въ продолженіе нѣсколькихъ часовъ карбол. кисл. или сулемой) *бужа* между яйцомъ и передней стѣнкой матки—подъ руководствомъ введеннаго въ цервикальный каналъ пальца. Если этимъ способомъ *Krause* нельзя достигнуть цѣли, то дѣлается *проколъ плоднаго пузыря* по способу *Shel'*я.

Тонкостенный маточный коллейринтеръ. (*Barnes, Tarnier, Fehling*), наполненный водой, вводится въ матку и укрѣпляется по *Mäurer-Dührssen'*у наружу такъ, что онъ производитъ растяженіе. *Эккартеръ Tarnier'*а тремя расходящимися помощью резиновыхъ колець вѣтвями вводится въ шейку матки для расширенія. Дальнѣйшіе роды будто-бы наступаютъ произвольно.

Показанія: 1) *суженіе таза* срв. табл. § 21, 22; 2) *предлежаніе послѣда*; 3) *обычное умираніе плода въ опредѣленный срокъ*; 4) *гидрамніонъ*.

§ 60. Хирургически-акушерскіе приемы.

(Рис. 110).

1) *Боковой надрѣзь промежности*, кнутри отъ *Tuber ischii* длиною 1—3 стм., глубиною 1 стм. срв. § 12.

2) *Dührssen'*овскимъ *надрѣзомъ влагалица и промежности* отдѣляютъ (взявши за *направленіе* середину между заднепроходнымъ отверстіемъ и сѣдалищ. бугромъ) *M. constrictor cunni*, перерѣзая ножницами *Siebold'a M. levator ani* (на 4 стм. въ длину, 3 стм. въ глубину съ обѣихъ сторонъ, лучше съ одной стороны, и 5—6 стм. въ длину).

Показанія: быстрое окончаніе родовъ щипцами или извлеченіе за ножку при сопротивленіи названныхъ мышцъ у *лродящихъ*.—При *рубцовой и врожденной ригидности* надрѣзы дѣлаются соотвѣтственно суженнымъ мѣстамъ (срв. § 39.)

Подобно перинеопластическимъ швамъ рана влагалица зашивается катгутомъ, нижняя рана промежности *fil de Florence*

(или шелкомъ). Во время извлеченія сильное кровотеченіе останавливается зажимательнымъ пинцетомъ (*Péan*).

3) *Промежностные швы* начинаются всѣ отъ задне-проходнаго отверстія и накладываются поперечно; игла вкалывается въ здоровую ткань и проводится подъ раневую поверхность къ другой сторонѣ въ видѣ пуговчатыхъ швовъ или послѣдніе накладываются въ 2—3 этажа въ видѣ непрерывныхъ швовъ, причемъ со стороны прямой кишки употребляются *fil de Florence* и шелкъ. Этотъ матеріаль прочтѣе, чѣмъ кэтгутъ.

Разрывы промежности часто сопровождаются *разрывами влагалища* возлѣ *colonna post.* Они прекращаются въ самой ткани промежности=1 степени; идутъ до *Sphincter ani*=2 степени; они также вроникають черезъ послѣдній, тогда задне-непроходное отверстие зияетъ=3 степени. (Рис. въ гин. атл.)

4) *Разрывы клитора* неоднократно вызывали смертельныя кровотеченія ¹⁾; поэтому ихъ слѣдуетъ тщательно зашивать.

5) *Крестообразные надрѣзы наружнаго маточнаго зѣва* ножницами *Siebold'a* или ножомъ при *слипчивости* или *непроходимости* (вслѣдствіе вторичнаго сращенія) *orif. externi* (срв. § 39, 43).

6) *Поверхностные надрѣзы въ наружномъ маточномъ зѣвѣ*, если только онъ отличается *ригидностью*, т. е. если онъ по *Dührssen'y* лишень эластическихъ волоконъ вслѣдствіе ихъ фізіологическаго исчезновенія незадолго до климактерическаго стадія, послѣ ампутаціи влагалищной части, при сифилитическомъ и начинающемся раковомъ перерожденіи. Сглаженная шейка прилегаеть въ видѣ плотной каймы къ подлежащей части (срв. § 43, 39).

Эти надрѣзы производятся лишь послѣ того, какъ были испробованы тщетно наркотическія вещества; если замедленіе становится опаснымъ, то производятся

¹⁾ Въ Мюнхенской гинекологической клиникѣ находится матка, принадлежавшая беременной двойнями на сносахъ, которая вслѣдствіе паденія на спинку стула и полученнаго ею так. образ. надрыва клитора, истекла кровью, — изображено въ «Акушерствѣ» — *Виккеля*.

7) нѣсколько (4) глубокихъ надрѣзовъ до влагалищнаго прикрѣпленія ²⁾ portion. vagin. (*Skutsch-Dührssen*) (см. рис. въ гинек. атл.): края маточнаго зѣва фиксируются двумя пальцами или двумя пулевыми щипцами и между ними въ два приѣма проводится надрѣзъ помощью ножицъ *Siebold'a*. Такъ какъ здѣсь большею частью дѣло идетъ о пожилыхъ первородящихъ, то приходится сюда присоединить и 2 операцию. 2. Дальнѣйшими показаніями служатъ *эклямпсія, преждевременный, въ особенности искусственный разрывъ пузыря*. При *ригидности всей шейки* никакіе надрѣзы не примѣняются, а производится *кесарское сѣченіе* въ виду большею частью существующаго *канкроида*.

8) Посредствомъ *accouchement forcé* достигается растяженіе цервикальнаго канала введеніемъ одного, затѣмъ нѣсколькихъ пальцевъ и наконецъ всей руки для производства поворота и извлеченія.—Показывается еще только при преждевременномъ отдѣленіи послѣда и опаснаго для жизни внутренняго кровотеченія.

9) *Тампонація матки* по *Dührssen'у* посредствомъ 10—20% іодоформной марли описана въ §§ 47,48 и при рис. 110 (сравни § 56).

10) *Маточное спринцованіе* изложено въ § 59 (рис. въ моемъ гинек. атл.)

11) *Кесарское сѣченіе* — *Sectio caesarea*. Кесарское сѣченіе конкурируетъ съ перфорацией; чѣмъ лучше результаты перваго, тѣмъ меньше мы должны жертвовать жизнью ребенка въ пользу матери. Такимъ образомъ *показанія* къ этой операциі слѣд.: 1) *безусловное*, когда раззятіе плода на части при *кратчайшемъ* *прямомъ* *размѣрѣ таза въ 5,5 стм.* и ниже не можетъ повести къ цѣли извлеченія черезъ естественные пути; 2) то же самое при выполняющихъ и неустранимыхъ опухоляхъ таза; 3) *относительное*, когда возможно извлеченіе раззятаго на части плода, но мать желаетъ имѣть *живого* ребенка; 4) при *неправимой маточной гры-*

²⁾ Мало опытный врачъ ни въ какомъ случаѣ не долженъ производить этой операциі, въ рукахъ же опытнаго она дастъ прекрасные результаты.

жь (hysterocele); 5) при столь сильныхъ степеняхъ рубцеваго сращенія между маткой и влагалищемъ, что сосѣдніе органы могутъ быть повреждены родами черезъ естественные пути; 6) у умершей беременной съ живымъ и жизнеспособнымъ ребенкомъ (послѣ смерти матери живетъ еще 25 мин.)

J. Veit изъ всѣхъ случаевъ съ относительнымъ показаніемъ совѣтуетъ выбирать тѣ, гдѣ родовоу каналъ еще вполне асептиченъ.

Sänger возстановилъ права стараго консервативнаго кесарскаго сѣченія, предложивъ полное изолированіе матки отъ брюшной полости помощью маточныхъ швовъ на основаніи антисептическаго метода. Въ до-антисептическое время смертность при операціи кесарскаго сѣченія доходила до 54% и болѣе (по *Zweifel*'ю, *Meyer*'у); послѣ изобрѣтеннаго *Sänger*'омъ маточнаго шва до 1887 г. 28% (по *Stedé*); до 1889 г. 8,6% (въ то же время: искусственные преждевременные роды 2,2%, послѣ поворота и экстракціи 4,8%, послѣ перфорации 2,8% смертности) и до 1892 г. лишь 6,4% въ клиникахъ *Leopold*'а и *Zweifel*'я, взятыхъ вмѣстѣ (47 кесарскихъ сѣченій съ 3 смертельн. исходами, между тѣмъ какъ *Leopold* не имѣлъ ни одного смертнаго случая при перфорации съ *Conj. vena* ниже 7,5)—изъ остальныхъ операторовъ однако 32% смертности.

Эта статистика важна для прогноза въ сравненіи съ перфорацией, особенно при упомянутомъ условіи *Veit*'а.

Техника: строжайшая антисептика (срв. чревосѣченіе въ моемъ гинекол. атл.); 2 помощника, одинъ для наркоза; необходимо оперировать передъ разрывомъ пузыря и послѣ первыхъ сильныхъ потугъ (для этого вприскивается эрготинъ.) Вскрытіе брюшной полости, какъ при всякомъ чревосѣченіи; затѣмъ выведеніе матки наружу—наложеніе эластическаго жгута толщиной въ мизинецъ на шейку матки—брюшная полость временно закрывается—продольный разрѣзъ матки по срединѣ передней стѣнки—если разрѣзъ попадаетъ на плаценту (иногда узнается помощью прокола), то послѣдняя отодвигается въ сторону—помощникъ раздвигаетъ верхній и нижній углы маточной раны, (чтобы матка не сократилась быстро и не сдавила плодъ)—яйцевыя оболочки прокалываются,

въ то время какъ одна рука входитъ въ плодный мѣшокъ и отыскиваетъ головку, другая, находящаяся наружу, выводитъ ягодицы—за ними слѣдуетъ головка (иногда при удлинении маточной рапы помощью пуговчатого ножа)—перевязывание пуповины—ручное отдѣленіе послѣда—дезинфекція полости матки.

Зашиваніе раны, пугующей въ длину около 15 см.: накладываются 8—10 пуговчатыхъ швовъ *черезъ всю маточную стѣнку и 10—12 поверхностныхъ, захватывающихъ брюшину*—или по *Fritsch'у*—накладываются 15 *простыхъ пуговчатыхъ швовъ* изъ шелка, соединяющихъ всю толщину стѣнки—снятіе эластического жгута (наступающую теперь *атонію* можно устранить *вначалѣ* вкладываніемъ кусочковъ льда или *затѣмъ* введеніемъ по *Dührssen'у* въ матку черезъ влагалыще тампона изъ іодоформной марли)—туалетъ брюшной полости—зашиваніе брюшной раны и проч. (срв. *чревосѣченіе въ гинек. атл.*). *Послѣдовательное леченіе* (тамъ-же), пузырь со льдомъ, морфій, мало питья въ продолженіе 4—5 дней, запрещеніе твердой пищи.

12) *Частичная истеректомія per laparotomiam* (операция *Porro*): надвлагалищная ампутація послѣ наложенія эластического жгута на шейку, какъ при кесарскомъ сѣченіи,—впѣбрюшинное прикрѣпленіе ножки: *peritoneum viscerale* культи сшивается съ *peritoneum parietale* нижняго угла раны.

Показанія: 1) одновременно, какъ *міотомія*; 2) при *септическомъ эндометритѣ*, въ особенности при *разорванной въ ключья маткѣ*; 3) при *атоническихъ маточныхъ кровотеченіяхъ, не поддающихся остановкѣ* (вмѣсто кесарскаго сѣч.); 4) при распространенныхъ *плотно закрывающихся рубцовыхъ сращеніяхъ* влагалыща; 5) при *беременности въ рудиментарномъ рогѣ матки*; 6) при *неправимой паховой грыжѣ беременной двурогой матки* (*hernia uteri gravidi bicornis inguinalis*); 7) при *тяжелой послѣродовой остемалациі*.

13) *Келіотомія при выматочной беременности и полномъ разрывѣ матки съ выходомъ плода въ брюшную полость* (срв. въ моемъ гинек. атл.).

14) *Симфизеотомію* срв. въ § 21.

§ 61. Обція замѣчанія относительно акушерскихъ операций.

(Изображено въ Акуш. атл. I, рис. 49—55, 36—39, 64—75, 79—84, 89, 90, 86, 28, 42).

(Рис. 116, 139).

Предварительное изслѣдованіе и приготовленія къ операціи.

Оператору безусловно необходимо точно опредѣлить состояніе таза, растяжимость мягкихъ частей, а въ особенности ширину маточнаго зѣва и положеніе плода, равно какъ вставленіе предлежащей части (какъ низко она стоитъ въ тазу, въ какомъ размѣрѣ таза находится стрѣловидный шовъ, опустился-ли ниже большой или малый родничекъ, не имѣется-ли задне-темянная позиція и т. п.), наконецъ, въ видѣ рѣшающаго показанія, не существуетъ-ли опасность для матери и ребенка? (Такъ наз. слабость потугъ не есть показаніе для щипцовъ)!

Так. образ. являются 3 вопроса: 1) показуется-ли вообще оперативное вмѣшательство? 2) какая операція показуется? 3) наступилъ-ли уже моментъ для производства операціи? Самый моментъ опредѣляется вставленіемъ головки и шириной маточнаго зѣва. *Внутренній поворотъ, щипцы и перфорация* требуютъ для вступающей части достаточнаго расширенія зѣва; для *щипцовъ* головка должна стоять крѣпко, для *перфорации*—довольно низко.

Операціи производятся при строжайшей *антисептикѣ* (срв. § 58) на *поперечной кровати* (роженица ложится поперекъ кровати, ноги ставятся на 2 стула, подъ спину кладутся высокія подушки), только при *поворотѣ* женщины даютъ *боковое положеніе*, соответственное ножкамъ ребенка. При *львомъ* боковомъ положеніи роженицы акушеръ *оперируетъ* *внутри* правой рукой, которая вводится въ концы схватки. Рука идетъ вдоль предлежащаго бока младенца къ паховому сгибу и оттуда къ ногѣ, тогда какъ наружная рука низдавливаетъ ягодицы. *Поворотъ* производится на *нижнюю*,

слѣд. соответствующую подлежащему боку ножку (*Fritsch, Winkel*); поворотъ *оконченъ*, когда коленно находится въ срамной щели! *Наложение петли!*

Наркозъ долженъ быть *глубокій* при *равномѣрномъ* вливаніи хлороформа на маску, но все-таки его не слѣдуетъ доводить до полного безсознательнаго состоянія оперируемой. *Передъ операциею необходимо опорожнить мочевой пузырь!*

I. Поворотъ и извлечение.

A. *Наружный поворотъ* производится только при *цѣломъ пузырѣ* и при *косыхъ* положеніяхъ (рис. 71, Акуш. атл. I). Роженица кладется на бокъ, соответствующій головкѣ младенца! Если этотъ поворотъ не удастся, то примѣняется

B. *Комбинированный* или *посредственный поворотъ* по *Braxton-Hicks'у* (рис. 72, Акуш. атл. I) при *цѣлости* пузыря *задомо до полного открытія маточнаго зѣва*.

Если имѣется въ виду низведеніе ножки, то оно удается во время неполнаго еще раскрытія зѣва (во *Winkel'ю* и *Hesker'у*) при *предлежаніи плечика*, для чего 2—4 пальцами обыкновенно захватывают *коленно* сзади и низводятъ его къ зѣву (рис. 75, Акуш. атл. I). Если же оно не удается, то остается еще.

B. *Комбинированный непосредственный поворотъ* на ножки (одну или обѣ, срв. рис. 36 и 79 Акуш. атл. I) при введеніи всей руки въ *совершенно открытый* маточный зѣвъ; въ *моментъ разрыва пузыря* не существуетъ никакой опасности со стороны растяженія нижняго сегмента матки (*Winter*).—Непосредственный поворотъ на головку производится только тогда, когда тазъ незначительно суженъ и когда не показывается быстрое окончаніе родовъ; методы *d'Outre-pont'a* и *Busch'a* (срв. рис. 73 и 74, Акуш. атл. I).

Послѣ наступившаго разрыва пузыря *предлежащая часть* не должна стоять *неподвижно* въ маломъ тазѣ, а сократительное кольцо не должно прощупываться *выше ладони* надъ лоннымъ соединеніемъ, даже не выше 5 см., если притомъ дно матки представляется въ видѣ твердаго шара.

Показанія къ комбинированному непосредственному повороту на ножки:

1) при невозможномъ вступленіи головки во входъ таза, если тазъ суженъ только въ I или во 2 степени (слѣд. свободно пропускаетъ кулакъ оператора), а младенецъ по крайней мѣрѣ 7-мѣсячный (недоношенные дѣти безвредно проходятъ черезъ родовой каналъ перегнутымъ пополамъ тѣломъ и проч., срв. рис. 41—55, Акуш. атл. I); такія условія встрѣчаются при *косыхъ, лобныхъ и лицевыхъ* положеніяхъ съ обращеннымъ къзади подбородкомъ и особенно еще при выпаденіи какой-либо мелкой части, при задне-темянномъ вставленіи и т. п.;

2) при наступающей опасности и при неблагоприятныхъ условіяхъ для наложенія щипцовъ, чтобы имѣть возможность произвести извлеченіе плода во всякое время послѣ поворота: наприм. при выпаденіи пуповины, для прижатія и тампонаціи помощью низведенной ножки при *предлежаніи послѣда*;

3) послѣ *прободенія* головки, если прямое извлеченіе не удалось.

Собственный поворотъ совершается при содѣйствіи снаружи (срв. рис. 37, Акуш. атл. I.) Онъ производится *внѣ* потуги и состоитъ въ томъ, что ножка низдавливается въ ту сторону, гдѣ находится головка младенца, вслѣдствіе чего ягодицы удаляются отъ стѣнки таза. При *стриктурахъ* нижняго отдѣла матки низводится и вторая ножка (рис. 80, Акуш. атл. I) и примѣняется способъ *Siegemundin* (рис. 79 тамъ-же), но осторожно! Если это не удастся, то производится *эмбриотомія*! Точно также поступаютъ при *столбнякѣ матки* (tetanus uteri), если не наступаетъ расслабленіе послѣ наркоза. Выпавшая пуповина не вправляется.

Извлеченіе производится тотчасъ же за поворотомъ лишь въ томъ случаѣ, когда существуетъ *опасность для ребенка* но и тогда пузырь долженъ быть прорванъ, а маточный вѣвъ совершенно раскрытъ. Способы извлеченія при *ножныхъ* положеніяхъ см. на рис. 37—39, при *ягодичныхъ* на рис. 64—70, Акуш. атл. I.

Превращеніе лобныхъ и лицевыхъ положеній помощью

наружныхъ и внутреннихъ приемовъ въ затылочныя положенія по Schatz'у, Baudelocque'у и Baudelocque-Playfair'у упоминалось уже здѣсь въ § 51 и при рис. 82—84 въ Акуш. атл. I; также

выжиманіе плода по Kristeller'у, Hofmaier'у, Hohl'ю, Fehling'у и Smellie Ritgen'у при предлежаніи головки,— по Mauriceau—Lachapelle (Levret или Veit-Smellie рис. 69, 70, Акуш. атл. I), Wigand—A. Martin Winckel'ю (рис. 81 тамъ же) при послѣдовательной головкѣ,— послѣда по Credè (рис. 27 тамъ-же) и послѣ ручного отдѣленія (рис. 42 тамъ-же); затѣмъ

извлечение за плечико (рис. 95 тамъ-же, гдѣ въ видъ исключенія наприм. вслѣдствіе особенно толстыхъ плечиковъ пальцы были введены въ переднюю подмышковую впадину, обыкновенно же извлечение производится за заднюю подмышковую впадину!) и наконецъ вправление пуповины или мелкихъ частей въ §§ 12 и 51.

II. Извлечение помощью щипцовъ.

Наложеніе щипцовъ *показуется*, когда существуетъ опасность для матери и младенца. Слабость потугъ или суженіе таза сами по себѣ не служатъ показаніями къ наложенію щипцовъ! Важное значеніе имѣютъ условія: 1) Головка по крайней мѣрѣ своей наибольшей окружностью должна стоять въ тазовомъ входѣ; 2) звъз матки долженъ быть открытъ *вполнѣ*, т. е. на 8 см. При гидроцефалии щипцы не примѣняются, также при высокихъ степеняхъ воронкообразныхъ тазовъ.

При суженіи таза *противопоказуются* щипцы; они накладываются тогда, когда сердцебиеніе плода ниже 100 и выше 160 въ минуту, когда мать слишкомъ истощена продолжительной родовой дѣятельностью, чтобы протолкнуть головку черезъ тазовой входъ, когда мягкія части прижаты или наступили сильныя кровотеченія, и когда температура поднялась выше 38,2° С., а пульсъ выше 100. При задне-темянныхъ позвціяхъ или высокомъ косомъ стояніи головки вообще слѣдуетъ перфорировать. Если головка своимъ стрѣловиднымъ швомъ стоитъ ниже и совершенно *поперечно*,

то щипцы накладываются въ *косомъ размѣрѣ таза*, не на лобъ и затылокъ.

Вообще самымъ *идеальнымъ условіемъ для наложенія щипцовъ* считается то, при которомъ головка вступила въ *прямой размѣръ выхода таза съ малымъ родничкомъ кпереди*. Тогда щипцы оказываются наиболее дѣйствительнымъ и безопаснымъ инструментомъ, такъ какъ они захватываютъ головку въ ея *маломъ поперечн. разм.* (Diam. bitetorogalis). *Верхушка щипцовъ* лежитъ на *основаніи черепа*.

Рис. 89, 90 въ Акуш. атл. I изображаютъ такія положенія щипцовъ, но тамъ щипцы лежатъ въ *косомъ размѣрѣ таза*, такъ какъ *головка* не прошла еще черезъ *тазовую входъ*. Если щипцы наложены ¹⁾ такимъ образомъ, то они должны повернуть *головку* со *стрѣловиднымъ швомъ* на *прямой размѣръ*, т. е. вокругъ ея *большого косога размѣра!* Все это, какъ при извлеченіи, производится не скачками или сильными рычагообразными движеніями, но *постоянными тракціями* съ промежутками. Въ крайнемъ случаѣ тракціи усиливаются легкими движеніями въ сторону.

Выше упомянуто, что головка вступаетъ черезъ *тазовую входъ* при приближеніи *подбородка къ груди*. Какъ только *головка достигаетъ промежности* и показывается въ *срамной щели*, подбородокъ отходитъ въ *противоположномъ направленіи*.

Тѣ-же самые повороты производятся щипцами! Такъ образ.: въ то время какъ головка поворачивается вокругъ *большого косога размѣра*, мы опускаемъ рукоятки щипцовъ *прямо внизъ*—I *позиція*. Когда *головка показывается въ срамной щели*, мы поднимаемъ рукоятки *параллельно къ горизонту*—II *позиція*. Теперь *промежность выпячивается* и *начинается*, какъ извѣстно изъ физиологіи родовъ, *поворотъ головки вокругъ ея поперечнаго размѣра*, причемъ *лонное соединеніе* служитъ *точкой опоры* для затылка. Этому

¹⁾ Прежде слѣдуетъ всегда попытаться *низдавить* головку черезъ *тазовую входъ* по возможности *низко*, такъ чтобы *нельзя было достигнуть крестцовога мыса*, или чтобы *стрѣловидный шовъ* удался бы отъ него, а *малый родничекъ* опустился бы *ниже и кпереди*.

движенію мы подражаемъ тѣмъ, что постепенно безъ тракцій (при поддержкѣ промежности) поднимаемъ рукоятки щипцовъ къ брюшнымъ покровамъ матери = III позиція (срв. Акуш. атл. I, рис. 86).

Но одна поддержка промежности не всегда предупреждаетъ разрывъ у I-родящихся; въ такихъ случаяхъ вспомогательными средствами являются весьма медленное растяженіе промежности при сильнѣйшемъ отклоненіи головки и снятіе щипцовъ, какъ только становится возможнымъ употребить приемъ *Smellie-Ritgen'a*, т. е. захватить и поднять лобъ со стороны прямой кишки, а также боковые надрызы промежности помощью (всегда наготовѣ имѣющихся) *Cowper'*овскихъ ножницъ.

При передне-темныхъ вставленіяхъ проходитъ относительно больше времени, пока лобъ упирается о лонную дугу и выкатывается по промежности широкой затылокъ, слѣд. внезапно происходитъ поворотъ вокругъ поперечнаго размѣра по направленію *кпереди*. Наконецъ головка поворачивается *кзади* и личико выкатывается изъ подъ лоннаго соединенія.

Соотвѣтственно этому производятся длинныя тракціи въ I позиціи, затѣмъ—какъ только *glabella* прощупывается позади симфиза—тотчасъ же переходъ въ III позицію и наконецъ—при прорѣзываніи затылка—выведеніе личика во II позиціи.

При лицевыхъ и лобныхъ положеніяхъ щипцы накладываются лишь тогда, когда головка не стоитъ еще въ тазовомъ входѣ и когда подбородокъ находится *кпереди*. Первой задачей является прорѣзываніе подбородка или *лба* изъ-подъ лоннаго соединенія; поэтому щипцы при лицевомъ положеніи накладываются во II позиціи, такъ что они захватываютъ головку *отъ подбородка къ затылку*. Если рукоятки опускаются въ I позицію, то подбородокъ долженъ выступить изъ-подъ лонной дуги. Щипцами, приподнятыми въ III позицію, личико выводится по промежности.

При послѣдовательной головкѣ щипцы приѣняются тогда, какъ ротикъ младенца при обращенномъ кзади затылкѣ еще недоступенъ для пріемовъ *Mauriceau-Lachapelle*

le'я и Wiegand—A. Martin-Winckel'я. Они накладываются *подъ* туловищемъ младенца, причемъ дѣлаются сильныя тракціи въ I позиціи, пока не показывается затылокъ, а затѣмъ во II и III позиціяхъ.

III. Перфорация, краниоклазія и краниотракція, эмбриотомія.

Названныя операціи и эмбриотомія примѣняются въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ *жизнь матери* находится въ опасности и гдѣ невозможно произвести поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ или наложить щипцы,—при *живомъ* плодѣ наряду съ кесарскимъ сѣченіемъ,—при *мертвомъ*, когда прободеніе головки являтся наименѣе опасной операціей для матери.

Условіе для производства перфорации заключается въ томъ, чтобы *маточный звъзъ* былъ раскрытъ на столько, сколько нужно для прохожденія перфоратора, и чтобы уменьшенный такимъ образомъ плодъ могъ бы пройти черезъ тазъ, который въ *наименьшемъ* прямомъ размѣрѣ не былъ бы суженъ ниже 6,5 см. при *общемъ* суженіи, и ниже 5,5 см. при *плоскости таза* (срв. § 22).

Перфорация производится (изъ этическихъ соображеній *подъ наркозомъ*) помощью *ножницеобразнаго прободника Naegele*—извлеченіе помощью *Braun*'овскаго или болѣе стараго большаго *краниокласта Auward*'а, состоящаго изъ двухъ частей. Въ послѣднее время *Auward* устроилъ новый краниокласть, состоящій изъ трехъ частей.

Первая часть (снабженная *Dührssen*'омъ двуострымъ концомъ) служитъ перфораторомъ и проводится *подъ* прикрытіемъ двухъ пальцевъ лѣвой руки до шва, родничка или даже кости черепа ¹⁾ и здѣсь вкалывается. Ножницеобразнымъ прободникомъ тщательно разрушаютъ мозгъ до основанія черепа *вмѣстѣ* съ *продолговатымъ мозгомъ* (*puer vital!*) и выполаскиваютъ мозгъ помощью металлической трубки 3% карбол. кисл. или 1% лизолемъ.

¹⁾ При *послѣдовательной* головкѣ дѣлается прободеніе черезъ *боковой родничекъ* (срв. рис. 116). при *лицевомъ* положеніи черезъ *лобъ*.

Теперь вводится I часть *Auward'*овскаго аппарата. Эта и II часть дѣйствуютъ какъ краниокласть въ его обыкновенной формѣ изъ двухъ вѣтвей. II часть вводится подобно ложкѣ шипцовъ, а именно надъ лбомъ и сзади лица, такъ какъ онъ при слѣдующемъ *прижатіи* (посредствомъ винта на рукояткѣ) и *влеченіи* лучше удерживается на неровностяхъ лица. *Извлечение* производится *медленно* и при одномъ поворотѣ, благодаря которому личико, достигши тазового дна, поворачивается кзади. Лишь при особенно узкихъ тазахъ и большихъ головкахъ III часть вводится къ *затылку*, приспособляясь на рукояткѣ къ двумъ другимъ частямъ и такимъ образомъ раздробляетъ, подобно кефалотрибу, черепъ.

Отъ употребленія настоящихъ *кефалотрибовъ*, а также и *экстракціонныхъ крючковъ* необходимо предостерегаться; если извлечение не удастся—а аппаратъ *Auward'*а является иногда совсѣмъ непригоднымъ—то примѣняются щипцы *Mesnard-Winckel'*я.

Острый экстракціонный крючокъ, однако, оказывается цѣлесообразнымъ послѣ *вскрытія грудной и брюшной полости* (*exenteratio*), а равно и *ключевидный крючокъ Braun'*а, помощью котораго извлекается младенецъ *conduplicato согроте* или помощью котораго производится *обезглавливаніе плода* (*decapitatio*). При этомъ отдѣляются мягкія части, а туловище извлекается отдѣльно. Эта операція показуется при *запущенныхъ косыхъ положеніяхъ*, т. е. при тетаническомъ сокращеніи матки и высокомъ стояніи контракціоннаго кольца (младенецъ долженъ быть, по крайпей мѣрѣ, 7-мѣсячный). Крючокъ вводится со стороны спинки надъ шейкой и медленно поворачивается около головки, пока отрывается позвоночный столбъ. Въмѣсто крючка употребляется также *серповидный ножъ B. Schultze*. Оставшаяся *головка* снаружи вдавливается въ тазовой входъ, снутри операторъ вводитъ 2 пальца въ ротъ, захватываетъ нижнюю челюсть *краниокластомъ* или продыравливаетъ головку черезъ боковой родничекъ и извлекаетъ при равномерномъ давленіи со стороны брюшныхъ покрововъ.

Экзентерація производится при ненормальной величинѣ дѣтскаго туловища, слѣд. главнымъ образомъ при патологиче-

скихъ образованіяхъ. Ножницеобразнымъ перфораторомъ вскрывается полость живота и удаляются брюшныя и грудныя внутренности. Лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ отсѣкаются конечности, если только онѣ *мышаютъ эмбриотоміи*.

Литература къ § 59—61. (Срв. лит. § 42—43).

¹⁾ *Fritsch*, Klin. d. allt. gbtsh. Operat. mit Einschluss d. Lehre vom Mechan. part. Halle, 1875, M. Niemeyer.—²⁾ *Тотъ же*, Klin. d. gbtsh. Operat. IV. Aufl. Halle 1888, M. Niemeyer.—³⁾ *Zweifel*, Lehrb. d. operat. Gbtsh. III. Aufl. — ⁴⁾ *Schauta*, Grundr. d. operat. Gebtsh. 1892. II.—⁵⁾ *Kehrer*, Lehrb. d. operat. Gbtsh. 1891, съ *литерат. указаніями*. — ⁶⁾ *Fehling*, въ руководствѣ Müller'a III, 1889, съ лит. указан.—⁷⁾ *Döderlein*, 1892 и т. д. спец. большіе учебники.—⁸⁾ *Dührssen*, C. f. Gyn. 1887, 35. Tamponade b. Blutungen.—⁹⁾ *Kaltenbach*, Scheiden- u. Dammrisse, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. II.—¹⁰⁾ *Winckel*, idem., Path. u. Therap. d. Woch.
¹¹⁾ *Kleinwächter*, idem., Prag. Vierteljahrsschr. 1871. III.